CENTRE EUROPEEN D'ENSEIGNEMENT EN REEDUCATION ET READAPTATION FONCTIONNELLE

TRAVAIL ECRIT REALISE EN VUE DE LA

VALIDATION DE L'UE 28
SEMESTRE 8
Année scolaire 2020/2021

Compétences et limites des masseurs-kinésithérapeutes dans la mise en place des thérapies cognitivo-comportementales auprès de patients lombalgiques chroniques : une étude qualitative.

SERRALHEIRO Cynthia

Directrice de mémoire : ROUSSEAU Céleste

RESUME

Introduction : La lombalgie est une pathologie fréquemment rencontrée par le masseur-kinésithérapeute (MK), notamment en pratique libérale. Dans 10% des cas, elle évolue vers la chronicité. La lombalgie chronique a des répercussions à plusieurs échelles et est associée à de nombreux facteurs biopsychosociaux. Les directives récentes préconisent une prise en charge qui tend à rechercher précocement ces différents facteurs. Nous pensons entre autres aux croyances, à des stratégies d'évitement, aux réductions d'activités voire à la dépression. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), d'apparition relativement récente, sont des interventions axées sur ces comportements. L'objectif de cette présente étude est d'analyser les compétences et limites des MK lors de la mise en place des TCC auprès de patients lombalgiques chroniques.

Matériel et méthode : Des entretiens qualitatifs semi-dirigés ont été menés auprès de trois MK étant formés aux TCC et l'appliquant en pratique clinique. Les lignes directrices COREQ ont été utilisées pour construire le guide d'entretien. Les entretiens téléphoniques ou par visioconférence ont été enregistrés et transcrits mot à mot. Les résultats ont été traités à l'aide du logiciel Word.

Résultats : Les trois MK interrogés étaient issus de l'ancienne réforme de 1989. Grâce aux différents entretiens, nous avons pu mettre en évidence qu'ils utilisent divers outils auprès des patients : des techniques de communication, des métaphores, des jeux de rôles ainsi que l'exposition graduelle. Ces outils sont administrés en complément du traitement actif qui est privilégié par les MK. Quant aux compétences relatives à l'application des TCC, les qualités humaines inhérentes aux kinésithérapeutes ont été recensées ainsi que la capacité à savoir référer dès que cela dépasse leur champ de compétences. Toutefois, l'aspect chronophage, notamment en pratique libérale constitue une limite à l'application de ces TCC.

Discussion : Cette étude ouvre de nombreuses pistes de réflexion. Les MK interrogés, tournés vers les dernières recommandations, se sont orientés vers ces formations en TCC car ils se sentaient restreints en pratique clinique. Selon eux, cette formation reste tout de même encore assez théorique. Un futur travail, à plus grande échelle, est envisageable avec des observations de terrain couplées à des entretiens. D'autres pistes telles que promouvoir un maximum ces formations sur les thématiques relationnelles tant en formation initiale que continue sont à l'étude.
Mots-clés : TCC - lombalgiques chroniques – MK- compétences – limites – formation- entretien

ABSTRACT

Introduction: Low back pain is a pathology frequently encountered by physiotherapists, particularly in liberal practice. In 10% of cases, she develops into a chronic condition. Chronic low back pain has repercussions at several levels and is associated with many biopsychosocial factors. Recent guidelines recommend an approach that tends to look for these different factors at an early stage. These include beliefs, avoidance strategies, activity reduction and even depression. Cognitive-behavioural therapies (CBT), which have emerged relatively recently, are interventions that focus on these behaviours. The aim of this study is to analyse MK's skills and limitations when implementing CBT from chronic low back pain patients.

Material and method: Qualitative semi-directed interviews were conducted with three MKs trained in CBT who applying it in clinical practice. COREQ guidelines were used to construct the interview guide. Telephone or realised by videoconference interviews were recorded and transcribed verbatim. The results were processed using Word software.

Results: The three MK interviewed were from the former 1989 reform. Through the various interviews, we were able to highlight that they use various tools with patients which are communication techniques, metaphors, role-playing and gradual exposure. These tools are administered in addition to the active treatment which is preferred by the MKs. As for the skills related to the application of CBT, the human qualities inherent to physiotherapists were identified as well as the ability to refer when it goes beyond their field of competence. However, the time-consuming aspect, especially in liberal practice, is a limit to the application of CBT.

Discussion: This study opens many avenues for reflection. MKs interviewed, who were turned towards the latest recommendations, oriented to this CBT's training because they felt restricted in their clinical practice. According to them, this training is still quite theoretical. Future work, on a larger scale, could be envisaged with field observations coupled with interviews. Other avenues such as promoting as much training as possible on relational themes in both initial and continuing education are being studied
Keywords: CBT - chronic low back pain - MK- skills - limits - training – interview

SOMMAIRE

1 INTRODUCTION 1
1.1 Préambule 1
1.1.1 Contexte personnel 1
1.1.2 Contexte professionnel 1
1.2 La douleur 2
1.2.1 Définition et évaluation 2
1.2.2 Epidémiologie 5
1.2.3 Mécanisme de la douleur 5
1.2.4 Passage à la douleur chronique : éducation à la douleur 8
1.3 La lombalgie chronique non spécifique 11
1.3.1 Définition 11
1.3.2 Rappels anatomiques 11
1.3.3 Classification et épidémiologie de la lombalgie 13
1.3.4 Prise en charge en kinésithérapie : recommandations actuelles 14
1.4 Les thérapies cognitivo-comportementales 16
1.4.1 Histoire des TCC 16
1.4.2 Définition des TCC 16
1.4.3 TCC et lombalgies chroniques : validité scientifique 19
1.4.4 Formation en TCC 22
1.4.5 Compétences du masseur-kinésithérapeute 23
1.5 Les différents modèles 26
1.5.1 Les modèles biomédical et biopsychosocial 26
1.5.2 Les modèles de la posture 27
1.5.3 Les modèles de l’apprentissage 27
1.5.4 Les modèles de la communication 29
1.6 Problématique 30

2 METHODE 31
2.1 Construction de l'entretien 31
2.2 Choix de la population 34
2.3 Méthode d'analyse des données 35
3 RESULTATS 38
3.1 Description de la population 38
3.2 Recueil des données des entretiens 41
3.2.1 Présentation des masseurs-kinésithérapeutes et de leurs formations 41
3.2.2 Les TCC 45
3.2.3 Les patients lombalgiques chroniques 49
3.2.4 Compétences et limites du thérapeute 50
4 DISCUSSION 52
4.1 Analyse des résultats 52
4.1.1 Démarche EBP 52
4.1.2 Du modèle biomédical vers le modèle biopsychosocial 52
4.1.3 Manque de notion en sciences humaines et sociales 53
4.1.4 Les TCC : une définition vaste 54
4.1.5 Limites des kinésithérapeutes 54
4.2 Réponse à la question de recherche 55
4.2.1 Formation en TCC 55
4.2.2 Limites des thérapeutes 56
4.2.3 Compétences des thérapeutes 57
4.3 Points forts de l'étude 58
4.4 Limites et biais 59
4.4.1 Biais de sélection 59
4.4.2 Biais méthodologique 59
4.4.3 Biais de désirabilité sociale 61

4.5 Perspectives 61

4.6 Intérêt professionnel 62

4.7 Intérêt personnel 63

5 CONCLUSION 64

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

SOMMAIRE DES ANNEXES

SOMMAIRE DES TABLEAUX

TABLEAU I : Résumé des différents types de douleur 4

TABLEAU II : Guide des entretiens semi-dirigés.....32

TABLEAU III : Première partie des items de la grille COREQ complétés 36

TABLEAU IV : Données générales des entretiens 39

TABLEAU V: Dernière partie des items de la grille COREQ complétés.....40

TABLEAU VI : Réponses à la première question de l'entretien 41

TABLEAU VII : Occurrence des mots ou injonctions utilisés à la quatrième question 45

TABLEAU VIII : Occurrence des différentes thérapies apprises 46

TABLEAU IX : Occurrence des outils utilisés en TCC.....47

TABLEAU X : Occurrence des termes en lien avec les qualités humaines.....50

TABLEAU XI: Occurrence des termes en lien avec la démarche EBP 52

TABLEAU XII : Compétences requises dans la mise en œuvre de la TFC.....57

SOMMAIRE DES FIGURES

Figure 1 : Les étapes de la nociception [9] 6

Figure 2 : Les drapeaux jaunes et bleus, selon la HAS [12].....9

Figure 3 : Le modèle peur-évitement de Vlaeyer et Linton [13].....10

Figure 4 : Présentation des onze compétences [44].....24

Figure 5 : Présentation des douze items de l'échelle CTS-R [60].....34

Figure 6 : Exercice de M.P 41

Figure 7 : Exercice de M.R.....42

Figure 8 : Exercice de Mme.L 42

Figure 9 : Les différentes formations réalisées par les MK.....43

Figure 10 : Proportion de patients lombalgiques chroniques en pratique.....49

1 INTRODUCTION

1.1 Préambule

1.1.1 Contexte personnel

L'envie d'être masseur-kinésithérapeute (MK) émerge depuis mon année de terminale S. Cette profession alliant l'exercice physique aux relations humaines serait un métier qui me plairait. Actuellement, je suis étudiante en quatrième année à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) du CEERRF (Centre Européen d'Enseignement en Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle) à Saint-Denis.

À l'IFMK, nous avons suivi un cours sur la lombalgie. Lors de ce cours, le terme de « thérapie cognitivo-comportementale » (TCC) était un des traitements recommandés pour ce type de pathologie, notamment pour les patients lombalgiques chroniques. Ces thérapies étaient également indiquées dans d'autres pathologies mais je ne savais définir en quoi elles consistaient. Je me suis alors penchée sur ce sujet que je trouvais très intéressant étant donné les résultats bénéfiques qui étaient cités sur la douleur et l'amélioration de la qualité de vie des patients. Il me semblait important de comprendre davantage ces thérapies car face à des patients lombalgiques chroniques vus en stage, je me suis trouvée parfois impuissante et inefficace dans la mise en œuvre de mon traitement.

1.1.2 Contexte professionnel

Durant ces quatre années de formation initiale à l'IFMK, la prise en compte de la sphère biopsychosociale a nettement été soulignée. En effet, la prise en charge en masso-kinésithérapie se fonde à présent sur le modèle biopsychosocial et non plus biomédical comme cela a pu être le cas. Si certains moyens existent dans notre arsenal thérapeutique pour prendre en compte cette dimension psychologique du patient (tels que les TCC), il semble alors important de mener un travail de recherche autour de cette thématique. L'apprentissage de ces thérapies enrichirait donc ma pratique professionnelle.

1.2 La douleur

1.2.1 Définition et évaluation

Selon l'International Association for the Study of Pain (IASP), la douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes » [1].

La douleur comprend quatre composantes que nous allons rappeler succinctement : la composante sensori-discriminative, la composante affectivo-émotionnelle, la composante cognitive ainsi que la composante comportementale. La composante sensori-discriminative fait référence « aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la qualité (brûlure, décharges électriques), de la durée (brève, continue), de l'intensité ainsi que la localisation des messages nociceptifs » [2]. Nous retrouvons également une composante affectivo-émotionnelle qui renvoie « au caractère désagréable voire insupportable de la perception douloureuse ainsi que les retentissements émotionnels comme l'anxiété, la dépression » [3]. La composante cognitive, quant à elle, évoque « l'interprétation de la douleur et les stratégies mentales permettant de moduler la perception du stimulus et les réactions du sujet (expériences antérieures, analyse de la situation, réaction de l'entourage) » [3]. Pour la lombalgie chronique, les croyances inadaptées en font partie par exemple. Quant à la composante comportementale, elle fait référence à « l'ensemble des manifestations observables en réponse à la douleur, qu'elles soient physiologiques, verbales ou motrices » [3].

La douleur représente le motif de consultation principal en kinésithérapie. Nous allons donc définir les trois types de douleur : la douleur nociceptive, neuropathique et nociplastique [4].

Le premier type de douleur, la plus fréquente, est la douleur nociceptive qui est dû à un excès de stimulations nociceptives et mènent à des douleurs « aiguës » [5]. Nous retrouvons souvent une douleur intermittente avec une possible douleur constante, sourde au repos. La douleur est localisée au niveau de la blessure ou de la lésion, avec ou sans douleur référée, et peut être en lien avec la mécanique proportionnellement à la contrainte [5].

Un autre type de douleur est la douleur neuropathique. Elle peut être à la fois centrale, c'est-à-dire située dans le cerveau ou la moelle épinière, et périphérique, c'est-à-dire située dans un nerf, la racine dorsale du ganglion ou le plexus [6]. La localisation des signes correspond à une lésion totale ou partielle des structures neurologiques périphériques ou centrales [3]. Le praticien doit être attentif aux différents signes cliniques comme « les brûlures continues, les décharges électriques, les douleurs provoquées par des stimuli normalement indolores (allodynie) auxquelles s'ajoutent des sensations anormales non douloureuses (paresthésies, dysesthésies) comme des fourmillements, des picotements ou des engourdissements. Ces symptômes sont également associés à des déficits de sensibilité (thermique, tact grossier/fin ou proprioceptive) » [3]. Cependant, ces signes n'apparaissent pas toujours et ne sont, ni nécessaires, ni suffisants, pour diagnostiquer les douleurs neuropathiques.

Il existe deux échelles – développées en France mais utilisées à l'international – qui permettent de diagnostiquer ce type de douleur neuropathique (DN4) et d'évaluer leur intensité (NPSI) [1]. Le DN4 (douleur neuropathique en 4 questions) est positif lorsque son score est égal ou supérieur à 4 : cet outil est recommandé en pratique clinique. La Neuropathic Pain Symptom Inventory (NPSI) est un auto-questionnaire spécifique, traduit en français et validé [3].

La douleur nociceptive peut être liée à la sensibilisation centrale : nous parlerons alors de douleur nociplastique. Nous retrouvons une douleur diffuse, non anatomique à la palpation [5]. Elle sera « disproportionnée par rapport à la nature ou à l'étendue de la blessure (ou pathologie), non mécanique et avec un comportement imprévisible. Nous n'aurons pas de brûlure mais une douleur lancinante » [5]. Ce type de douleur est souvent lié aux facteurs psychosociaux comme les émotions négatives, les comportements et croyances inadaptés [5].

Dans le tableau qui suit (TAB I), nous avons résumé les différents types de douleur ainsi que leurs caractéristiques.

TABLEAU I : Résumé des différents types de douleur

Type de douleur	Nociceptive	Neuropathique	Nociplastique
Localisation	Localisée au niveau de la blessure ou de la lésion avec ou sans douleur référée	Localisée (généralement territoire nerveux)	Diffuse
Caractéristiques	Douleurs aiguës Souvent intermittente	Brûlures, décharges électriques, fourmillements, engourdissements, dysesthésies, allodynies, déficit de sensibilité	Profonde et sourde
Intensité	Proportionnelle à la blessure	Aléatoire Proportionnelle aux troubles	Disproportionnée
Spécificités	Excès de stimulations nociceptives	Peut être à la fois centrale et périphérique	Associée à des facteurs psychosociaux

Plus simplement, les douleurs musculo-squelettiques sont classées par profil évolutif : aiguë ou chronique.

D'après l'INSERM, la douleur aiguë joue un rôle d'alarme qui va permettre à l'organisme de réagir et de se protéger face à différents stimulus que ce soit mécanique, chimique ou thermique [1]. Quand la douleur devient chronique, ce mécanisme d'alarme n'est plus justifié [1].

La douleur aiguë est une douleur dite « normale » et se définit par une « sensation désagréable en réponse à une atteinte tissulaire » [3]. Elle est d'apparition récente, transitoire et dure généralement moins de trente jours au-delà de la période normale de guérison [3].

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), la douleur chronique est un syndrome multidimensionnel, « elle persiste au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient » [7]. Il est donc important que le masseur-kinésithérapeute repère ces différents éléments concernant la douleur chronique afin d'optimiser la prise en charge avec le patient.

Deux modes d’évaluation de la douleur existent : par l’intermédiaire d’échelles unidimensionnelles ou multidimensionnelles [3].

Les échelles unidimensionnelles sont utilisées principalement pour évaluer la douleur aiguë. Elles cotent l'intensité de la douleur, sa qualité et sa localisation. Nous pensons notamment à l'échelle visuelle analogique (EVA), l'échelle numérique (EN) et l'échelle verbale simple (EVS) [3]. En revanche, les échelles multidimensionnelles sont utilisées pour évaluer la douleur chronique (ou persistante). Elles prennent en compte le caractère sensoriel, fonctionnel, émotionnel, cognitif et comportemental de la douleur. Ces échelles multidimensionnelles sont nombreuses et nous pensons par exemple au questionnaire concis de la douleur (Brief Pain inventory) et l’Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (OMPSQ) [3].

1.2.2 Epidémiologie

Selon les données de l’INSERM, d’après une étude française menée auprès de 30 155 personnes, les douleurs chroniques affectent environ 30% des adultes et dans les deux tiers des cas, les douleurs sont d’intensité modérée à sévère : cette incidence augmente avec l'âge [1]. Ces douleurs chroniques affectent davantage les femmes et les catégories socio-professionnelles les moins favorisées [1]. 7% des Français présentent, quant à eux, des douleurs neuropathiques, avec un pic entre 50 et 64 ans. Ces douleurs touchent davantage des personnes ayant des professions manuelles et vivant en milieu rural » [1]. Les douleurs concernent principalement le dos et sont souvent associées à des dépressions, une anxiété, des troubles du sommeil et une altération de la qualité de vie [1].

1.2.3 Mécanisme de la douleur

Afin de comprendre le mécanisme de la douleur, il est important de différencier la douleur de la nociception qui sont deux termes différents.

La nociception est un signal d'alarme qui s'active lorsque les récepteurs détectent une menace dangereuse ou potentiellement dangereuse pour le corps. Ce message nociceptif est transmis via de multiples voies parallèles jusqu'au cerveau pour y être traité et analysé [8].

Un article de Risch and al [8] décrit et détaille les cinq processus de la nociception : la transduction, la conduction, la transmission, la perception et la modulation. Ces cinq étapes apparaissent sur la figure ci-dessous (Fig 1).

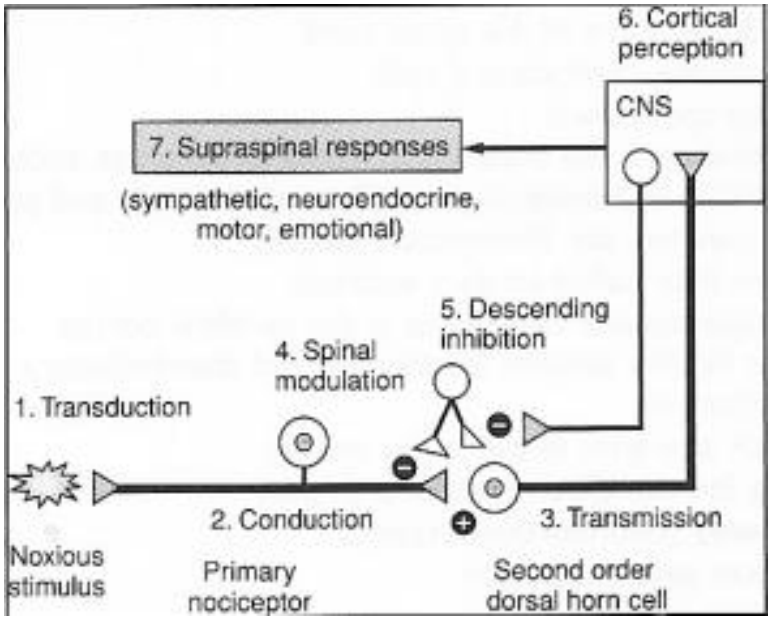

Figure 1 : Les étapes de la nociception [9]

Nous avons tout d'abord la transduction qui consiste à transformer un message thermique, chimique ou mécanique en un message nerveux. La conduction, quant à elle, est définie comme la progression du message via les voies neuro-anatomiques jusqu'au système nerveux central où le message est traité. Ensuite, la transmission est caractérisée par le passage de l'information d'un neurone à un autre via des synapses et leurs neurotransmetteurs spécialisés. Il s'en suit un phénomène cérébral multifactoriel à l'origine de l'expérience douloureuse : c'est la perception. La dernière étape est la modulation : c'est un mécanisme de régulation des messages nociceptifs et de la perception qui s'effectue à trois niveaux : spinal (par neurone, interneurone des voies descendantes), supra spinal et cortical [9]. Pour moduler le message nociceptif, il existe deux processus : l'inhibition ou la facilitation [9].

À propos du trajet nociceptif, les neurones de premier ordre Aδ et C transmettent le message des tissus périphériques jusqu'à la corne dorsale de la moelle épinière. Ensuite, les neurones de deuxième ordre conduisent le message de la moelle épinière jusqu'au tronc cérébral et au thalamus. Depuis le thalamus, l'information est transmise vers les cortex par les neurones de troisième ordre : c'est au niveau du cerveau que la perception de la douleur a lieu [8].

La nociception peut conduire à la douleur. Prenons l'exemple d'un individu resté trop longtemps en position assise, les nocicepteurs présents au niveau de ses fesses vont envoyer un message à son cerveau afin qu'il change de position. Une fois le message transmis, les nocicepteurs deviennent silencieux. Il n'y a pas eu de lésions au niveau des fesses : les nocicepteurs étaient simplement irrités [10].

La sensation douloureuse est modulée par l'activité du système nerveux. Parfois, certains dérèglements des voies nociceptives peuvent avoir lieu : c'est ce que nous appelons le phénomène de sensibilisation [11]. Ces sensibilisations peuvent toucher tant le système nerveux central que périphérique et expliquer les sensations douloureuses exagérées [11].

La sensibilisation périphérique correspond, selon l'IASP, à « une augmentation de la réactivité des neurones nociceptifs (nocicepteurs) et à une diminution de leur seuil d'excitabilité en réponse à une stimulation dans leur champ récepteur » [11]. La notion de « sensibilisation périphérique » s'explique par le fait que ce soit une modification du comportement des neurones en périphérie donc au niveau des tissus [11].

Pour la sensibilisation centrale, l'IASP la décrit comme « une augmentation de la réponse des neurones du système nerveux central à des stimuli d'intensité normale ou sous liminaire » [11]. Elle survient suite à « des stimulations nociceptives particulièrement intenses, répétées ou prolongées, en condition physiologique ou en situation pathologique lors d'une inflammation prolongée ou d'une lésion nerveuse » [11]. Ce phénomène d'hypersensibilité présent dans la sensibilisation centrale peut perdurer sur une longue période après son activation [11]. La douleur n'a donc plus un rôle d'alarme mais traduit une dérégulation du système et devient donc pathologique. Cette notion de sensibilisation du système nerveux central est présente chez des patients ayant des douleurs chroniques [11].

1.2.4 Passage à la douleur chronique : éducation à la douleur

Les douleurs chroniques ont des répercussions à plusieurs échelles. A l'échelle individuelle, elles peuvent être source de handicap, de retentissement professionnel et d'altération de la qualité de vie [4]. A l'échelle collective cette fois, elles ont des répercussions sociétales tant dans le domaine du travail que l'économie. En effet, les douleurs chroniques sont à l'origine de coûts de santé importants : elles impliquent une forte consommation de soins et de nombreux arrêts de travail. Le coût social est alors conséquent puisqu'il s'élève à un milliard d'euros par an [4].

Les masseurs-kinésithérapeutes tendent à favoriser l'approche biopsychosociale dans leur prise en charge et prennent donc en compte l'environnement du patient. Ainsi, lors de l'examen physique, le masseur-kinésithérapeute doit s'intéresser à l'étiologie, au profil psychologique du patient ainsi que ses comportements [3].

En premier lieu, le praticien doit rester vigilant et rechercher des signes d'alerte, c'est-à-dire des « drapeaux rouges ». La combinaison de plusieurs de ces facteurs péjoratifs doit attirer l'attention et faire suspecter une pathologie sous-jacente à la douleur lombaire justifiant une prise en charge spécifique [12]. Par la suite, la recherche précoce des facteurs de risque psychosociaux, autrement dit des « drapeaux jaunes », est recommandée par la HAS [12]. Elle permet d'évaluer le risque de persistance de la douleur ou de l'incapacité afin d'établir une prise en charge adaptée au risque (grade B) [12]. Certains éléments (peurs et croyances, contextes psychologique et social) doivent être identifiés précocement. Il ne faut pas oublier également les « drapeaux bleus » liés au travail qui doivent être recherchés [12].

Ces drapeaux jaunes sont définis dans la littérature comme étant « des facteurs résultant de l'interaction de la personne avec son environnement sociale et de leur influence sur le comportement » [3]. Il est donc primordial de les repérer et de les intégrer dans la pratique.

D'après les données de la HAS, nous retrouvons l'ensemble de ces « drapeaux jaunes » spécifique de la lombalgie [12]. Nous pensons tout d'abord aux sentiments tels que la dépression ou l'humeur dépressive, l'anxiété, le stress mais également un retrait des activités sociales [12]. Il s'agit aussi de toutes les attitudes et représentations inappropriées par rapport à ce mal de dos, comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entrainer un handicap grave. Les comportements douloureux inappropriés tels que l'évitement ou la réduction d'activité liée à la peur sont à relever. Nous assistons donc parfois à un comportement passif avec des attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active [12].

Enfin, les « drapeaux bleus », qui relèvent des problèmes liés au travail, sont également pris en compte avec notamment le stress au travail et une charge physique de travail élevée qui mène à une insatisfaction professionnelle [12].

Ces différents drapeaux sont mentionnés dans la figure ci-dessous (Fig 2).

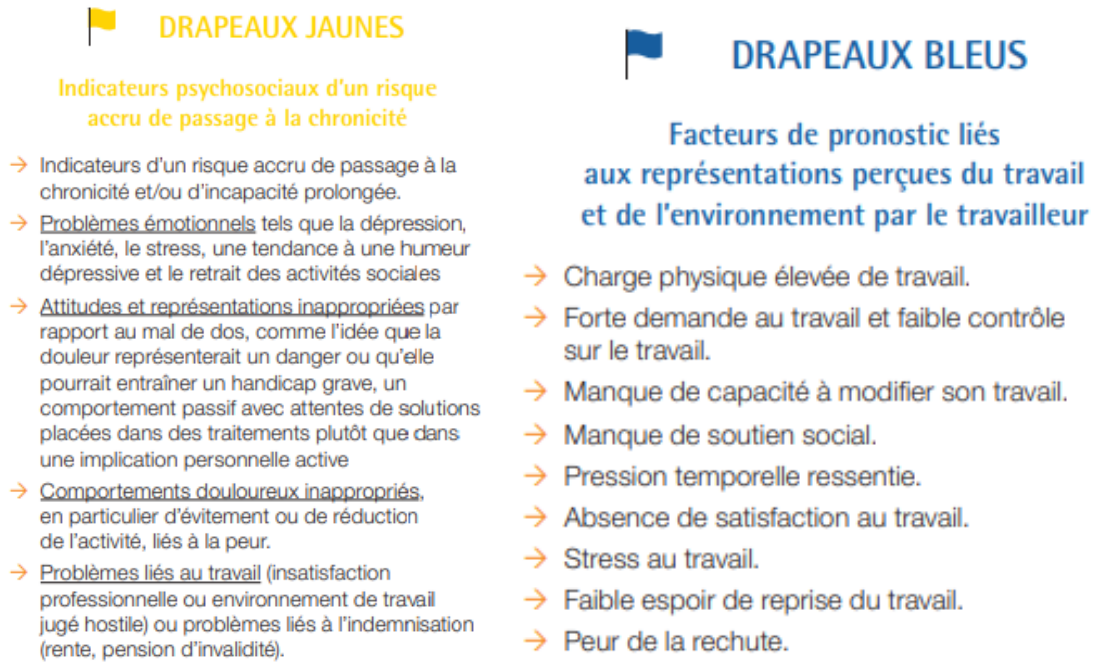

Figure 2 : Les drapeaux jaunes et bleus, selon la HAS [12]

En présence de ces drapeaux, le masseur-kinésithérapeute doit évaluer à l'aide d'échelles et de questionnaires s'il a la capacité de prendre en charge ce patient ou s'il faut plutôt le réorienter [3]. Selon une étude, dans le cas de la lombalgie, les facteurs associés les plus prédictifs seraient ceux liés au lieu de travail, aux évènements traumatiques passés, à la dépression et aux croyances délétères sur la douleur [3].

Face à cette expérience douloureuse, les patients peuvent adopter différentes postures. La notion de « peur–évitement », au travers notamment de la kinésiophobie, revient fréquemment pour les patients lombalgiques chroniques [13]. Ce modèle peur-évitement a été décrit par Vlaeyen et Linton et l'explication de cette notion figure ci-dessous (Fig 3).

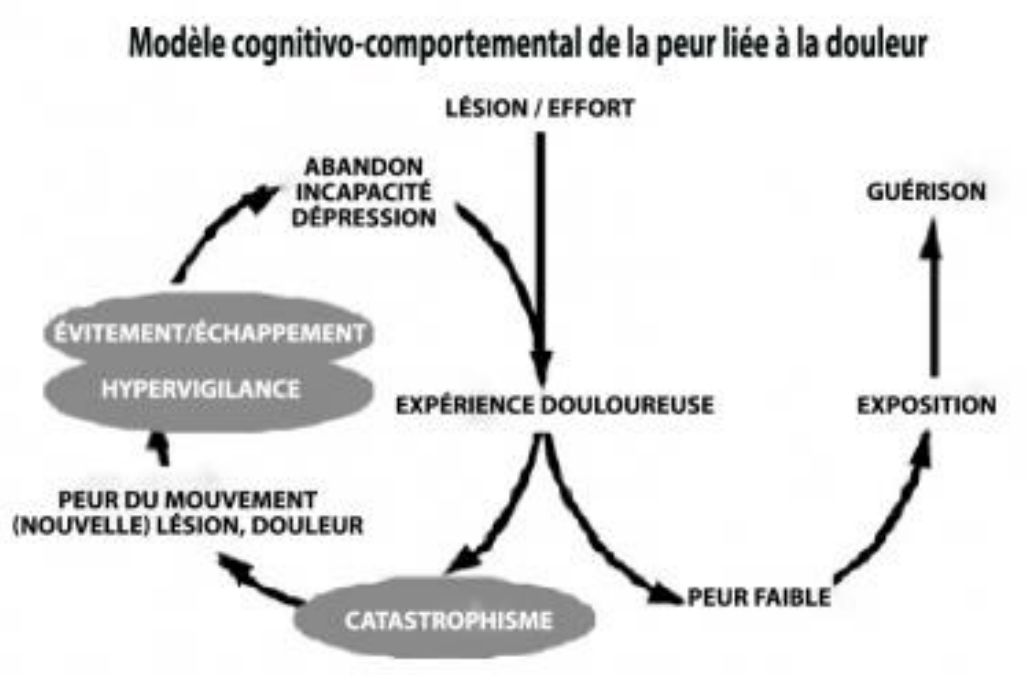

Figure 3 : Le modèle peur-évitement de Vlaeyer et Linton [13]

Différentes idées émergent de ce schéma. Tout d'abord, si la douleur est interprétée comme menaçante (catastrophisme de la douleur) par un individu, alors une peur liée à la douleur se crée [12]. À la suite de cela, des comportements d'évitement et une hypervigilance aux sensations corporelles se développent menant à un abandon, une incapacité voire à une dépression [12]. Cette dernière maintiendra les expériences douloureuses, alimentant ainsi le cercle vicieux peur-évitement. En revanche, si aucune peur n'est liée à la douleur et que le patient s'expose petit à petit à la douleur, cela conduit à une guérison rapide [12].

Un autre facteur de risque de chronicité est le catastrophisme. Le catastrophisme est une combinaison d'attitudes négatives et exagérées avec des croyances erronées sur la douleur [12]. En effet, ces fausses croyances peuvent rendre le patient très anxieux et le pousser à sans cesse imaginer le pire [12].

D'autres facteurs ont été notés comme les mécanismes passifs de faire-face c'est-à-dire des stratégies passives de coping [12]. Le coping est défini par Lazarus, comme « un ensemble de réactions et de stratégies élaborées par les individus pour faire face à des situations stressantes » [14].

1.3 La lombalgie chronique non spécifique

1.3.1 Définition

Selon la définition de la HAS, la lombalgie est définie par un avis d'expert (AE) comme « une douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur. Elle peut être associée à une radiculalgie correspondant à une douleur d'un ou des deux membres inférieurs au niveau d'un ou plusieurs dermatomes » [12]. Le terme de lombalgie commune est préféré à celui de lombalgie « non spécifique » en pratique courante selon un AE et elle désigne une douleur lombaire qui ne comporte pas de signes d'alerte, donc de drapeaux rouges [12]. La lombalgie peut perdurer au-delà de trois mois et est alors définie comme une lombalgie chronique. En cas de douleur chronique, le traitement est long et complexe du fait que la douleur impacte plusieurs domaines que ce soit personnel, social ou même psychologique [12].

1.3.2 Rappels anatomiques

Le rachis est un axe mobile, du fait de ses nombreux segments, mais est également rigide avec l'aide des caissons thoracique et abdominal. L'axe rachidien contient également l'axe nerveux médullaire et, du fait de ses disques et des ligaments intercalés entre les arcs postérieurs, il constitue un long tunnel ostéo fibreux [15].

Les vertèbres s’articulent entre elles par leurs corps et leurs processus articulaires. Les disques intervertébraux, quant à eux, sont des fibrocartilages qui s’interposent entre deux surfaces articulaires. Les vertèbres lombales, au nombre de cinq, sont plus massives qu’une vertèbre type et elles s’inscrivent dans une courbure à concavité postérieure. La vertèbre est constituée d’un corps vertébral volumineux et réniforme, des processus articulaires postérieurs supérieurs orientés en arrière et en dedans et des processus transverses dirigés vers le dehors et légèrement vers l’arrière, convergeant vers L3. Le foramen vertébral est triangulaire et les processus épineux sont, quant à eux, trapus [16]. Un schéma figure en annexe (ANNEXE I).

D’après le livre de P.Kamina, le canal vertébral suit les courbures vertébrales. Il disperse en périphérie les contraintes et augmente la résistance de la colonne vertébrale au cours des mouvements. D’autres éléments participent à l’amoindrissement des contraintes et protègent la moelle spinale : il s’agit des méninges et du liquide cérébro-spinal. Le canal vertébral contient les racines des nerfs spinaux entourées des méninges spinales [17].

Différents ligaments entrent en jeu dans cette région lombaire. Nous pouvons citer notamment le ligament longitudinal antérieur et postérieur, les ligaments jaunes, les ligaments supra-épineux, interépineux et intertransversaires [17]. Un schéma figure également en annexe (ANNEXE I).

À propos du plexus lombaire, il est constitué par l'union des rameaux antérieurs des nerfs spinaux lombaires Ll, L2, L3 et L4. Chacun de ces rameaux s'anastomose avec le rameau sus et sous-jacent. Les dermatomes du plexus lombaire sont situés sur la partie inférieure de la paroi abdominale ainsi que sur les faces antéro-médiales de la cuisse et de la jambe [17].

La HAS recommande d’expliquer au patient l’absence de corrélation systématique entre les symptômes et les signes radiologiques [12].

1.3.3 Classification et épidémiologie de la lombalgie

Une classification des lombalgies, établie par des experts internationaux, apparait dans les recommandations de la HAS de 2005 [18]. Adaptée à la clinique et à la prise en charge des lombalgies communes, elle définit :

- les lombalgies aiguës, d'évolution égale ou inférieure à quatre semaines
- les lombalgies subaiguës, dont l'évolution est comprise entre quatre et douze semaines
- les lombalgies chroniques marquées par une durée supérieure à trois mois

Les lombalgies chroniques sont à différencier des lombalgies récidivantes que les experts définissent comme la survenue d'au moins deux épisodes aigus à moins d'un an d'intervalle [18].

En 2005, les lombalgies communes représentaient près de six millions de consultations en France chaque année et constituaient la troisième cause d'invalidité en France [19]. Elles sont également à l'origine de 30 % des prescriptions de kinésithérapie faites en ville et de plus de 10 % des accidents du travail [19]. Dans 10 % des cas, la lombalgie commune évolue vers la chronicité. Les douleurs chroniques, notamment pour les lombalgies chroniques altèrent la qualité de vie du patient, peuvent être un handicap au quotidien et avoir un retentissement professionnel. Elles sont également à l'origine de coûts de santé ainsi que socio-économique importants d'où la nécessité d'une prise en charge précoce afin de réduire les coûts notamment liés aux arrêts de travail [4].

Selon le rapport publié en août 2019 par l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), « les lombalgies en lien avec le travail représentent, pour la branche accident de travail-maladie professionnelle, un coût élevé de plus d'un milliard d'euros par an » [20].

D'après un article de 2007, la prévalence de la lombalgie de plus de trente jours dans les douze derniers mois est de 17 %. Pour la lombalgie limitante, la prévalence dans la population est environ 7%. Ces prévalences diffèrent entre les hommes et les femmes et augmentent avec l'âge [21].

1.3.4 Prise en charge en kinésithérapie : recommandations actuelles

La prise en charge en kinésithérapie se doit d'être centrée sur le patient en prenant en compte son environnement. Cette prise en charge globale s'inscrit dans le modèle biopsychosocial qui va être défini ultérieurement.

Selon les recommandations de la HAS de 2019, en première intention, l'exercice physique est le traitement permettant une évolution favorable de la lombalgie commune (grade B)[12]. La réalisation d'exercices thérapeutiques adaptés au patient, enseignée par un kinésithérapeute, puis poursuivie à domicile, est recommandée : cela favorise la participation active du patient et il devient ainsi acteur de sa rééducation (grade B) [12]. La reprise des activités, que ce soient les activités de la vie quotidienne ou les activités sportives, sont indiquées. Elles doivent se faire progressivement et selon les préférences du patient [12].

En deuxième intention, le kinésithérapeute participe également à l'éducation du patient (réassurance, lutte contre les peurs et les croyances, sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique) dans le cadre d'une prise en charge bio psycho sociale (AE)[12]. Les interventions psychologiques de type TCC sont possibles, en deuxième intention, uniquement en complément de traitements incluant un programme d'exercices supervisés (grade B) [12]. Elles doivent être administrées par un professionnel ou une équipe formée aux TCC de la douleur [12].

En troisième intention, un programme de réadaptation pluridisciplinaire physique, psychologique, sociale et professionnelle est envisagé [12].

Dans les précédentes recommandations de la HAS pour les lombalgies chroniques, en 2005, les TCC n'étaient pas mentionnées. Les experts soulignaient simplement l'importance de la prise en charge psychologique sans évoquer le terme de TCC [18].

Face à un patient lombalgique chronique, la technique McKenzie est recommandée comme piste de traitement : elle a permis de réduire la douleur, les peurs et les croyances en matière de handicap et également d'améliorer les performances physiques. D'après une étude, l'amélioration des performances physiques est restée stable dix semaines après le traitement, quel que soit l'augmentation des facteurs bio-comportementaux [22]. Contrairement aux TCC, la technique McKenzie figurait déjà dans les recommandations de la HAS de 2005. En effet, il est mentionné « les exercices et postures en extension permettraient aussi, en déchargeant en partie le disque intervertébral, d'assurer à celui-ci une meilleure réhydratation et une meilleure trophicité » [18].

Nous retrouvons également dans la littérature trois axes de traitements pour la lombalgie qui sont « libérer-maintenir-entretenir » [23].

D'après cette étude, il faudrait libérer les tensions musculaires avec des techniques myotensives : les levées de tension sont adaptées dans des cas chroniques et les techniques d'inhibition de Jones peuvent être profitables surtout si le patient présente une kinésiophobie [23]. Un autre objectif mentionné est de libérer les structures articulaires et péri articulaires. Nous pensons par exemple à des mobilisations simples, des postures, en passant par des mobilisations spécifiques qui sont efficaces sur la sévérité de la douleur des lombalgiques chroniques [23]. Les mouvements répétés, réalisés par le patient en autonomie à domicile, permettra de pérenniser les résultats obtenus. Il est également mentionné que le kinésithérapeute doit inciter son patient à reprendre une activité physique en luttant contre ses fausses croyances [23].

Toujours d'après cette étude, il faut ensuite maintenir ces améliorations en renforçant l'endurance des spinaux car ces muscles sont souvent déficitaires chez les patients lombalgiques, avant d'étendre le renforcement à l'ensemble du rachis [23].

Enfin, la dernière phase est celle d'entretenir : il s'agit donc ici d'autonomiser le patient, lui donner des conseils, afin qu'il soit acteur de sa rééducation [23].

Toutes ces recommandations concernant les patients lombalgiques chroniques convergent dans le même sens : le traitement c'est le mouvement [23].

1.4 Les thérapies cognitivo-comportementales

1.4.1 Histoire des TCC

Les thérapies cognitivo-comportementales sont d'apparition relativement récentes. Elles constituent une famille à part entière des psychothérapies dont le développement a suivi trois vagues au cours du XXe siècle [24].

La première vague, développée au début des années 1900, est dite comportementaliste et suit les travaux de Pavlov (1902) et Watson (1913) sur le conditionnement répondant. Durant cette même vague, Skinner (1953) a développé le conditionnement opérant qui applique les théories de l'apprentissage dans l'analyse de la douleur [24].

La deuxième vague, développée à partir des années 1950 par certains auteurs comme Kelly, Ellis, Bandura et Beck, est dite cognitiviste. En effet, au travers de l'approche auto éducative du patient douloureux, une modification de leur réponse face à la douleur est mise en place [24].

Quant à la troisième vague, elle a été développée plus récemment et inclut la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) ainsi que la méditation pleine conscience (Mindfulness). Cette vague se concentre sur la façon de contrôler ses pensées et ses émotions [24].

1.4.2 Définition des TCC

Les thérapies cognitivo-comportementales sont des méthodes psychologiques structurées, ciblées et actives indiquées pour toute personne en souffrance. Il existe cependant certaines contre-indications qui sont la personnalité paranoïaque, les troubles psychotiques de type paranoïaque et les femmes enceintes du fait de l'impact émotionnel important que constitue la grossesse. Ces TCC peuvent se présenter sous la forme de thérapie individuelle ou de groupe [14].

Les thérapies comportementales et cognitives se sont développées progressivement en France depuis les années 1970. Elles se sont implantées en France grâce à des associations privées telles que l'AFTCC et l'AFFORTHECC. L'AFTCC signifie l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive et a été fondée en 1972 [25]. Quant à l'AFFORTHECC, l'acronyme signifie Association Francophone de FOrmation et de Recherche en THErapie Comportementale et Cognitive et a été fondée en 1994 [26].

Les TCC interviennent donc à trois niveaux : comportemental, cognitif et émotionnel. Il semble donc essentiel de définir ces termes au préalable.

Le comportement est le trouble à part entière. Les TCC cherchent à modifier des séquences de comportements ayant une finalité, autrement dit des conduites [14].

La cognition se centre sur les processus mentaux tels que la pensée, la prise de décision, la perception et la mémoire. En particulier, la psychologie cognitive étudie le traitement de l'information qui s'effectue par l'intermédiaire de schémas mentaux inconscients situés dans la mémoire à long terme [14]

Les émotions sont définies par des sensations physiques de plaisir ou de déplaisir en réponse à des stimuli environnementaux. La perception des évènements dépend des expériences passées et de l'état physique dans lequel se trouve le patient. La transformation de l'émotion (phénomène physique) en affect (phénomène mental : plaisir, tristesse, anxiété, peur, dégout, colère) dépend de l'interprétation de la situation mais non de la situation en elle-même [14].

D'après le livre de Jean Cottraux, une TCC n'a pas pour but de « supprimer » des comportements mais d'apprendre au patient un comportement nouveau, incompatible avec le trouble présenté. Il s'agit donc d'assimiler ce nouveau comportement dans l'ensemble de la structure comportementale, cognitive, émotionnelle de l'individu autrement dit sa personnalité [14].

Les TCC se fondent sur le conditionnement classique, aussi appelé conditionnement répondant, qui vise à modifier une réponse physiologique du système, comme la douleur, en la confrontant avec une réponse opposée, comme la relaxation. Il s'agit alors de hiérarchiser les situations douloureuses et de poursuivre par l'apprentissage de la relaxation comme réponse inhibitrice [24]. En débutant par les situations les moins douloureuses, nous enseignons au patient à réagir à la douleur en se relaxant et à appliquer cela dans les situations de la vie quotidienne. Progressivement, la réponse inhibitrice devrait remplacer la réponse douloureuse [24].

Le conditionnement opérant, quant à lui, vise à réduire ces facteurs nuisibles afin de les substituer par des facteurs axés sur le bien-être. Le conditionnement opérant est une « méthode d'apprentissage qui se sert de récompenses et de punitions » [27]. Ce type de conditionnement affirme qu'un certain comportement et une conséquence, que celle-ci soit une récompense ou une punition, ont une connexion qui implique un apprentissage [27].

Le modèle peur-évitement que nous avons évoqué auparavant est basé sur du renforcement négatif. Il explique comment le handicap lié à la douleur, la détresse émotionnelle et le déconditionnement physique se développent face à des comportements d'évitement motivés par la peur.

De ce modèle découle l'exposition graduée en situation et l'activité graduée que nous retrouvons dans la méthode de nombreuses études de la littérature. L'exposition graduée en situation encourage le patient à s'exposer progressivement à des situations dont il a peur tandis que l'activité graduelle vise à restaurer les capacités du patient en travaillant doucement sur une confrontation à l'activité physique [24].

Parmi les techniques de traitement cognitif figure l'apprentissage de stratégies de coping positifs adaptées à la douleur [24].

Durant la troisième vague, de nouveaux modèles sont apparus comme la thérapie d'acceptation et d'engagement ou encore la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, et sont extrêmement liés. La thérapie d'acceptation et d'engagement vise à améliorer la capacité de vivre une expérience douloureuse sans chercher à la combattre ou la fuir. Quant à la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, le but est d'encourager la personne à porter une

attention, de manière intentionnelle, sur son propre état psychologique, sans jugement mais en acceptation [24].

Dans son livre « Les psychothérapies cognitives et comportementales », Jean Cottraux évoque les sept piliers pratiques des TCC ainsi que douze caractéristiques fondamentales de la TCC qui sont celles de toute forme de psychothérapies efficaces [14].

1.4.3 TCC et lombalgies chroniques : validité scientifique

Depuis les années 1960, des approches psychologiques sont mise en place dans la prise en charge des douleurs chroniques [24].

D'après une revue systématique Cochrane de 2000, le traitement comportemental a un effet positif modéré sur l'intensité de la douleur et des effets positifs sur le statut fonctionnel général de l'individu, l'anxiété et la dépression par rapport aux témoins en liste d'attente ou à l'absence de traitement. Il existe des preuves modérées que l'ajout d'une composante comportementale à un programme de traitement habituel n'a pas d'effet positif à court terme sur le statut fonctionnel général, l'intensité de la douleur, l'anxiété et la dépression. Il n'y a cependant pas de preuves solides en faveur d'un type de traitement comportemental (cognitif, opérant, répondant ou combiné (TCC)) [28].

Une étude de 2010 reprend la revue systématique de 2000. Elle précise qu'à court terme la thérapie opérante est plus efficace que la liste d'attente pour diminuer les douleurs mais il n'y a pas de différence entre la thérapie opérante comparé à d'autres types de traitement comportemental. Contrairement à l'étude datant de 2000, à court terme, les TCC sont démontrées plus efficaces que les soins habituels pour diminuer la douleur. À moyen et long terme, il n'y a pas de différence entre le traitement comportemental et les soins habituels sur le soulagement de la douleur ni sur le statut fonctionnel. De plus, il n'existe pas ou peu de différence entre les TCC et les exercices de groupe sur la douleur et le syndrome dépressif [29].

Une revue systématique de 2010 de Marienke van Middelkop comprenait différents essais contrôlés randomisés (ECR) qui évaluaient l'efficacité de différents traitements sur la lombalgie chronique. Nous constatons que tout type de traitement comportemental est plus efficace pour diminuer la douleur par rapport à un groupe contrôle mais nous ignorons si cela

est spécifique de la région du dos. Elle évoque le fait que le traitement comportemental s'est avéré efficace pour réduire l'intensité de la douleur à court terme par rapport aux témoins sans traitement ou sur liste d'attente. Cependant, une hétérogénéité des études incluses existe et pourrait avoir été causée par des différences dans les interventions proposées, dans les groupes contrôle, dans la durée d'intervention et les biais relatifs aux différentes études [30].

Une méta-analyse de 2007 évoque les effets positifs des interventions psychologiques, par opposition à divers groupes contrôle, pour l'intensité de la douleur, la qualité de vie et la dépression. Les approches multidisciplinaires qui incluent une composante psychologique, comparées aux contrôles actifs (qui correspond aux trois catégories de contrôle sans liste d'attente) ont également été notées comme ayant des effets positifs à court terme sur la réduction de la douleur et à long terme sur le retour au travail [31].

Une autre étude, un ECR de 2012 confirme qu'une approche ciblée axée sur le comportement pour gérer les patients lombalgiques chroniques, a été plus efficace, par rapport à la thérapie manuelle et les exercices, lors du suivi à long terme. Cette efficacité a été constatée sur la réduction de la douleur, le handicap, les croyances de peur, l'humeur et les congés maladie [32].

Entre les différentes TCC, il n'y a pas d'évidence qu'une thérapie fonctionne plus qu'une autre. En effet, d'après un ECR de 2006, trois traitements étaient mentionnés : l'activité physique, les TCC et un traitement combiné (TCC et l'activité physique). Il s'avère que ces trois traitements sont plus efficaces que la liste d'attente. Des réductions significatives ont été observées dans les limitations fonctionnelles, les principales plaintes du patient et l'intensité de la douleur pour les trois traitements actifs par rapport à la lombalgie. Cependant, aucune différence cliniquement pertinente n'a été constatée entre les trois traitements [33].

Dans un ECR de 2016, le traitement par la thérapie de pleine conscience ou les TCC, par rapport aux soins habituels, ont entrainé une amélioration plus importante des douleurs dorsales et limitations fonctionnelles à vingt-six semaines. Il n'y a cependant pas eu de différence significative entre la thérapie de pleine conscience et les TCC. Ces résultats suggèrent que la thérapie de pleine conscience peut être une option de traitement efficace pour les patients souffrant de lombalgie chronique [34].

Dans une revue systématique de 2018, les résultats indiquent que l'exposition et les TCC peuvent impliquer des processus de changement similaires. Plus précisément, les patients ont signalé une réduction de la kinésiophobie et une diminution du handicap grâce à une amélioration de leur capacité à se détendre, à se distraire, à gérer leur douleur, à affronter des mouvements craints, à être actif [35].

Parfois, les TCC ne montrent pas de différence par rapport aux autres traitements sur la lombalgie chronique. En effet, dans une revue systématique de 2018, nous observons que, les TCC en complément de l'activité physique se sont avérées supérieures à l'activité physique pour les variables de la douleur, du handicap, de la qualité de vie et de la capacité fonctionnelle. En revanche, dans certaines des études incluses de cette revue, les TCC ne semblent pas avantageuses [36].

Dans une autre revue et méta analyse de 2016, aucune différence cliniquement significative n'a été constatée pour la douleur et le handicap entre les interventions physiques, comportementales et combinées. Les interventions ne sont pas assez différenciables pour permettre des comparaisons précises et constituent donc un biais non négligeable [37].

Nous constatons donc que les TCC ont montré une efficacité dans la littérature notamment sur l'intensité de la douleur et la qualité de vie du patient. Lorsqu'elles sont associées à un traitement d'activité physique sur les patients lombalgiques chroniques, elles se sont avérées plus efficaces que l'activité physique seule : c'est également ce que nous avons retrouvé dans les recommandations de la HAS [12].

1.4.4 Formation en TCC

Lorsque nous nous concentrons sur les formations en TCC proposées pour les masseurs-kinésithérapeutes, nous constatons qu'il existe un diplôme universitaire (DU) qui s'intitule « thérapie cognitive et comportementale de la douleur chronique ». Ce DU est proposé par la faculté de médecine Sorbonne Université, tant en formation initiale qu'en formation continue [38]. En formation continue, il peut être destiné à tous les professionnels de santé confrontés à la prise en charge de la douleur chronique tels que les médecins généralistes et spécialistes, les psychologues, les infirmières, les ergothérapeutes, les psychomotriciens ainsi que les masseurs-kinésithérapeutes [38]. D'après la dernière mise à jour datant du 26 avril 2021, cette formation n'est pas reconnue par l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. En effet, ce DU ne figure pas parmi la liste des diplômes universitaires examinés et reconnus par le conseil national de l'Ordre [39].

D'autres formations en TCC ne sont pas accessibles aux différents masseurs-kinésithérapeutes : nous pensons notamment aux formations de l'AFTCC, dont l'acronyme a été explicité auparavant. En effet, la formation en TCC est ouverte « aux psychologues ayant validé le M2, aux psychiatres, aux internes de psychiatrie et aux médecins non psychiatres (ayant une thèse dans une autre spécialisation) » [40].

D'après une revue systématique de 2016, les auteurs soulignent qu'une formation en TCC est nécessaire afin que les masseurs-kinésithérapeutes puissent exploiter au mieux les différentes techniques. Ils mentionnent même que, sans formation, il semble difficile d'appliquer correctement ces TCC [41].

1.4.5 Compétences du masseur-kinésithérapeute

En 2002, Henri Boudreault a élaboré un modèle du concept de la compétence professionnelle [42]. Les compétences regroupent conjointement : le savoir, le savoir-être et le savoir-faire. Sur le site de l'Union Régional des Professionnels de Santé (URPS), réservé aux kinésithérapeutes, figure différentes vidéos ludiques sur les onze compétences relatives aux masseurs-kinésithérapeutes [43]. D'après ces vidéos, le savoir correspond aux connaissances antérieures auxquelles s'ajoutent les connaissances théoriques et techniques acquises. Le savoir-faire est l'habileté, acquis lors de la pratique. Enfin, le savoir être est le savoir-faire relationnel qui passe par l'écoute, l'empathie, le professionnalisme et l'éthique. Ces éléments sont propres à chacun et dépendent de notre vécu tant professionnel que personnel [43]. Un individu qui ne possède que le savoir et le savoir-être ne serait que connaissant et incapable de mettre en pratique ce qu'il connait par manque de savoir-faire. Une personne peut montrer du savoir-être et du savoir-faire mais, par manque de savoir pur, ne devient alors qu'un exécutant incapable de réagir en cas de changement de situation. Enfin, une personne qui possède du savoir-faire et du savoir ne peut être considéré que performant car en manquant de savoir-être, il rencontrera des difficultés à communiquer avec autrui (patients ou autre professionnel) [43].

Une compétence n'est pas propre à un individu mais à un contexte, il faut donc être confronté à différents contextes afin que cette compétence évolue [43].

Les masseurs kinésithérapeutes possèdent dans leur décret onze compétences. Ces onze compétences sont mentionnées dans la figure ci-dessous (Fig 4).

DIPLÔME D'ÉTAT DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

Référentiel de compétences

Compétences

1. **Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique**
2. **Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie, adapté au patient et à sa situation**
3. **Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage**
4. **Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie**
5. **Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie**
6. **Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie**
7. **Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle**
8. **Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques**
9. **Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources**
10. **Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs**
11. **Informer et former les professionnels et les personnes en formation**

Figure 4 : Présentation des onze compétences [44]

Lorsque nous nous penchons un peu plus sur le détail de ces compétences, nous remarquons que l'aspect « psychosocial » du patient est bel et bien pris en compte. En effet, dans la compétence une, il est précisé que « les répercussions et le retentissement du trouble sur la vie quotidienne, l'environnement et l'état psychologique du patient doivent être identifiés ». La compétence trois évoque le fait « d'accompagner par des techniques de communications appropriées, le patient ou son entourage vers des changements de comportement, de modes de vie et d'habitude en prenant mieux en compte sa santé ». D'après la compétence quatre, il faut « évaluer l'état psychologique du patient, sa motivation et son évolution au cours des séances ». Au sein de la compétence cinq, il s'agit d'« adapter sa communication, la nature des informations communiquées au patient et son comportement en fonction des caractéristiques du patient, de son état psychologique et de sa motivation ». Il faut également « prendre en compte sa pathologie, son niveau de connaissances, ses représentations, son environnement social, professionnel et culturel, son niveau de langage, ses attentes pronostiques et son état psychologique » [44]. Ainsi, nous constatons que nous devons identifier ces facteurs psychosociaux mais les traitements autour de ces facteurs ne sont pas mentionnés dans notre décret.

En 2015, une réforme a eu lieu sur le diplôme d'Etat du masseur-kinésithérapeute. Dans le code de la santé publique, il est stipulé à l'article R4321-2 que « dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie » [45]. Toujours au sein du code de la santé publique, l'article L4321-14 stipule « dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect du code de déontologie précité » [46].

En résumé, rien n'oblige les masseurs-kinésithérapeutes à appliquer les TCC dans leur prise en charge auprès de patients lombalgiques chroniques. Cependant, sont-ils réellement compétents à utiliser les TCC dans leur pratique ?

1.5 Les différents modèles

Les deux grands modèles prépondérants en santé sont le modèle biomédical et le modèle biopsychosocial.

1.5.1 Les modèles biomédical et biopsychosocial

Tout d'abord, le modèle biomédical est un modèle où la santé correspond à l'absence de maladie. Il est uniquement centré sur la maladie du patient et le but est d'identifier la cause de celle-ci : son but est donc purement curatif. Ce modèle s'inscrit dans une période où la médecine était considérée comme capable de guérir toutes les maladies [47]. Le médecin détient le pouvoir et décide de l'administration du traitement : la communication est unidirectionnelle. Le patient est alors passif et se contente de suivre les instructions du médecin. Ce modèle biomédical peut être présent lorsque le kinésithérapeute ne se préoccupe pas des émotions du patient lors de la séance : il lui administre donc un traitement sans prendre en compte les ressentis du patient.

Le modèle biopsychosocial, quant à lui, est bien différent. Au sein de ce modèle, le médecin se concentre davantage sur le patient. En effet, ce modèle se veut global et en ce sens il prend en compte le patient dans sa globalité c'est-à-dire avec sa famille et son environnement. La santé correspond alors à l'équilibre entre le patient, sa famille et son environnement [48]. La communication n'est plus unidirectionnelle mais plutôt transversale : il s'agit d'une décision partagée entre le thérapeute et le patient. Le patient prend donc part active dans son parcours de soins [49].

Dans le cadre de notre mémoire, comme nous l'avons vu précédemment, la lombalgie chronique est une pathologie dans laquelle la place des multiples facteurs psychosociaux est prépondérante. Il semble donc indispensable que le masseur-kinésithérapeute s'inscrive dans le modèle biopsychosocial de la santé. En effet, ce modèle apparait comme un modèle complet et pertinent dans la prise en charge du patient lombalgique chronique.

1.5.2 Les modèles de la posture

Franck Gatto et Ardoino ont décrits trois modèles de la posture : la posture d'agent, d'acteur et d'auteur. Comme le précise Ardoino, il est possible de se placer dans les trois postures [50].

Dans la posture d'agent, pour Ardoino « le sujet subit, il est spectateur, usager ou pire assujetti. Il est en position de soumission et d'application » [50]. En effet, dans ce cas, le patient ne prend pas d'initiative et est alors passif. Le sujet ne manifeste même pas son avis, ne réfléchit pas et obéit. Gatto précise que les savoirs-pré-existants du patient et du thérapeute ne sont alors pas pris en compte [51]. Un thérapeute peut être agent dans la mesure où il suit les recommandations scientifiques. Le patient, quant à lui, peut être agent dans le cas où il exécute les actes sans même avoir donné son avis. La posture d'agent est celle que l'on retrouve notamment dans le modèle biomédical et béhavioriste.

La posture d'acteur laisse place à plus de liberté. Selon Ardoino « il est pourvu de conscience et d'initiative, capable de stratégies » [50]. En effet, dans cette posture le sujet n'est plus décrit comme étant un « exécutant », il possède d'avantage d'autonomie, peut prendre des initiatives mais il ne décide pas seul. Le masseur-kinésithérapeute, quant à lui, peut être acteur et ainsi adapter ses prises en charge en fonction du patient.

Dans la posture d'auteur, Gatto décrit que le sujet « est prescripteur, décideur, responsable et autonome » [51]. Le sujet se questionne, prend en considération le patient dans sa globalité [50]. Afin de créer une alliance thérapeutique entre le thérapeute et son patient, il est indispensable que le patient adopte à la fois la posture de co-acteur et de co-auteur afin de prendre part activement au traitement.

1.5.3 Les modèles de l'apprentissage

L'apprentissage est défini en 1998 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « un processus qui engendre, par des transferts et partages de savoirs, une certaine modification, relativement permanente, de la façon de penser, de ressentir ou d'agir de l'apprenant » [52].

Il existe différentes théories de l'apprentissage complémentaires : la théorie béhavioriste, la théorie constructiviste, la théorie socio-constructiviste et enfin la théorie néo-socio-constructiviste.

Dans la théorie béhavioriste, l'apprentissage peut être obtenu par l'utilisation de récompenses appelées « renforcements positifs » et de punitions appelées « renforcements négatifs » [51]. L'individu opte pour un comportement lui permettant d'éviter les renforcements négatifs et d'augmenter la probabilité de survenue des renforcements positifs. On appelle cela les « conditionnements opérants » [51]. Les premiers modèles du béhaviorisme reposaient sur l'établissement de liaisons entre stimuli et réponses comportementales en s'appuyant sur le schéma proposé par Watson en 1913 « stimuli > réponse » [51]. La formation est considérée comme un enseignement unidirectionnel où l'apprenant à un rôle passif. Une des critiques qui peut être faite sur ce modèle est qu'il ne prend pas en compte les savoirs-préexistants, les composantes cognitives, affectives et émotionnelles ni les demandes du patient.

Dans la théorie constructiviste, Piaget affirme que la connaissance s'acquiert par « manipulation d'objet ». Il place l'interaction « sujet-objet » à l'origine du développement des connaissances [53]. Cette vision de l'apprentissage suggère que le formateur ne transmet pas le savoir : c'est au travers des activités que les élèves construisent des savoirs et cela insinue que l'étudiant ait déjà son propre référentiel dans lequel il puise ses connaissances. L'utilisation de cas cliniques par exemple peut être particulièrement pertinent : l'apprenant peut ainsi mobiliser ses connaissances en les confrontant au cas. Même si cette théorie apporte de l'autonomie pour l'individu avec le caractère constructif qu'elle propose, elle est cependant critiquée par le fait qu'elle ne prend pas en compte le caractère social de l'individu [53].

À propos de la théorie socio-constructiviste, elle prend en considération le rôle des « interactions sociales » dans le développement cognitif. Ainsi, l'apprentissage résulte de la confrontation culturelle et sociale avec l'entourage [54]. En formation continue par exemple, l'exploitation en « petits groupes » de cas cliniques rencontrés par les différents confrères peut être pertinent.

Enfin, la théorie néo-socio-constructiviste reprend les idées de la théorie constructiviste et socioconstructiviste et accorde une place importante à l'émotion et à la motivation, selon Gatto et Ardoino [54].

Ces théories socio-construstiviste et néo-socio-constructiviste sont les plus adaptées dans la mise en place des TCC auprès des patients lombalgiques chroniques puisque le but est d'essayer de modifier les schémas vicieux des patients.

1.5.4 Les modèles de la communication

Le terme communiquer provient du latin « communicare » qui signifie selon la définition de Gaffiot « mettre ou avoir en commun » [55]. Au regard de la complexité de la notion de communication, deux modèles ont été théorisés. Il s'agit du modèle « linéaire » et du modèle « systémique ».

Le modèle linéaire apparait en 1949 avec les travaux de Shannon et Weaver. Claude Shannon décrit « une communication simplifiée avec un émetteur qui envoie un message via un canal à un récepteur » [50]. Ce modèle a été exposé à quelques critiques. En effet, la première critique est le fait qu'il ne tient pas compte de l'humanité de l'émetteur et du récepteur en oubliant les savoirs préexistants et leurs communications non verbales. La deuxième, est le fait qu'il qualifie cette communication uniquement comme un processus « linéaire ». L'émetteur, actif détient le savoir tandis que le récepteur, passif, écoute [50].

L'autre modèle de communication est la communication systémique décrite par l'école de Palo Alto [56]. Ce modèle est né des travaux de Robert Wiener qui met en lumière l'idée de rétroaction ou « feedback ». En 1952, le « collège invisible », créé par Bateson et Wattslawick, propose une nouvelle vision de la communication : elle ne se réduit plus à un échange de paroles. Ainsi, il devient impossible de ne pas communiquer car même le silence est une communication. En effet, toutes les gestuelles, postures et mimiques sont désormais prises en compte [56].

En outre, le modèle systémique est le modèle qui se rapproche le plus du modèle biopsychosocial, de la posture d'acteur ou d'auteur car il s'agit d'une relation transversale qui prend en compte les valeurs, les émotions et les savoirs-préexistants des deux individus.

1.6 Problématique

L'état actuel de la littérature a mis en relief que les thérapies cognitivo-comportementales étaient efficaces auprès des patients lombalgiques chroniques notamment pour diminuer la douleur et le handicap fonctionnel. Cependant, dans la majorité des articles, les TCC étaient administrés par des psychologues formés aux TCC et non pas des masseurs-kinésithérapeutes. De ce fait émerge un questionnement : Comment les masseurs-kinésithérapeutes parviennent-ils à mettre en pratique ces thérapies cognitivo-comportementales auprès des patients lombalgiques chroniques ? Quelles sont les compétences et les limites à l'application des thérapies cognitivo-comportementales ? Dans quelle mesure cette formation les a-t-elle aidés ? Ce questionnement prend d'autant plus d'importance étant donné la prévalence de cette pathologie et le motif de consultation régulier en cabinet libéral.

Un des intérêts de cette étude est d'assimiler davantage de connaissances sur ce sujet en interrogeant différents masseurs-kinésithérapeutes formés aux TCC. Le questionnement portera sur les moyens qu'ils utilisent dans leur pratique de terrain, leurs compétences et les difficultés qu'ils peuvent rencontrer. Ainsi, nous pourrons dans un premier temps répondre à notre question de recherche et sur le long terme proposer des alternatives possibles.

Aux vues des données actuelles, les hypothèses que vous pouvons avancer sont les suivantes :

- Les masseurs-kinésithérapeutes ont la possibilité d'appliquer des TCC en considérant les compétences acquises en formation initiale.
- Les masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas les mêmes compétences ni le même cursus initial que des psychologues et, en ce sens, se trouvent limités en pratique clinique.
- La communication des masseurs-kinésithérapeutes avec le patient dépend de facteurs individuels (empathie, écoute) et la formation en TCC peut leur apporter certains outils.

2 METHODE

Afin de répondre au mieux à ce questionnement, nous nous sommes placés dans un paradigme phénoménologique avec une approche hypothético-déductive [57]. Pour cela, nous avons réalisé trois entretiens semi-directifs auprès de différents masseurs-kinésithérapeutes formés aux TCC et qui, bien évidemment, les utilisent dans leur pratique. La grille COREQ (COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) avec ses lignes directrices a été utilisée comme support pour la rédaction [58].

2.1 Construction de l'entretien

Des entretiens semi-dirigés et composés essentiellement de questions ouvertes ont été menés : ces derniers ont duré environ trente minutes.

Afin que les entretiens se déroulent dans les meilleures conditions, un guide d'entretien a été construit en amont et était à ma disposition lors des entrevues. Ce guide d'entretien comprenait cinq thèmes. En effet, il est recommandé en recherche qualitative de ne pas dépasser cinq à sept thèmes [59]. Ce guide d'entretien a été testé au préalable auprès de ma directrice de mémoire et les différentes questions qui y figurent n'ont pas été fournies aux auteurs. Différents thèmes sont mentionnés dans ce guide et ce dernier est présenté dans le tableau II ci-dessous avec l'objectif des différentes questions posées (TAB II). Pour certaines d'entre elles, un lien avec les données de la littérature et les différents modèles vus auparavant a été fait.

TABLEAU II : Guide des entretiens semi-dirigés

Sujet : Mise en place des TCC dans la pratique des MK auprès des patients lombalgiques chroniques		
Questions posées	**Thèmes abordés**	**Objectifs des questions**
Question 1 : Pouvez-vous vous présenter ? Depuis quand êtes-vous diplômé ?	**Présentation personnelle**	Identifier le profil du MK et voir s'il est diplômé depuis la nouvelle réforme de 2015
Question 2 : Quel est votre lieu d'exercice ? (Cabinet libéral, hôpital)		Analyser la pratique du MK selon les différents lieux d'exercice
Question 3 : Quelles formations avez-vous réalisées ?		Identifier si le MK interrogé actualise ses connaissances
Question 4 : Comment définiriez-vous les TCC ?	**Présentation de la formation en TCC**	Evaluer les connaissances du MK en les confrontant à la définition des TCC mentionnée en introduction
Question 5 : Aviez-vous eu des notions de TCC en formation initiale ?		Identifier si la formation initiale abordait les TCC
Question 6 : En quoi consistait la formation en TCC ? (Nombre d'heures, lieu)		Analyser le contenu de la formation
Question 7 : Quels types de thérapie avez-vous apprises ?		Evaluer les connaissances apprises en TCC
Question 8 : Qu'est-ce que cela vous apporte dans votre pratique clinique ?		Evaluer l'adhésion ou non du thérapeute à l'utilisation des TCC dans sa pratique
Question 9 : Avez-vous des patients lombalgiques chroniques en pratique ? Si oui, combien de patients lombalgiques chroniques voyez-vous par semaine ?	**Population des patients lombalgiques chroniques**	Identifier la proportion de patients lombalgiques chroniques vue en pratique
Question 10 : Quels types de traitement utilisez-vous principalement auprès des patients lombalgiques chroniques ? (Technique McKenzie, TCC, massages, exercices de renforcement)		Explorer les pratiques du MK Vérifier la conformité avec les recommandations de la HAS de 2019 [12] Identifier dans quels modèles se situent le patient et le thérapeute
Question 11 : Auprès de quelle population de patients utilisez-vous le plus les TCC ?	**Utilisation des TCC en pratique clinique**	Identifier si le thérapeute utilise ces thérapies auprès d'autres patients que les patients lombalgiques chroniques

Question 12 : Combien de temps consacrez-vous aux TCC lors d'une séance ?		Avoir une notion temporelle concernant l'application des TCC Identifier la faisabilité en pratique libérale
Question 13 : De quelle façon appliquez-vous ces TCC en pratique ? (Explication du lien entre ses croyances et ses problèmes, agenda, métaphores, jeux de rôle, mise en situation, mise en place de devoir à la maison…)		Explorer les pratiques du MK Vérifier s'il utilise les outils référencés dans l'échelle CTS-R qui évalue les compétences des thérapeutes à l'application des TCC [60]
Question 14 : Avez-vous des retours des patients sur ces pratiques ?		Identifier si les patients adhèrent au traitement Analyser les retours, positifs ou négatifs, s'il y en a
Question 15 : Utilisez-vous les TCC auprès de patients lombalgiques chroniques ? Si oui, comment cette formation en TCC vous aide lors de la prise en charge d'un patient lombalgiques chronique ?		Identifier la manière dont ces TCC sont mises en pratique Savoir si le MK met en place différents types de TCC
Question 16 : Selon vous, quelles compétences doivent avoir les masseurs-kinésithérapeutes pour appliquer ces TCC ?	**Compétences et limites à l'application des TCC en pratique clinique**	Répondre à notre problématique
Question 17 : Et dernière question, quelles peuvent être les limites des thérapeutes à l'application de ces TCC ?		Répondre et conclure sur la question de départ
Remerciements		

Pour élaborer certaines questions autour des TCC et de la pratique du masseur-kinésithérapeute, l'échelle CTS-R (Revised Cognitive Therapy Scale) de Blackburn et al. (2001) a été utilisée [60]. Une traduction française de cette échelle a été réalisé par Note et Manesse en 2001 [61]. Cette échelle permet de mesurer les compétences du thérapeute en thérapie cognitive à travers douze items. Elle va de 0 (le thérapeute n'a pas respecté les critères de cette thérapie) à 6 (conformité de haut niveau selon les standards les plus élevés de la thérapie cognitive). L'échelle évalue ainsi à la fois l'adhésion du thérapeute au modèle de la thérapie mais aussi son aptitude à la mettre en œuvre [62].

Les douze items de cette échelle sont mentionnés sur la figure ci-dessous (Fig 5).

- Item 1 – établir un agenda et adhésion à la thérapie
- Item 2 – « feed-back » (échange d'information)
- Item 3 – établir une collaboration empirique
- Item 4 – rythme et utilisation judicieuse du temps au cours de la séance
- Item 5 – efficacité interpersonnelle
- Item 6 – Mettre en évidence : expression émotionnelle
- Item 7 – Mettre en évidence les cognitions clés
- Item 8 – Mettre en évidence et planifier des comportements
- Item 9 – Découverte guidée : hypothèses du patient
- Item 10 – Intégration conceptuelle : histoire du patient
- Item 11 – Application des méthodes de changement
- Item 12 – Tâches et expériences cognitives et comportementales

Figure 5 : Présentation des douze items de l'échelle CTS-R [60]

En amont de la réalisation de cet échange, les entretiens ont été répétés une fois. Ces entretiens m'ont permis d'analyser la pratique des différents professionnels de santé interrogés et de souligner d'éventuelles convergences ou divergences dans la mise en place de leur traitement. À cause de la crise sanitaire actuelle, cette rencontre a été réalisée par visioconférence. Afin de recueillir l'intégralité de notre échange, ce dernier a été enregistré à l'aide d'un dictaphone avec l'accord préalable des différentes personnes interrogées par écrit.

Durant les entrevues, des notes de terrain ont été prises lorsqu'une idée importante était mentionnée. Les masseurs-kinésithérapeutes pouvaient, bien évidemment, m'interrompre lors de cette rencontre sans aucun problème. L'ordre des questions a pu être modifié au cours des entretiens afin de rebondir sur les réponses des personnes interviewées. La première partie de l'entretien recueille les données personnelles pour connaitre davantage le profil des masseurs-kinésithérapeutes avant de les interroger sur leur pratique.

2.2 Choix de la population

Pour les entretiens, des masseurs-kinésithérapeutes étant formés aux TCC, les pratiquants auprès de patients et si possible de patients lombalgiques chroniques ont été ciblés. L'enquêteur et les différents participants ne se connaissaient pas avant le commencement de l'étude. Cependant, le sujet du mémoire était connu par les masseurs-kinésithérapeutes interrogés.

Pendant tout le mois de janvier 2021, différents masseurs-kinésithérapeutes ont été contactés. De même, des organismes de formation en TCC ou encore le GI douleur (groupe d'intérêt de la douleur) ont été sollicités afin qu'ils puissent me transmettre certains noms de kinésithérapeutes formés en TCC. Cinq masseurs-kinésithérapeutes, dont les noms m'ont été suggérés, ont été contactés via le réseau social Facebook. Le message qui a été envoyé figure en annexe. (ANNEXE II) Cependant, seul trois masseurs-kinésithérapeutes ont répondu positivement. Préalablement aux entretiens, un message a été envoyé aux masseurs-kinésithérapeutes afin de leur expliquer le déroulement de notre échange et de recueillir leurs consentements. Ce message figure également en annexe. (ANNEXE II)

2.3 Méthode d'analyse des données

Une fois les entretiens réalisés, une retranscription de l'intégralité de ces entretiens a été réalisée sur Word. Les kinésithérapeutes interrogés étaient avertis qu'une tierce personne a été sollicitée afin de s'assurer de l'exactitude de la retranscription.

Une première analyse de l'entretien a été faite : il s'agissait d'une lecture « flottante » avec une analyse d'ensemble afin de se réapproprier l'entretien et de mettre en évidence les différents thèmes [63]. Dans un deuxième temps, une analyse de leur contenu a été réalisée sur Word. Une fois toutes ces données recueillies, nous observerons si les résultats divergent ou convergent entre les thérapeutes formés. Les données des entretiens pourront par la suite être mises en relief avec l'échelle CTS-R vue précédemment.

Dans le tableau qui figure ci-dessous, les différents items de la grille COREQ ont été cités et complétés par cette présente étude (TAB III).

TABLEAU III : Première partie des items de la grille COREQ complétés

Items	Descriptions	Réponses
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Enquêteur / animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Cynthia SERRALHEIRO
Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD	Etudiante en masso-kinésithérapie
Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Etudiante en masso-kinésithérapie en clinicat
Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Quatrième année d'école en masso-kinésithérapie
Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche	L'intitulé du sujet de mémoire
Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	Simplement l'intitulé du sujet de mémoire
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	Analyse « flottante » du discours Analyse de contenu
Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de- neige	Les participants ont été sélectionnés en fonction de leurs formations en TCC
Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	Les participants ont été contactés via le réseau social Facebook
Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	Trois participants
Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Une personne a refusé de participer car elle était formée en hypnose or l'hypnose ne fait pas partie des TCC. Une autre personne n'a pas répondu au message.

Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail	Les données ont été recueillies à mon domicile
Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Lors d'un entretien avec M.P, un étudiant était présent
Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date	Trois masseurs-kinésithérapeutes formés aux TCC et exerçant dans un cabinet libéral Les entretiens ont été réalisés entre le 12 mars et le 26 mars
Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Les questions n'étaient pas fournies par les auteurs. Le guide d'entretien avait été testé au préalable.
Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Oui, une fois
Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Il utilisait un enregistrement audio
Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Oui
Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Environ trente minutes
Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Non
Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

3 RESULTATS

3.1 Description de la population

Trois entretiens semi-dirigés ont été conduits durant le mois de mars auprès de masseurs-kinésithérapeutes formés aux thérapies cognitivo-comportementales.

La première personne interrogée était M.P, masseur-kinésithérapeute depuis 2011. Il a réalisé différentes formations, principalement sur la MBCT et l'ACT. La MBCT est un acronyme anglais qui signifie « Mindfulness-Based Cognitive Therapy » autrement dit une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience. L'ACT est un acronyme de « Acceptance and Commitment Therapy » autrement dit la thérapie d'acceptation et d'engagement. Il est actuellement formateur MBCT et thérapeute de l'ACT. Il est important de souligner que lors de cet entretien, un étudiant en quatrième année était présent.

Un deuxième entretien a été réalisé cette fois-ci avec M.R, qui a reçu un diplôme universitaire en thérapies cognitives et comportementales de la douleur chronique de l'Université Pierre et Marie Curie. Il a également suivi une formation sur l'intégration de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience en kinésithérapie.

Enfin, le dernier entretien a été conduit auprès de Mme.L qui a reçu également le diplôme universitaire en thérapies cognitives et comportementales de la douleur chronique de la Sorbonne [38]. Elle est également formée à la méditation de pleine conscience [64] et à l'entretien motivationnel [65]. Il convient de noter que les trois masseurs-kinésithérapeutes ont également réalisé des formations sur la douleur persistante en parallèle.

Un masseur-kinésithérapeute a répondu négativement à notre demande et un futur confrère a mentionné qu'il ne pourrait pas participer à notre étude étant donné qu'il est formateur sur l'hypnose. En effet, l'hypnose ne fait pas partie des TCC selon la définition des TCC donnée en introduction, même si les concepts sont proches [66].

Les entretiens ont eu lieu par visioconférence ou par téléphone, selon les disponibilités de la personne interviewée. L'intégralité des entrevues a été enregistré grâce à un téléphone (iPhone) et retranscrit. Ces retranscriptions ont été réalisées sur Word et figurent en annexe (ANNEXE III, ANNEXE IV, ANNEXE V).

Pour faciliter l'analyse des entretiens qui va suivre, nous avons décidé de renommer les entretiens. Les entretiens de M.P et M.R sont respectivement appelés entretien 1 et 2. Enfin, l'entretien de Mme.L est l'entretien 3. La durée, le nombre de mots retranscrits, le mode et le lieu des entretiens figurent dans le tableau ci-dessous (TAB IV).

TABLEAU IV : Données générales des entretiens

Noms des interviewés	**M.P**	**M.R**	**Mme.L**
Numéro des entretiens	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
Réalisée le	12 mars	21 mars	26 mars
Durée de l'entretien	41 : 10	54 : 36	36 :12
Nombre de mots retranscrits	6246	6750	3548
Nombre de lignes	430	451	253
Type d'entretien	Appel téléphonique	Visioconférence	Appel téléphonique
Lieu de l'entretien	A domicile	A domicile	A domicile

Les masseurs-kinésithérapeutes étaient informés qu'une relecture de cette transcription serait réalisé par un collègue pour s'assurer de la bonne compréhension des enregistrements.

Tout d'abord, une analyse dite « flottante » des entretiens a été réalisée. C'est une étape préliminaire qui donne une impression générale et permet de faire émerger les idées importantes. Comme l'indique l'Ecuyer en 1990, « c'est une première familiarisation avec le matériel, une sorte de « préanalyse » pour en dégager une idée du sens général, certaines « idées forces » permettent d'orienter l'ensemble de l'analyse subséquente pour atteindre les objectifs visés » [63]. En effet, il est nécessaire de lire à plusieurs reprises les retranscriptions des entrevues afin de se les remémorer et dégager les messages apparents.

Dans notre cas, les thèmes principaux étaient déjà identifiés en amont et vont ainsi guider notre analyse de contenu. Le guide d'entretien que nous avions préparé nous a permis de structurer nos pensées et d'avoir un fil conducteur. Cependant, il nous est arrivé de modifier l'ordre des questions pendant l'entretien et d'en poser de nouvelles en fonction des propos de l'interlocuteur. Une fois les entretiens réalisés, nous avons pu remplir les données de la grille COREQ qui figure ci-dessous (TAB V).

TABLEAU V: Dernière partie des items de la grille COREQ complétés

Domaine 3 : Analyse et résultats		
Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Une seule
Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Les thèmes étaient identifiés à l'avance
Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Aucun logiciel n'a été utilisé
Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	Les citations de participants ont été utilisées pour illustrer les résultats. Chaque citation était identifiée.
Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Une fois cette « analyse flottante » réalisée, une analyse plus approfondie peut être mise en place : il va s'agir d'une analyse question par question. Nous allons, dans la partie suivante, répertorier les réponses qui semblent importantes et qui ont été délivrées par les masseurs-kinésithérapeutes.

3.2 Recueil des données des entretiens

3.2.1 Présentation des masseurs-kinésithérapeutes et de leurs formations

Le premier thème avait pour but de recueillir des informations personnelles relatives à notre échantillon. À la première question « pouvez-vous vous présentez ? depuis quand êtes-vous diplômés ? », les réponses sont présentées dans le tableau ci-dessous (TAB VI).

TABLEAU VI : Réponses à la première question de l'entretien

M.P, entretien 1, l.20	**« Diplômé en 2011 »**
M.R, entretien 2, l.23	**« Diplômé en kiné depuis 2017 »**
Mme.L, entretien 3, l.17	**« Diplômée depuis 2014 »**

L'information qui émerge de ces réponses est que l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes interrogés est issu de l'ancienne réforme, c'est-à-dire la réforme datant de 1989 [67]. En effet, les derniers diplômés de cette réforme ont été diplômés en 2017 comme M.R.

Les réponses des différents kinésithérapeutes à la question 2 sont catégorisées dans les figures ci-dessous (Figure 6, 7 8).

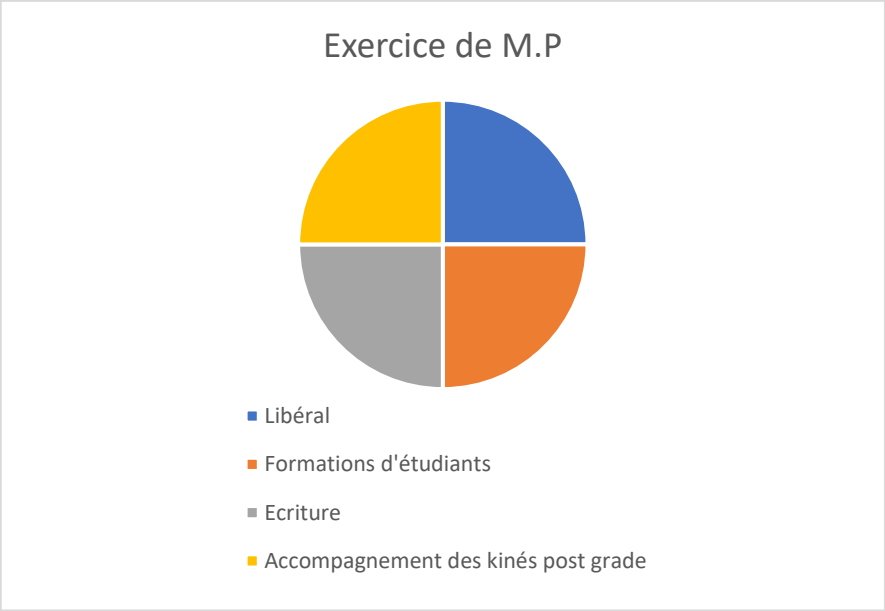

Figure 6 : Exercice de M.P

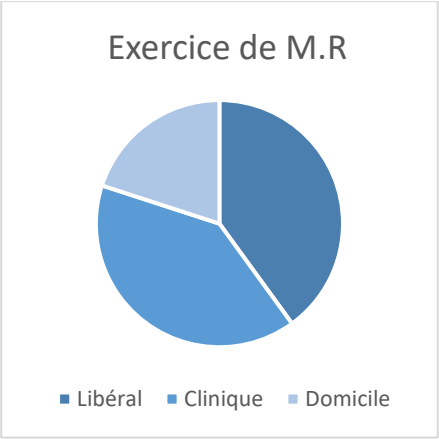

Figure 7 : Exercice de M.R

Figure 8 : Exercice de Mme.L

Si nous nous penchons sur la question 2 à savoir « quel est votre lieu d'exercice ? », nous constatons que l'ensemble des thérapeutes interrogés exercent en cabinet libéral, comme 80% des kinésithérapeutes en France, mais pas exclusivement [68]. En effet, M.P précise « je fais 50% de libéral, de formations d'étudiants et 50% d'écriture, de publications et d'accompagnement des kinés en post grade » (l. 77-78). Quant à M.R, il énonce « je fais à moitié du cabinet et tous les matins je vais aussi en clinique... et après je fais un petit peu de domicile aussi » (l. 38-39). Nous avons donc un échantillon hétérogène car chaque masseur-kinésithérapeute a une pratique différente.

Nous constatons la motivation de l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes à se former puisque chacun d'entre eux précise « j'ai commencé mes formations après le diplôme » (M.P, l.21-22), « j'ai commencé à me former dès mon diplôme » (M.R, l.24) ou encore « je me suis intéressée très vite après mon diplôme à la douleur chronique » (Mme.L, l.67). Toutefois, notons que la formation continue est une obligation en France. En effet, nous pouvons observer sur le site du Ministère des solidarités et de la santé, que l'objectif de ce développement professionnel continu est « le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques » [69].

Au-delà des nombreuses formations réalisées, nous pouvons nous apercevoir de la diversité de celles-ci sur la figure ci-dessous (Fig 9).

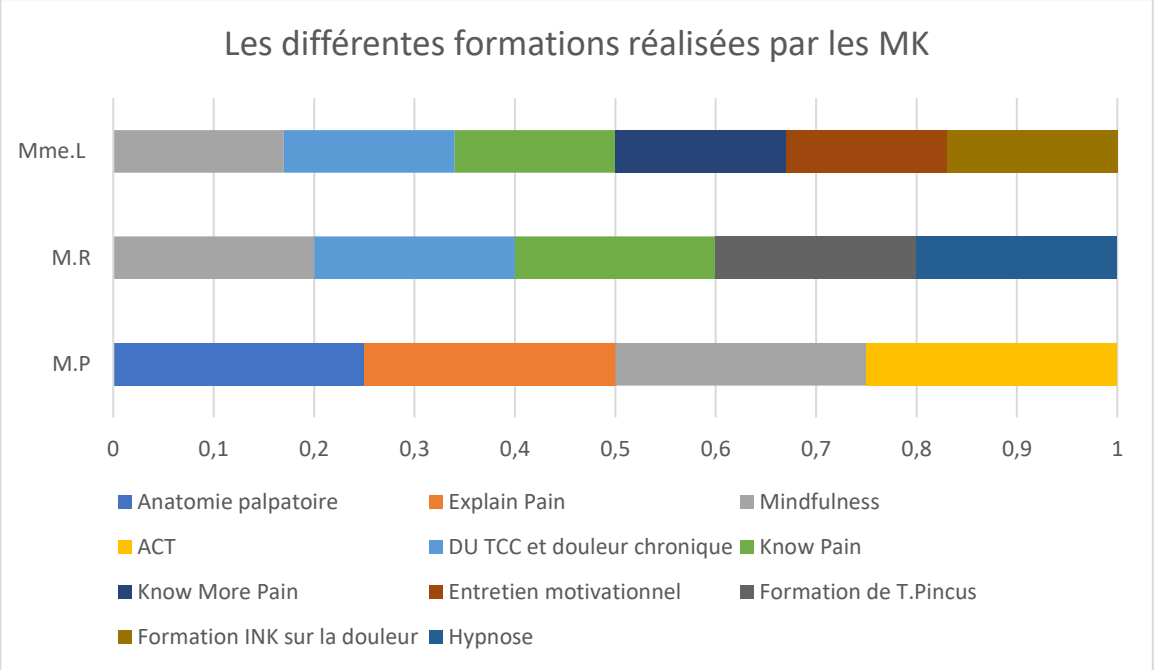

Figure 9 : Les différentes formations réalisées par les MK

En effet, les masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas uniquement réalisé des formations autour des TCC. M.P souligne « j'ai beaucoup fait de formations sur l'anatomie palpatoire de Michel Dufour et Serge Tixas » (l.25) et rajoute « je les ai faites plusieurs fois pour être vraiment certain d'avoir un très bon niveau en anatomie et en palpation » (l.26). M.R, quant à lui, a mentionné « je dirais que y a aussi celle de Théo Chaumeil... même si ce n'est pas des TCC c'est de l'hypnose » (l.69-70). Comme nous l'avons vu précédemment, l'hypnose ne fait pas partie des TCC même si ces thérapies sont étroitement liées [66].

<u>Formations sur la douleur :</u>

Parmi les diverses formations réalisées par les kinésithérapeutes, nous observons qu'ils ont effectué d'autres formations en lien avec notre sujet de mémoire. En effet, l'ensemble des participants ont assisté à des formations sur la douleur. Deux des masseurs-kinésithérapeutes, M.R et Mme.L, ont fait la même « formation de Mike Stewart » (l.44 et l.76). Il s'agit de «know pain » (entretien 3, l.77), une formation sur trois jours de l'agence EBP (Evidence-Based Practice, c'est-à-dire la pratique fondée sur les preuves) [70]. M.P, quant à lui, a réalisé la formation « explain pain » (l.50), une formation de Kapten sur deux jours [71].

Notons que M.R a également effectué « la formation de Tamar Pincus » (l.54) qui s'intitule « comprendre et utiliser la psychologie dans le traitement des affections musculosquelettiques ». Cette formation a lieu sur trois jours. Mme.L, quant à elle, a réalisé « la formation INK sur la douleur » (l.77) et même les « deux formations de Mike Stewart » (l.76) [72]. La deuxième partie de la formation de Mike Stewart s'intitule « know more pain » [70].

Formations en TCC :

À propos des formations en TCC, M.R et Mme.L ont effectué le même diplôme universitaire intitulé « thérapie cognitive et comportementale de la douleur chronique proposé par Françoise Laroche » (M.R, l.29). Si nous reprenons également les réponses à la question 6 « en quoi consistait la formation en TCC ? (Nombre d'heures, lieu) », ce DU est réalisé au rythme d'« un vendredi par mois sur un an » (M.R, l.88). Afin de recueillir davantage d'informations, nous nous sommes rendu sur le site de la Sorbonne où il est mentionné que l'enseignement est délivré sous forme de « 7 vendredis dans l'année d'ateliers interactifs (52h) et de 14 demi-journées de stages pratiques (41h) obligatoires dans des centres de prise en charge de la douleur de Paris et Province » [38]. Si nous reprenons les modèles de l'apprentissage que nous avons mentionné en introduction, les ateliers interactifs et les stages pratiques font référence à la théorie socio-constructiviste voire néo-socio-constructiviste.

M.P s'est, quant à lui, tourné préférentiellement vers les TCC de troisième vague puisqu'il précise « je me suis formé à la mindfulness et suis devenu instructeur en MBCT» (l.58-59). Pour devenir instructeur MBCT, le parcours est « compliqué » (l.154) comme le souligne M.P. Il complète en disant « ensuite j'ai fait des formations sur l'ACT » (l.64). Il est même devenu « formateur en IFMK ... et formateur en post grade pour les kinés déjà diplômés » (l.72). Il ajoute même « en 2018-2019 j'ai donné des conférences en France et à l'international où j'ai participé aux deux derniers congrès internationaux en physiothérapie » (l.74).

Si nous reprenons les modèles de la posture, notons que M.P possède à la fois la posture de l'individu « formé » et « formateur ». Il est important de souligner que M.R et Mme.L ont suivi la formation de M.P sur « l'intégration de la mindfulness en kinésithérapie » (l.78-79)[73]. Mme.L précise qu'elle a également suivi une formation sur « l'entretien motivationnel » (l.77-78).

Ces réponses étaient relatives au premier thème autour de la présentation personnelle des masseurs-kinésithérapeutes. À présent, nous allons nous pencher un peu plus sur cette formation autour des TCC qu'ils ont pu réaliser.

3.2.2 Les TCC

À la question 4 « comment définiriez-vous les TCC ? », nous soulignons dans les réponses qu'il est difficile pour les masseurs-kinésithérapeutes de donner une définition claire et précise des TCC. En effet, nous constatons à l'unanimité une hésitation avec les différents temps de pause dans chaque discours, les injonctions « euh » qui interviennent à trois reprises mais aussi « bonne question » (M.R, l.98) et « alors waouh » (Mme.L, l.46). Ces éléments sont répertoriés dans le tableau ci-dessous (TAB VII).

TABLEAU VII : Occurrence des mots ou injonctions utilisés à la quatrième question

Mots utilisés	**Occurrence**
Euh	3
Compliqué	2
Alors waouh	1
Bonne question	1

D'après le tableau et les entretiens, deux masseurs-kinésithérapeutes sur trois ont mentionné le mot « compliqué ». En effet, comme nous l'avions déjà précisé en introduction il est difficile de bien définir les TCC. Mme.L l'illustre bien en disant « il n'y a pas une TCC mais des TCC » (l.48) et elle rajoute « si je dois retenir quelque chose c'est que c'est vaste » (l.52).

De même, une notion importante est soulignée autour de cette question 4 : les trois vagues des TCC dont nous avons parlé en introduction sont différentes. En effet, deux masseurs-kinésithérapeutes sur trois ont mentionné cette idée : M. P souligne « c'est compliqué parce que les TCC de première, deuxième et troisième vague sont vraiment différentes » (l.88-89) et Mme.L précise « les trois vagues sont distinctes et traiter un patient en première, deuxième ou troisième vague, c'est vraiment différent » (l.49-50).

Les définitions que donnent les participants des TCC, notamment M.P à travers l'idée d' « accompagner l'humain qui présente des pensées, des émotions, des comportements mal adaptés, dysfonctionnels, pouvant entraîner de la souffrance » (l.99-100), s'inscrivent tout à fait dans le modèle biopsychosocial que nous avons vu précédemment.

À la question 5 « aviez-vous eu des notions de TCC en formation initiale ? », nous remarquons à l'unanimité qu'aucun des masseurs-kinésithérapeutes interrogés n'a eu de notion en formation initiale. En effet, si nous nous penchons sur le journal officiel de la République française relatif au décret du 8 septembre 1989, nous nous apercevons qu'aucune notion de sciences humaines ne figure dans le cursus de formation initiale [67].

Lorsque nous avons posé la question « quels types de thérapie avez-vous apprises ? », M.R a apporté davantage de précision sur les thérapies vues lors de ce DU par rapport à Mme.L. M.R a mentionné des outils très spécifiques tels que l'analyse fonctionnelle, l'entretien motivationnel jusqu'à des éléments très vagues comme les techniques de communication telles que « la technique des 4R » (l.177). « Basic IDEA » est l'échelle mentionnée et « souvent utilisée » selon M.R et Mme.L (l.145 de l'entretien 2). Les thérapies apprises évoquées fréquemment dans le discours des trois masseurs-kinésithérapeutes sont mentionnées dans le tableau ci-dessous (TAB VIII).

TABLEAU VIII : Occurrence des différentes thérapies apprises

Thérapies apprises	**Occurrence**
Thérapie pleine conscience (mindfulness)	14
Entretien motivationnel	5
Analyse fonctionnelle	5

À propos de la question 13 « de quelle façon appliquez-vous ces TCC en pratique ? », les réponses prédominantes sont l'utilisation de stratégies de coping, l'exposition graduelle du patient mais aussi le renforcement positif et les métaphores. On retrouve également des jeux de rôles et les questionnements socratiques à plus petite échelle. L'occurrence de ces termes est mentionnée dans le tableau ci-dessous (TAB IX).

TABLEAU IX : Occurrence des outils utilisés en TCC

Outils utilisés	**Occurrence**
Coping	12
Exposition graduelle	8
Métaphores	7
Renforcement positif	7
Jeux de rôles	4
Questionnement socratique	3

Ces différents outils mentionnés dans le tableau apparaissent dans la littérature et sont également cités dans les items 7 et 8 de l'échelle CTS-R vus en introduction. Pour rappel, cette échelle évalue les compétences des thérapeutes à l'application des TCC. Ces outils relèvent des modèles de la communication systémique et socio-constructivisme mentionnés auparavant.

M.R et Mme.L ont utilisé la même question pour illustrer la mise en place de ces outils en pratique. La question est la suivante « qu'est-ce que vous conseillerez à un proche dans la même situation ? » (M.R l.263 et Mme.L l.111). Mme.L ajoute « j'utilise pas mal la baguette magique. Si demain, vous pourriez voir trois choses qui changent dans votre vie, qu'est-ce que ça serait ? » (l.180). Il s'agit, en effet, de questionner les différentes alternatives possibles. Notons, par ailleurs, que ce terme « alternative » apparait à quatre reprises dans le discours de M.R.

À la question 11 « auprès de quelle population de patients utilisez-vous le plus les TCC ? », nous nous apercevons que les trois confrères l'utilisent dans leur pratique avec l'ensemble de leurs patients comme le mentionne Mme.L par exemple « dans ma pratique quotidienne avec tous mes patients » (l.95). En effet, les TCC ne sont pas utilisées uniquement auprès des patients lombalgiques chroniques mais pour « tous les patients douloureux chroniques » (M.P, l.220) ou des patients présentant « des facteurs psychosociaux importants » (M.R, l.374).

Les TCC font partie intégrante de la rééducation et sont présentes tout au long de la séance avec le patient comme le souligne M.P « les TCC sont intégrées du bonjour… même du moment où je vois mon patient jusqu'au moment où il part » (l.249). Lors des entretiens, cette question n'a pas été posée à Mme.L par simple oubli. Ainsi, son avis sur la question ne peut être recueilli.

Si nous nous penchons sur la question 14 « avez-vous des retours des patients sur ces pratiques ? », nous remarquons que les masseurs-kinésithérapeutes ont globalement des retours très positifs de leurs patients vis-à-vis de ces thérapies. Deux des masseurs-kinésithérapeutes signalent des retours positifs de la part des patients tandis que Mme.L a eu aussi bien des retours positifs que négatifs. En effet, elle explique cela par le fait que « ce n'est pas forcément ce qui est attendu en kiné » (l.122-123). Malgré les retours positifs, M.R a également mentionné cette idée dans son discours puisqu'il précise que les patients « ne voient pas forcément le lien avec la kiné » (l.273). Ces retours de la part des patients s'inscrivent dans le modèle socio-constructivisme et sont bénéfiques car ils favorisent la métacognition du masseur-kinésithérapeute.

La question 15 n'a pas été posée volontairement puisque les masseurs-kinésithérapeutes y avait déjà répondue dans les questions au préalable.

Ces informations étaient relatives aux questions sur les TCC. Le prochain thème évoque, quant à lui, la population des patients lombalgiques chroniques en pratique.

3.2.3 Les patients lombalgiques chroniques

Concernant la population de patients lombalgiques chroniques vue en pratique clinique (Fig 10), nous notons qu'elle représente une proportion importante. En effet, pour M.P et M.R cela représente autour de 60% de leur patientèle : cette proportion est plus importante que celle que nous avons retrouvé dans la littérature et mentionné en introduction qui était de 30%. En revanche, pour Mme.L « ça doit représenter 10 à 15% » (l.82).

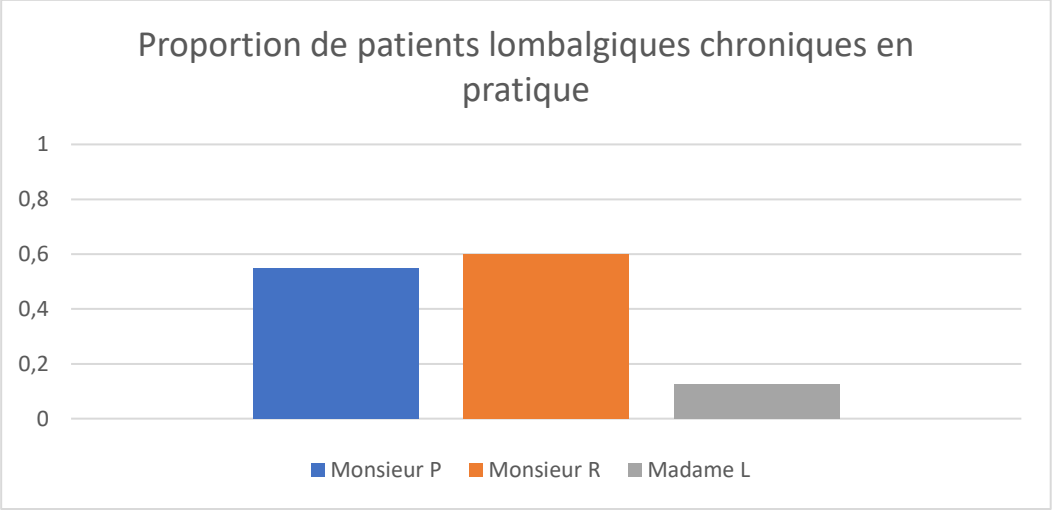

Figure 10 : Proportion de patients lombalgiques chroniques en pratique

À la question 10 « quels types de traitement utilisez-vous principalement auprès des patients lombalgiques chroniques ? », une idée commune émerge. L'actif est le traitement privilégié dans la rééducation des patients lombalgiques chroniques chez les trois masseurs-kinésithérapeutes, ce qui est conforme aux recommandations de la HAS mentionnées en introduction [12]. En effet, M.P a explicité « on suit les recommandations internationales » (l.202). M.R mentionne « ça reste effectivement des traitements très actif » (l.358) et Mme.L précise « je privilégie l'actif » (l.91). Ainsi, ces confrères tendent à s'inscrire dans le modèle Evidence Based Practice en prenant en compte les préférences du patient, l'expérience clinique du praticien et enfin les données de la science.

Cette partie était relative à la population des patients lombalgiques chroniques tandis que la partie qui suit évoquera les compétences et limites des thérapeutes.

3.2.4 Compétences et limites du thérapeute

D'après les questions 16 et 17, nous nous apercevons que les kinésithérapeutes relatent autant des compétences que des limites à l'application des TCC en pratique.

Lorsque nous avons posé la question aux kinésithérapeutes « selon vous, quelles compétences doivent avoir les masseurs-kinésithérapeutes pour appliquer ces TCC ? », le mot « humain » apparait huit fois dans l'ensemble des trois entretiens. Comme le précise M.P « ce n'est pas le nombre de diplômes qui permet d'avoir ça ... je crois qu'il y a des gens qui peuvent avoir ça sans aucun diplôme » (l.280). Ces qualités humaines, reflétées dans les trois entretiens, sont mentionnées dans le tableau ci-dessous et font référence à la partie « savoir-être » des compétences (TAB X).

TABLEAU X : Occurrence des termes en lien avec les qualités humaines

Qualité	**Occurrence**	**Qualité**	**Occurrence**
Ouvert	6	Empathique	2
A l'écoute	4	Attentif	1
Authentique	2	Bienveillant	1
Chaleureux	2	Curieux	1

D'après les autres réponses à cette même question, Mme.L précise « savoir identifier pour référer, on est bon pour ça normalement » (l.161). Elle ajoute « tant qu'on agit sur de la fonction du mouvement, on est sur notre champ de compétence » (l.156) : ceci fait référence à la composante « savoir-faire » des compétences. Quant à M.P, il énonce « je vais retourner à l'Evidence Based Practice, on se forme naturellement, on s'informe » (l.339). En effet, cela fait référence à la composante « savoir » des compétences.

À la question 8 « qu'est-ce que cela vous apporte en pratique clinique », M.P précise avec enthousiasme « j'adore ça et je suis du matin jusqu'au soir intéressé par ce sujet-là » (l.277) et complète en mentionnant vouloir « améliorer mes compétences en tant que kinésithérapeute » (l.135). Pour M.R, il énonce « on va chercher à développer ces compétences aussi communicationnelle » (l.176). Cependant, les propos sont nuancés car M.P affirme « je crois malheureusement qu'il n'existe pas à ce jour de formation qui permette de travailler ça de manière pratique » (l.285).

Mme.L a également le même ressenti puisqu'elle explicite « oui ça m'a apporté mais plus sur le côté théorique que pratique. Là y avait presque un goût de pas assez » (l.143). L'idée qui émerge des propos de M.P et Mme.L est qu'assurément cette formation en TCC reste davantage théorique que pratique.

À la dernière question « quelles peuvent être les limites des thérapeutes à l'application de ces TCC ? », différentes contraintes ont été relevées par les masseurs-kinésithérapeutes. La première est tout d'abord l'aspect chronophage à l'application de ces thérapies en pratique. Mme.L a stipulé « rien que le bilan, il prend bien deux heures » (l.234). L'autre idée qui est soulevée au travers de cette entrevue est celle de référer dès que possible lorsque cela dépasse notre champ de compétences. Comme l'énonce Mme.L « savoir identifier pour référer, on est bon pour ça normalement » (l.161). De même, il est important de noter la fréquence à laquelle Mme.L réfère ces patients. En effet, elle souligne qu'elle le fait « tout le temps. Enfin… une fois par semaine au moins » (l.179). Elle ajoute par la suite « si tu commences à le traiter pour de l'addicto, clairement ça ne fait pas partie de notre champ de compétence… ou une phobie tout autre… l'anxiété, les phobies générales, l'addiction... c'est plus de notre champ de compétences » (l.159).

Dans la partie suivante, nous allons davantage analyser ces résultats afin de faire émerger des éléments de discussion.

4 DISCUSSION

4.1 Analyse des résultats

L'analyse transversale qui va suivre permet de faire des liens entre les différents thèmes pour mettre en exergue des éléments pertinents qui permettront de corroborer ou réfuter nos hypothèses de départ.

4.1.1 Démarche EBP

Si nous reprenons la question 1 « depuis quand êtes-vous diplômés ? » et la question 3 « quelles formations avez-vous réalisées ? », nous remarquons que les trois masseurs-kinésithérapeutes interrogés ont entre quatre et dix ans d'expérience. Il s'agit donc de diplômés relativement jeunes, mais pour autant, ils présentent déjà un large panel de formations. En effet, nous constatons qu'ils se forment régulièrement, se documentent énormément, voire pour certains écrivent également. Si nous nous penchons davantage sur l'occurrence des mots « formations », « prouvés par la science », « attentes du patient » dans les trois entretiens, ces derniers reviennent souvent. Le tableau ci-dessous recense ces occurrences (TAB XI).

TABLEAU XI: Occurrence des termes en lien avec la démarche EBP

Termes	Formations	Attente du patient	Prouvé par la science
Occurrence	23	17	11

Ainsi, tous les trois s'inscrivent dans une démarche EBP au travers du triptyque qui comprend l'expérience du praticien, les données de la science et les attentes du patient. Ce triptyque s'inscrit également dans le modèle biopsychosocial. En effet, le traitement du patient lombalgique passe par la prise en compte du modèle biopsychosocial [74].

4.1.2 Du modèle biomédical vers le modèle biopsychosocial

D'après les réponses des différents kinésithérapeutes, nous remarquons que les jeunes diplômés tendent à se tourner de plus en plus vers le modèle biopsychosocial c'est-à-dire un modèle « qui va prendre en compte le patient dans sa globalité » comme l'a affirmé Mme.L à la ligne 57.

Si à présent nous voulions faire un lien entre le lieu d'exercice (questions 2) et les formations réalisées (question 3), nous nous apercevons que deux masseurs-kinésithérapeutes ont précisés vouloir faire cette formation en TCC car ils se trouvaient limités dans leur pratique. M.P précise « le modèle bio était un modèle limité » (l.46) et Mme.L, quant à elle, évoque « manquer d'outils en fait pour traiter mon patient pleinement. » (l.68-69). Ces deux thérapeutes mettent le doigt sur la différence entre deux modèles qui ont été mentionnés en introduction et qui ne sont autres que le passage du modèle biomédical et le modèle biopsychosocial. Pour M.P, la motivation pour réaliser cette formation n'a pas été ce sentiment d'être « limité » dans sa pratique, par opposition à ces confrères, mais plutôt d'approfondir sur le versant « recommandations scientifiques » du triptyque de l'EBP. En effet, il a mentionné « je me suis orienté très rapidement aux thérapies cognitivo-comportementales de troisième vague qui avaient le meilleur niveau de preuves scientifiques il y a 5-6 ans » (l.57). Il en est de même pour la formation en thérapie cognitive basée sur la pleine conscience puisqu'il souligne que celle-ci « a démontré son efficacité dans de nombreuses pathologies » (l.59).

À plusieurs reprises dans le discours des trois masseurs-kinésithérapeutes, nous avons relevé des termes qui nous font penser à ce modèle biopsychosocial. Ce modèle va de pair avec ce que nous avons déjà mentionné plus tôt : cette « Evidence Based Practice » avec la prise en compte des préférences et attentes du patient.

4.1.3 Manque de notion en sciences humaines et sociales

En liant les questions 1 et 5 « aviez-vous eu des notions de TCC en formation initiale ? », nous remarquons qu'aucun des masseurs-kinésithérapeutes interrogé n'a eu de notion en formation initiale et que chacun d'entre eux était issu de l'ancienne réforme datant de 1989. En s'attardant sur ce décret de septembre 1989, nous observons qu'aucun module n'est réservé pour les sciences humaines et sociales [67](ANNEXE VI). En revanche, en se penchant davantage sur la nouvelle réforme de septembre 2015 et d'après les cours que nous avons eu à l'IFMK, les sciences humaines et sociales font désormais partie intégrante du cursus. Un module nommé l'UE2 « sciences humaines et sociales » est entièrement dédié à cela. Ce module figure en annexe et est composé de 40h de CM, 20h de TD et 90h de TP (ANNEXE VII).

D’après un article qui décrit la réforme de 2015, la logique de la formation s’avère « tout à fait différente » et signe donc le passage « d’une approche centrée sur les contenus à une approche par les compétences dans un mouvement d’universitarisation et de professionnalisation des études » [75].

Au vu du rapport à l’humain qui est au cœur même de notre profession, il serait intéressant de renforcer le nombre d’heures de cours pratique notamment autour de la communication patient-soigné, aussi bien en formation initiale qu’en formation continue. En effet, comme le précise M.P, « on n’est pas assez à être formés » (l.422). Cette citation revient à trois reprises dans son discours.

4.1.4 Les TCC : une définition vaste

D’après les réponses des masseurs-kinésithérapeutes aux entretiens, nous constatons que les TCC regroupent un large champ de techniques. En rééducation, ils soulignent utiliser davantage des « outils » des TCC auprès de leurs patients. En effet, ce terme « outils » intervient à sept reprises dans le discours de Mme.L et à huit reprises pour M.R.

4.1.5 Limites des kinésithérapeutes

Nous avons vu au travers des résultats l’aspect chronophage qui a été mis en avant par les kinésithérapeutes. Cela nous amène à nous questionner sur la faisabilité à appliquer ces outils en TCC surtout en structure libérale. Comme mentionné auparavant, les patients ne comprennent pas toujours le lien entre l’application des TCC au sein d’une séance de kinésithérapie. En effet, M.P a précisé « ils trouvent effectivement que l'approche est différente de la kinésithérapie traditionnelle parce que l'on est vraiment à l'écoute de nos patients » (l.311). Assurément, parfois, certains patients viennent en séance avec de multiples troubles et certains d’ordre psychologique qui ne relèvent plus de notre champ de compétences et qu’il convient de réorienter auprès de psychologues davantage formés. Mme.L a souligné « je ne prétendrais pas que je suis meilleure qu’une psychologue » (l.229).

4.2 Réponse à la question de recherche

Pour parvenir à y répondre au mieux, rappelons notre questionnement : « Comment les masseurs-kinésithérapeutes parviennent-ils à mettre en pratique ces thérapies cognitivo-comportementales auprès des patients lombalgiques chroniques ? Quelles sont les compétences et les limites à l'application des thérapies cognitivo-comportementales ? Dans quelle mesure cette formation les a-t-elle aidés ? ».

4.2.1 Formation en TCC

Tout d'abord, rappelons que la formation continue est une obligation déontologique pour les kinésithérapeutes. En effet, tous les trois ans, chaque professionnel de santé doit attester qu'il s'est formé : cette formation continue est un « facteur d'amélioration de la qualité des soins » [76].

Dans l'ensemble, les masseurs-kinésithérapeutes sont satisfaits des formations qu'ils ont pu avoir en TCC. Effectivement, cette formation leur a apporté davantage de qualités humaines comme le précise M.P « ça m'a apporté quelque chose bien au-delà de la kinésithérapie » (l.411). Les trois confrères appliquent ces TCC dans leur pratique quotidienne auprès de patients lombalgiques chroniques comme nous l'avons vu, mais pas uniquement. Lors du bilan kinésithérapique, les masseurs-kinésithérapeutes formés aux TCC utilisent un autre outil qui est l'analyse fonctionnelle. L'analyse fonctionnelle ou analyse comportementale permet de définir et de comprendre le fonctionnement singulier d'une personne, actuellement et dans le passé, et ainsi de personnaliser la thérapie [77]. Cet outil n'a pas été vu en formation initiale par l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes interrogés. En cela, les formations en TCC proposent des outils qui enrichissent alors la pratique des masseurs-kinésithérapeutes, ce qui rejoint notre hypothèse de départ.

L'orientation vers des formations en TCC à la sortie de diplôme pour les trois masseurs-kinésithérapeutes peut s'expliquer par le manque de notions en sciences humaines dans leurs formations initiales, ce qui réfute notre idée de départ qui supposait que les thérapeutes avaient eu quelques notions des TCC en formation initiale.

D’après une étude d’O-’Sullivan, les kinésithérapeutes qui ont été formés à une approche multidimensionnelle de la douleur pour élargir leurs compétences signalent « des changements positifs dans leur pratique clinique » et « une plus grande confiance pour traiter les facteurs psychosociaux et les cas complexes » [78]. Bien qu'une moyenne de « 100 heures de formation, y compris des sessions cliniques supervisées » ait été rapportée dans l'essai norvégien, des recherches en cours étudient le niveau de formation nécessaire pour être efficace [78]. En effet, nous pouvons nous interroger sur le nombre d’heures de formation nécessaire pour considérer qu’un thérapeute formé aux TCC est compétent.

4.2.2 Limites des thérapeutes

Quant aux limites à l’application de ces thérapies, il est important de rappeler que les TCC sont constituées de plusieurs vagues qui sont très différentes entre elles et qu’un masseur-kinésithérapeute n’utilise que des « outils » de ces TCC en pratique clinique notamment en libéral. En effet, parfois, les troubles que présente le patient dépassent notre champ de compétences et relèvent plutôt des compétences des psychologues : ceci conforte notre idée de départ.

Il convient alors de parler de la Thérapie Fonctionnelle Cognitive (TFC) plutôt que des TCC pour les kinésithérapeutes. En effet, il s’agit d’une nouvelle approche de traitement kinésithérapique pour les patients souffrant de lombalgie chronique. Elle est centrée sur le patient, cible les croyances, les peurs et les comportements associés (mouvements, activités et mode de vie) de chaque individu souffrant de maux de dos persistants et handicapants [79]. D’ailleurs, sur Clinical Trials, nous observons qu’un essai contrôlé randomisé est en cours sur l’impact de la thérapie fonctionnelle cognitive par rapport à la gestion interdisciplinaire de la douleur pour la lombalgie chronique [80]. D’après les données sur l’agence EBP cette fois, des preuves émergentes attestent de « meilleurs résultats cliniques suite à l’utilisation du CFT en comparaison à la meilleure pratique clinique actuelle de traitement de la douleur rachidienne non spécifique » [81].

D’après les entretiens, une idée est mise en exergue : cette formation reste une formation assez théorique et tous les éléments qui y ont été vus ne sont pas forcément applicable en pratique clinique libérale notamment pour l’aspect chronophage. En effet, nous le retrouvons dans le discours de Mme.L « ça m'a apporté mais plus sur le côté théorique que pratique » (l.141) et M.P « par contre, je crois malheureusement qu’il n'existe pas à ce jour de formation qui permette de travailler ça de manière pratique » (l.285). Cet aspect chronophage figure également dans l’article d’O-’Sullivan qui précise que « les obstacles à l’adoption de cette approche par les cliniciens sont liés à leur sentiment de compétence et de confiance dans la gestion des facteurs psychosociaux… aux contraintes de temps dans leur environnement clinique » [78].

4.2.3 Compétences des thérapeutes

Dans ce même article d’O-’Sullivan, il évoque les compétences requises dans la mise en œuvre de la thérapie fonctionnelle cognitive. Le tableau ci-dessous (TAB XII) recense ces différentes compétences en les assimilant à celles présentes dans notre champ de compétences.

TABLEAU XII : Compétences requises dans la mise en œuvre de la TFC

Extraits de l’article	**Compétences relatives**
« Des compétences en matière de raisonnement clinique »	Compétences réflexives sur l’exercice professionnel (6 à 11)
« Des compétences en communication »	Compétences cœur de métier (1 à 5)
« Des compétences d’observation »	
« Des compétences pratiques en matière de rétroaction et de rééducation du mouvement »	
« La confiance est nécessaire »	

Si nous reprenons la définition des compétences : il s’agit d’un ensemble de savoir-être, savoir-faire et savoir qui s’inscrit dans un contexte. Le savoir et le savoir-faire sont, à priori, acquis dans le contenu des cours lors du cursus à l’IFMK. Cependant, si nous nous concentrons davantage sur le terme « savoir-être » il fait référence aux caractéristiques intrinsèques de l’individu et fait appel à des qualités humaines : cela dépasse alors le contenu de la formation initiale. En ce sens, chaque masseur-kinésithérapeute peut appliquer ces TCC en pratique clinique, relativement à la compétence 5 de notre décret de compétences et selon leurs qualités humaines intrinsèques, ce qui rejoint notre hypothèse de départ.

D’après un article de la HAS sur la compétence des professionnels de santé, « la compétence ne se résume pas à une qualification ; elle se développe au cours de la vie professionnelle ». Il est mentionné également que « les manques de savoir-être (comportements perturbateurs) sont un phénomène patent ayant un impact sur la qualité des soins » [82].

4.3 Points forts de l’étude

Tout d’abord, si nous nous penchons sur la méthodologie de notre étude, elle suit les lignes directrices COREQ pour l’écriture des rapports en recherche qualitative. Dans la partie méthode et analyse de résultats figure cette grille COREQ complétée avec les différentes caractéristiques de cette présente étude. Par ailleurs, afin de faciliter par la suite le recueil des données, un guide d’entretien a été mis en place et, préalablement à cela, a été testé. De même, les entretiens ont été répétées une fois en amont. En ce sens, une rigueur méthodologique en découle tant dans la conception de l’étude que l’analyse des résultats.

Cette étude interrogeait directement trois masseurs-kinésithérapeutes formés aux TCC afin de recueillir au mieux leurs pensées. Les entretiens, par opposition aux questionnaires, sont des outils d’enquête qui offrent davantage de proximité avec les participants et cela laisse place à une certaine liberté d’expression sur le sujet étudié. Si nous nous penchons sur le détail des entretiens qui figure en annexe, nous avons veillé à laisser l’interlocuteur s’exprimer notamment par le biais de questions ouvertes sans l’interrompre : ceci permet ainsi une exhaustivité des réponses.

Quant à l’analyse des résultats, une tierce personne a été sollicitée pour relire les transcriptions des entretiens et, ainsi, limite les erreurs possibles. D’après le livre de l’Ecuyer, l’avantage de l’analyse de contenu est qu’elle procure une certaine exhaustivité et permet de comparer des visions différentes [83].

4.4 Limites et biais

Dans cette partie, nous allons recenser les différents biais relatifs à cette étude.

4.4.1 Biais de sélection

Tout d'abord, nous allons évoquer le biais de sélection. En effet, les masseurs-kinésithérapeutes ont été sélectionnés intentionnellement, contactés via le réseau social Facebook et leurs noms m'ont été suggérés. Pour limiter ce risque de biais nous aurions dû sélectionner des sujets ayant fait des formations en TCC de manière aléatoire.

4.4.2 Biais méthodologique

Les biais méthodologiques concernent la formulation des questions et le recueil d'informations qui peut être insuffisant ou incomplet [84].

En premier lieu, seules trois personnes ont été interrogées pour répondre à cette étude. Il aurait été préférable d'interroger un plus grand nombre de personnes ayant réalisé des formations autour des TCC, et si possible, des TCC de différentes vagues afin de les comparer également sur ce point-là. De ce fait, une étude à plus grande échelle est nécessaire. Par ailleurs, les personnes interviewées peuvent se sentir stressées ou pressées au moment de l'entretien et, dans ce cas, ne répondent pas correctement à la question posée. Il aurait été préférable de pouvoir se retrouver en présentiel et d'échanger dans un endroit calme et posé.

Il est important de souligner qu'étant étudiante en quatrième année à l'IFMK du CEERRF et interrogeant des personnes formées aux TCC post grade, il existe un biais important qui est la différence de statut entre le chercheur et les personnes interviewées. Effectivement, peut-être que le message qui a été transmis par les masseurs-kinésithérapeutes n'a pas été entendu de la manière souhaitée.

Il existe également un biais inhérent aux enquêteurs. En effet, une part de subjectivité subsiste car les opinions et les croyances des enquêteurs sont prises en compte dans les entretiens. Selon les hypothèses mentionnées au départ, nous allons vouloir les confirmer ou les infirmer et quelquefois guider nos questionnements.

Pour limiter le biais d'interprétation, il aurait été pertinent de diffuser le guide d'entretien à un plus grand nombre de personnes et d'en discuter en retour afin de clarifier toute question qui pourrait être interprétée différemment. De plus, même durant l'entretien, il aurait été intéressant d'utiliser des techniques de reformulation pour s'assurer de la bonne compréhension du message transmis. De même, les questions prévues en amont dans le guide d'entretien se recoupaient parfois et auraient pu être posées différemment. En effet, la question 13 « de quelle façon appliquez-vous ces TCC en pratique » se rapproche beaucoup de la question 15 « utilisez-vous les TCC auprès de patients lombalgiques chroniques ? Si oui, comment cette formation vous aide lors de la prise en charge d'un patient lombalgique chronique ». Assurément, lors du premier entretien réalisé avec M.P, nous nous sommes rendu compte que la réponse à la question 13 permettait de répondre en partie à d'autres questions qui allaient être posées par la suite comme la question 15.

Des erreurs peuvent exister également dans la retranscription des entretiens. Effectivement, un brouillage lors de l'enregistrement a eu lieu ce qui fausse la retranscription verbatim de cet échange. Nous aurions pu également, comme le suggère la grille COREQ, retourner les retranscriptions aux experts afin d'avoir leurs retours et éviter ainsi les erreurs d'interprétation [58].

Si nous reprenons le début de la partie « résultats », nous nous apercevons que les trois entretiens n'ont pas été conduits de la même manière. En effet, certains échanges étaient par visioconférence (avec M.R) tandis que d'autres étaient par appel téléphonique. De même, la durée de chaque entretien n'était point identique. Dans une prochaine étude, il serait judicieux de réaliser tous les entretiens de la même manière en essayant de respecter la même durée comme le préconise la grille COREQ [58].

Toujours lors de ces entretiens, des questions ont été posées différemment du guide d'entretien prévu initialement voire oubliées. Il aurait été pertinent d'avoir un retour des masseurs-kinésithérapeutes sur les différentes questions posées lors des entretiens afin de les perfectionner.

4.4.3 Biais de désirabilité sociale

Un autre biais inhérent à cette étude est l'effet Hawthorne. En effet, les personnes interrogées peuvent avoir tendance à se présenter sous un meilleur angle dans le but de paraitre plus motivées face à l'interlocuteur, quitte parfois à leur laisser dire ce qu'il préfère entendre plutôt que la vérité. Ce biais a d'autant plus d'importance dans le contexte actuel avec la crise sanitaire dû à la Covid-19 puisque les entretiens n'ont pas pu se dérouler en présentiel. Il convient donc d'être conscient que les données recueillies restent subjectives [85].

4.5 Perspectives

Au vu de l'analyse des résultats qui a été réalisée, les masseurs-kinésithérapeutes ayant eu une formation à l'IFMK avant la réforme de 2015 n'avaient aucune notion, lors de leur formation initiale, des TCC ni même en sciences humaines et sociales d'après l'arrêté du 5 septembre 1989 [86].

Dans la perspective de futures recherches, il serait intéressant de comparer au travers d'entretiens des « jeunes diplômés » ayant eu les notions en sciences humaines en formation initiale, non formés aux TCC, et les « anciens » kinésithérapeutes ayant davantage de recul sur la pratique clinique et la dimension humaine de la profession, formés aux TCC. Il serait même pertinent de questionner les « jeunes diplômés » sur la satisfaction de cette formation autour des sciences humaines. En cas d'insatisfaction, un axe qui pourrait être envisagé est celui de s'attarder davantage sur la mise en place de cours pratiques et d'enseignements dirigés (ED) sur les outils psychologiques qui peuvent nous intéresser en pratique clinique : nous pensons aux thérapies cognitivo-comportementales ou aux thérapies fonctionnelles cognitives. Les ED comme les scénettes et les jeux de rôles sont à mon sens, les plus enrichissants car ils se rapprochent davantage de la réalité de terrain.

Dans la continuité de cet écrit et pour donner suite à ces entretiens, j'aurais aimé proposer un questionnaire. En effet, nous pourrons ainsi comparer les données des trois entretiens à un questionnaire diffusé à l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes en France, formés ou non, aux TCC. Le but serait alors d'apprécier s'il existe, ou non, des différences dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques selon le fait que les kinésithérapeutes soient formés ou non. Tout cela permettrait d'avoir un échantillon plus représentatif avec des données quantitatives qui enrichiront cette étude.

Il serait intéressant d'interroger également des psychologues et de comparer leurs compétences avec celles des masseurs-kinésithérapeutes en formation initiale.

Pour finir, réaliser des observations de terrain à la suite de ces entretiens peut être également une piste pour la continuité de ce travail afin d'avoir une meilleure compréhension de l'application des TCC en pratique et de pouvoir nuancer les propos.

4.6 Intérêt professionnel

Si nous reprenons l'item 11 de la compétence 7 de notre décret de compétences, il est mentionné que les masseurs-kinésithérapeutes doivent « rechercher les moyens de formation professionnelle et d'actualisation des connaissances, suivre des actions de formation afin d'optimiser sa pratique professionnelle, la qualité et la sécurité des soins, notamment des actions d'apprentissage collaboratif ». En ce sens, la formation des masseurs-kinésithérapeutes est obligatoire. Cette formation autour des TCC est intéressante pour nous, futurs professionnels de santé, étant donné qu'elle évoque la communication avec le patient, part importante de notre futur métier. En effet, cette formation favorise la prise en charge globale selon le modèle biopsychosocial qui tend à prendre en compte les facteurs psychosociaux du patient.

Ce présent travail m'a permis de faire un état des lieux sur la formation des TCC adressée aux masseurs-kinésithérapeutes. Selon les retours des interviewés, il en émane que cette formation apporte des outils capables d'améliorer les prises en charge en pratique clinique mais reste tout de même assez théorique.

En outre, il est nécessaire de promouvoir les formations des professionnels autant dans la formation initiale que continue au travers notamment de MOOC (massive open online course), de séminaires, de webinaires ou bien d'autres et ceci peut s'extrapoler à toutes les professions du corps médical.

4.7 Intérêt personnel

Ce travail m'a enrichie sur plusieurs points.

Tout d'abord, dans la mise en place de cette étude qualitative, deux compétences telles que l'organisation et la planification des tâches ont pu être sollicitées. En effet, la création d'une carte heuristique, autrement appelée mind mapping, et d'un diagramme de Gantt m'a permis d'avoir une vision sur le long terme tout en me fixant des objectifs. Tout au long de la mise en œuvre de ce mémoire, j'ai pu me remettre en question et faire preuve d'esprit critique sur les données que j'ai pu trouver. Ce travail réflexif m'a permis de fixer et d'approfondir mes connaissances et ainsi m'a beaucoup apporté.

Ces entretiens m'ont permis de voir le métier sous un autre angle et de mesurer l'importance de la compréhension des différentes compétences relatives à notre décret afin de rediriger au mieux les patients. Ces entretiens m'ont également apporté des outils relatifs aux TCC qui sont transposables aux autres pathologies. De ce fait, dans ma pratique future, j'utiliserais des métaphores et des jeux de rôles pour illustrer mes propos. Ces outils faciliteront l'alliance thérapeutique et in fine l'adhérence du patient au traitement.

Une fois diplômée, je souhaiterais m'orienter rapidement vers ce type de formation autour des TCC et de la communication patient-soigné étant donné l'importance que j'accorde à la relation interhumaine avec le patient. En effet, je pense que ces formations humaines apportent un enrichissement qui dépasse le domaine de la kinésithérapie.

5 CONCLUSION

À travers ce mémoire de fin d'étude, nous cherchions à savoir comment les masseurs-kinésithérapeutes formés aux TCC parvenaient-ils à les mettre en place en pratique clinique, s'ils étaient compétents, et quelles étaient les limites à l'application de ces thérapies. Pour y parvenir, nous avons interrogés trois masseurs-kinésithérapeutes formés aux TCC.

Plusieurs points ont été soulevés lors de l'analyse de ces entretiens. Tout d'abord, avant-même d'évoquer la mise en place des TCC en pratique auprès de patients lombalgiques chroniques, il est essentiel de bien définir ce que sont les TCC. D'après nos recherches bibliographiques et cette enquête, nous observons que les TCC sont des thérapies difficiles à définir car elles regroupent différentes vagues avec de nombreux outils pertinents à intégrer en pratique. Chaque masseur-kinésithérapeute peut appliquer ces TCC en pratique clinique, relativement à la compétence 5 de notre décret de compétences mais aussi selon ses qualités humaines intrinsèques ce qui rejoint notre hypothèse de départ. Les trois professionnels interrogés utilisent ces différents outils dans leur pratique quotidienne. Les différents outils auxquels nous pensons sont l'analyse fonctionnelle, les métaphores et les jeux de rôles. Les thérapeutes les utilisent auprès de patients lombalgiques chroniques comme nous l'avons vu précédemment, mais pas seulement.

Toutefois, il est difficile de prétendre qu'un masseur-kinésithérapeute puisse traiter ses patients aux TCC étant donné le large champ qu'elles regroupent. De même, dans une prise en charge libérale, d'autres contraintes s'ajoutent notamment l'aspect chronophage lors de l'analyse fonctionnelle. Auprès des patients lombalgiques chroniques, il conviendrait davantage de parler de thérapie fonctionnelle cognitive, une nouvelle approche de traitement kinésithérapique qui cible les croyances, les peurs et les comportements associés de chaque individu souffrant de maux de dos persistants et handicapants [79]. En effet, il est important de connaitre les limites de notre champ de compétences afin de référer au mieux vers des psychologues ou d'autres professionnels de santé lorsqu'il existe de nombreux facteurs psychosociaux inhérents au patient : ceci conforte notre idée de départ.

Cette formation aux TCC dont nous avons longuement parler au sein de cet écrit semble, selon les masseurs-kinésithérapeutes interrogés, être une formation encore très théorique.

Toutes ces notions ouvrent donc à différentes perspectives. Dans un premier temps, il conviendrait d'interroger des masseurs-kinésithérapeutes diplômés depuis la nouvelle réforme de 2015 axée sur les compétences et davantage sur les sciences humaines mais aussi des psychologues. Cela, conjointement à des observations de terrain, permettrait d'avoir une meilleure compréhension de la mise en pratique des TCC. Finalement, il serait pertinent de rendre tant la formation initiale que continue davantage pratique avec notamment des simulations cliniques, éléments qui se rapprochent davantage de notre terrain futur.

Pour conclure, dans le contexte actuel de l'accès direct pour les masseurs-kinésithérapeutes notamment pour la lombalgie aiguë, il semble donc important de rappeler que la prise en charge doit s'inscrire selon le modèle biopsychosocial en prenant donc en compte le patient dans sa globalité avec leurs doutes et leurs craintes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Douleur. Inserm - La science pour la santé n.d. https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur (accessed May 1, 2021).

[2] Boureau F, Doubrère JF. Le concept de douleur. Du symptôme au syndrome. Doul et Analg 1988;1:11–7. https://doi.org/10.1007/BF03007376.

[3] Acapo S, Seyrès P, Savignat E. Définition et évaluation de la douleur. Kinésithérapie, la Revue 2017;17:44–55. https://doi.org/10.1016/j.kine.2017.02.132.

[4] Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Livre Blanc de la SFETD - 2017.pdf 2017. https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017- 10-24.pdf (accessed July 31, 2020) n.d.

[5] Smart KM, Blake C, Staines A, Doody C. Clinical indicators of 'nociceptive', 'peripheral neuropathic' and 'central' mechanisms of musculoskeletal pain. A Delphi survey of expert clinicians. Manual Therapy 2010;15:80–7. https://doi.org/10.1016/j.math.2009.07.005.

[6] Nijs J, Torres-Cueco R, van Wilgen P, Lluch Girbés E, Struyf F, Roussel N, et al. Applying modern pain neuroscience in clinical practice : criteria for the classification of central sensitization pain. PAIN PHYSICIAN 2014;17:447–57.

[7] HAS. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Recommandations. 2008.

[8] Risch N, Pointeau F, Poquet N. Nociception. Kinésithérapie, la Revue 2017;17:5–15. https://doi.org/10.1016/j.kine.2017.02.130.

[9] Physiologie, transduction n.d. http://douleurchronique.fr/physiologie-transduction.html (accessed April 29, 2021).

[10] Recovery Strategies - Pain Guidebook. Greg Lehman n.d. http://www.greglehman.ca/recovery-strategies-pain-guidebook (accessed May 1, 2021).

[11] Osinski T, Lallemant A, Russo T. Modulation et dérèglements neurophysiologiques des voies de la douleur. Kinésithérapie, la Revue 2017;17:16–32. https://doi.org/10.1016/j.kine.2017.02.131.

[12] Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Haute Autorité de Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune (accessed May 1, 2021).

[13] Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art: Pain 2000;85:317–32. https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0.

[14] Les psychothérapies cognitives et comportementales - 6th Edition n.d. https://www.elsevier.com/books/les-psychotherapies-cognitives-et-comportementales/cottraux/978-2-294-75009-0 (accessed May 1, 2021).

[15] Elsevier. Atlas d'anatomie humaine de Netter. Elsevier Connect n.d. https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/anatomie/netter (accessed May 4, 2021).

[16] Michel Dufour. Anatomie de l'appareil locomoteur. Tome 3 : tête et tronc. 2007.

[17] KAMINA. Anatomie clinique. Tome 2 : Tête, cou, dos. 2013.

[18] Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription. Haute Autorité de Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/c_464893/fr/prise-en-charge-masso-kinesitherapique-dans-la-lombalgie-commune-modalites-de-prescription (accessed May 1, 2021).

[19] VIDAL - Lombalgie chronique - La maladie n.d. https://www.vidal.fr/recommandations/1837/lombalgie_chronique/la_maladie/ (accessed October 25, 2020).

[20] Travail et lombalgie - Brochure - INRS n.d. https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206087 (accessed April 19, 2021).
[21] Gourmelen J, Chastang J-F, Ozguler A, Lanoë J-L, Ravaud J-F, Leclerc A. Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. Résultats issus de deux enquêtes nationales. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique 2007;50:633–9. https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2007.05.008.
[22] Al-Obaidi SM, Al-Sayegh NA, Ben Nakhi H, Al-Mandeel M. Evaluation of the McKenzie Intervention for Chronic Low Back Pain by Using Selected Physical and Bio-Behavioral Outcome Measures. PM&R 2011;3:637–46. https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2011.04.025.
[23] Xavier Dufour, Arnaud Cerioli, Stéphane Evelinger. Lombalgie chronique : une explication qui tient debout !! n.d.
[24] Maître J-H, Crouan A. Approches thérapeutiques de la douleur en kinésithérapie. Kinésithérapie, la Revue 2017;17:56–70. https://doi.org/10.1016/j.kine.2017.02.133.
[25] ENSEIGNEMENT | AFTCC n.d. https://www.aftcc.org/enseignement (accessed April 29, 2021).
[26] FORMATION TCC n.d. https://www.afforthecc.org/index.php/formation-tcc (accessed April 29, 2021).
[27] Le conditionnement opérant de Skinner | Cairn.info n.d. https://www.cairn.info/theories-du-developpement-de-l-enfant--9782804115951-page-415.htm (accessed May 2, 2021).
[28] van Tulder MW, Ostelo R, Vlaeyen JWS, Linton SJ, Morley÷ SJ, Assendelft WJJ. Behavioral Treatment for Chronic Low Back Pain: A Systematic Review Within the Framework of the Cochrane Back Review Group. Spine 2000;25:2688–99. https://doi.org/10.1097/00007632-200010150-00024.
[29] Henschke N, Ostelo RW, van Tulder MW, Vlaeyen JW, Morley S, Assendelft WJ, et al. Behavioural treatment for chronic low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002014.pub3.
[30] van Middelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, Verhagen AP, Ostelo R, Koes BW, et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. Eur Spine J 2011;20:19–39. https://doi.org/10.1007/s00586-010-1518-3.
[31] Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. Health Psychology 2007;26:1–9. https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.1.1.
[32] Vibe Fersum K, O'Sullivan P, Skouen JS, Smith A, Kvåle A. Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: A randomized controlled trial. EJP 2013;17:916–28. https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00252.x.
[33] Smeets RJ, Vlaeyen JW, Hidding A, Kester AD, van der Heijden GJ, van Geel AC, et al. Active rehabilitation for chronic low back pain: Cognitive-behavioral, physical, or both? First direct post-treatment results from a randomized controlled trial [ISRCTN22714229]. BMC Musculoskelet Disord 2006;7:5. https://doi.org/10.1186/1471-2474-7-5.
[34] Cherkin DC, Sherman KJ, Balderson BH, Cook AJ, Anderson ML, Hawkes RJ, et al. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. JAMA 2016;315:1240. https://doi.org/10.1001/jama.2016.2323.
[35] Schemer L, Schroeder A, Ørnbøl E, Glombiewski JA. Exposure and cognitive-behavioural therapy for chronic back pain: An RCT on treatment processes. Eur J Pain 2019;23:526–38. https://doi.org/10.1002/ejp.1326.

[36] Hajihasani A, Rouhani M, Salavati M, Hedayati R, Kahlaee AH. The Influence of Cognitive Behavioral Therapy on Pain, Quality of Life, and Depression in Patients Receiving Physical Therapy for Chronic Low Back Pain: A Systematic Review: Cognitive Behavioral Therapy and Low Back Pain. Journal of Injury, Function and Rehabilitation 2019;11:167–76. https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2018.09.029.
[37] O'Keeffe M, Purtill H, Kennedy N, Conneely M, Hurley J, O'Sullivan P, et al. Comparative Effectiveness of Conservative Interventions for Nonspecific Chronic Spinal Pain: Physical, Behavioral/Psychologically Informed, or Combined? A Systematic Review and Meta-Analysis. The Journal of Pain 2016;17:755–74. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.01.473.
[38] Thérapie cognitive et comportementale de la douleur chronique. Sorbonne Université - Faculté de Médecine n.d. https://medecine.sorbonne-universite.fr/les-formations/etudes-medicales/le-troisieme-cycle/les-formations-de-3e-cycle/therapie-cognitive-et-comportementale-de-la-douleur-chronique/ (accessed April 21, 2021).
[39] Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Diplômes d'université (LMD), diplômes universitaires (DU) et diplômes inter universitaires (DIU) examinés et reconnus par le conseil national. n.d.
[40] L'AFTCC | AFTCC n.d. https://www.aftcc.org/content/aftcc (accessed April 29, 2021).
[41] Hall A, Richmond H, Copsey B, Hansen Z, Williamson E, Jones G, et al. Physiotherapist-delivered cognitive-behavioural interventions are effective for low back pain, but can they be replicated in clinical practice? A systematic review. Disability and Rehabilitation 2018;40:1–9. https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1236155.
[42] Manach M. Etude de la construction de compétences sociales par une analyse de l'activité en situation de formation: transformation du rapport à soi et aux autres n.d.:316.
[43] | URPS Kiné Île-de-France n.d. https://www.urps-kine-idf.com/blog/comprendre-les-11-competences (accessed October 27, 2020).
[44] Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute - Légifrance n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031127778/ (accessed October 28, 2020).
[45] Section 1 : Actes professionnels (Articles R4321-1 à R4321-13) - Légifrance n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190616?tab_selection=all&searchField=ALL&query=R4321-2+&page=1&init=true&anchor=LEGIARTI000020953322#LEGIARTI000020953322 (accessed October 27, 2020).
[46] Chapitre Ier : Masseur-kinésithérapeute. (Articles L4321-1 à L4321-22) - Légifrance n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006689301/2000-06-22/ (accessed October 28, 2020).
[47] ENSEIGNER LA SANTÉ, Franck Gatto - livre, ebook, epub n.d. https://www.editions-harmattan.fr/index_harmattan.asp?navig=catalogue&obj=livre&razSqlClone=1&no=20727 (accessed April 22, 2021).
[48] Netgen. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Revue Médicale Suisse n.d. https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-258/Le-modele-biopsychosocial-beaucoup-plus-qu-un-supplement-d-empathie (accessed April 22, 2021).
[49] Ivernois Jean-François d'. Apprendre à éduquer le patient: approche pédagogique : l'école de Bobigny / Jean-François d'Ivernois, Rémi Gagnayre 2016.
[50] Ardoino J. Les Avatars de l'éducation. Presses Universitaires de France; 2000. https://doi.org/10.3917/puf.ardoi.2000.01.
[51] F.Gatto. Éducation du patient en kinésithérapie. Unithèque n.d. https://www.unitheque.com/education-patient-kinesitherapie/sauramps-medical/Livre/8083 (accessed April 20, 2021).

[52] Organisation Mondiale de la Santé Bureau Régional pour l'Europe Copenhague.Education Thérapeutique du Patient. 1998 n.d.
[53] Piaget (Jean). — Psychologie et pédagogie. La réponse du grand psychologue aux problèmes de l'enseignement - Persée n.d. https://www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_1970_num_11_1_1992_t1_0044_0000_2 (accessed April 22, 2021).
[54] Franck Gatto et Jean Ravestein. Emergence de la didactique de la santé n.d.
[55] Chapitre 2 - Différentes manières d'appréhender la communication | Cairn.info n.d. https://www.cairn.info/anthropologie-des-pratiques-langagieres--9782200287788-page-43.htm (accessed April 22, 2021).
[56] Marc E, Picard D. L'école de Palo Alto : Un nouveau regard sur les relations humaines. Retz; 2006.
[57] Carmignani P. Initiation à la recherche. 2017.
[58] Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue 2015;15:50–4. https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005.
[59] Research Design.Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. SAGE Publications Inc 2021. https://us.sagepub.com/en-us/nam/research-design/book255675 (accessed April 28, 2021).
[60] Blackburn I-M, James IA, Milne DL, Baker C, Standart S, Garland A, et al. Revised Cognitive Therapy Scale 2018. https://doi.org/10.1037/t65807-000.
[61] Cottraux J. Formation et supervision dans les thérapies comportementales et cognitives (TCC). Psychothérapies 2004;24:151. https://doi.org/10.3917/psys.043.0151.
[62] Masson E. échelles d'évaluation. EM-Consulte n.d. https://www.em-consulte.com/article/651750/echelles-devaluation (accessed April 23, 2021).
[63] Richard S. L'analyse de contenu pour la recherche en didactique de la littérature. Le traitement de données quantitatives pour une analyse qualitative : parcours d'une approche mixte. n.d.:27.
[64] Physiomind – SenseLAB- Mindfulness & Physiothérapie n.d. https://www.senselab.ch/physiomind/ (accessed April 17, 2021).
[65] Entretien Motivationnel. Agence EBP n.d. https://www.agence-ebp.com/formations/entretien-motivationnel (accessed April 17, 2021).
[66] Hypnose et thérapies cognitives et comportementales (TCC). Institut Français d'Hypnose n.d. https://www.hypnose.fr/hypnose/courants-hypnose-therapeutique/hypnose-tcc/ (accessed April 21, 2021).
[67] Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0209 du 08/09/1989 (accès protégé) n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=gyGDAV6Ncd7H2pmjcYih (accessed April 21, 2021).
[68] URPS Kiné IDF. LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES EN ÎLE-DE-FRANCE AUJOURD'HUI ET DEMAIN. SEPTEMBRE 2019 n.d.
[69] DGOS. Développement professionnel continu - DPC. Ministère des Solidarités et de la Santé 2021. https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/dpc (accessed April 21, 2021).
[70] Mike Stewart. Agence EBP n.d. https://www.agence-ebp.com/mike-stewart (accessed April 21, 2021).
[71] Trudelle P. Expliquer la douleur - Explain pain. Kpten - Formation continue en Kinésithérapie - Thérapie Manuelle Orthopédique - Evidence-Based n.d. https://www.kpten.fr/Expliquer-la-douleur-Explain-pain_a494.html (accessed April 21, 2021).

[72] Ink - Faire de la douleur une alliée n.d. https://www.ink-formation.com/formation/fiche/faire-de-la-douleur-une-alliee-19d44 (accessed April 29, 2021).
[73] Intégration de la Mindfulness en Physiothérapie – Niveau 1 – le SenseLAB n.d. https://www.senselab.ch/evenement/mindfulness-kinesitherapie-1/ (accessed April 21, 2021).
[74] Arabi H, Khalfaoui S, Mouhadi K, Ghouzlani I, Niamane R. Le modèle biopsychosocial dans la lombalgie commune chronique. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 2019;177:250–5. https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.06.012.
[75] Maleyrot É, Perez-Roux T, Pourcelot C, Hébrard P. Comprendre le travail de mise en œuvre de la réforme des études en Masso-Kinésithérapie (2015) : le cas d'un institut de formation. Activités 2019. https://doi.org/10.4000/activites.3853.
[76] La formation continue. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes n.d. https://www.ordremk.fr/je-suis-kinesitherapeute/formation/la-formation-continue/ (accessed April 29, 2021).
[77] L'Analyse fonctionnelle. Apprendre la Psychologie n.d. https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/l-analyse-fonctionnelle.html (accessed April 16, 2021).
[78] O'Sullivan PB, Caneiro JP, O'Keeffe M, Smith A, Dankaerts W, Fersum K, et al. Cognitive Functional Therapy: An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain. Physical Therapy 2018;98:408–23. https://doi.org/10.1093/ptj/pzy022.
[79] La Thérapie Fonctionnelle Cognitive : Une approche patient-centrée. GI Douleur 2019. http://gi-douleur.fr/la-therapie-fonctionnelle-cognitive-une-approche-patient-centree/ (accessed April 16, 2021).
[80] Vægter HB. A COgNitive FuncTional Therapy+ Pathway Versus an Interdisciplinary Pain Management Pathway for Patients With Severe Chronic Low Back Pain (CONFeTTI Trial): a Randomized Controlled Trial of a Combined Physical/Psychological Intervention. clinicaltrials.gov; 2021.
[81] Wim Dankaerts. Agence EBP n.d. https://www.agence-ebp.com/formations/wim-dankaerts (accessed April 16, 2021).
[82] L'évaluation des compétences des professionnels en établissement de santé. Haute Autorité de Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2576406/fr/l-evaluation-des-competences-des-professionnels-en-etablissement-de-sante (accessed May 1, 2021).
[83] René L'Écuyer. Méthodologie de l'analyse développementale de contenu n.d. https://www.puq.ca/catalogue/livres/methodologie-analyse-developpementale-contenu-1066.html (accessed April 16, 2021).
[84] Giroux S, Tremblay G, Bouret R. Méthodologie des sciences humaines : la recherche en action. 3e éd. Saint-Laurent: Éditions du Renouveau pédagogique; 2009.
[85] CEDIP. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information 2014. http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/les-principaux-biais-a-connaitre-en-matiere-de-a1113.html (accessed May 1, 2021).
[86] Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute - Légifrance n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGISCTA000006104712/1989-09-08/ (accessed May 1, 2021).

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE I : Schémas explicatifs en lien avec les rappels anatomiques I

ANNEXE II : Messages envoyés aux masseurs-kinésithérapeutes formés aux TCC II

ANNEXE III : Entretien réalisé avec M.P IV

ANNEXE IV : Entretien réalisé avec M.R XV

ANNEXE V : Entretien réalisé avec Mme.L XXVIII

ANNEXE VI : Les sciences humaines et sociales : référentiel de formation de 1989 XXXVI

ANNEXE VII : Les sciences humaines et sociales : référentiel de formation de 2015 XXXVII

ANNEXE I : Schémas explicatifs en lien avec les rappels anatomiques

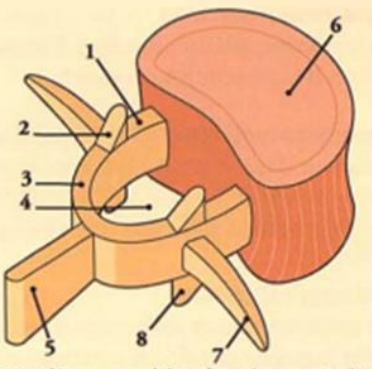

FIG. 10.12. Vertèbre type schématique (vue supéro-latérale)

Rouge : corps vertébral
Jaune : arc vertébral

1. pédicule
2. processus articulaire sup. (zygapophyse sup.)
3. lame
4. foramen vertébral
5. processus épineux
6. surface articulaire sup. du corps
7. processus transverse
8. processus articulaire inf. (zygapophyse inf.)

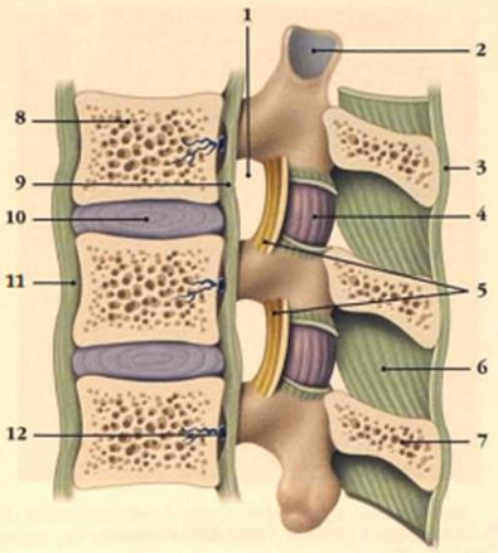

FIG. 10.43. Articulations intervertébrales (coupe sagittale)

1. foramen intervertébral
2. processus articulaire
3. lig. supra-épineux
4. capsule de l'art. zygapophysaire
5. ligg. jaunes
6. lig. interépineux
7. processus épineux
8. corps vertébral
9. lig. longitudinal postérieur
10. disque intervertébral
11. lig. longitudinal antérieur
12. v. basivertébrale

ANNEXE II : Messages envoyés aux masseurs-kinésithérapeutes formés aux TCC

1. Prise de contact :

« Bonjour,

Je m'appelle Cynthia SERRALHEIRO et suis étudiante en quatrième année de masso-kinésithérapie. Je me permets de vous contacter au sujet de mon mémoire de fin d'étude.

Je réalise une recherche qualitative, sous la direction de Céleste ROUSSEAU, et le sujet de mon mémoire tourne autour de la mise en place des TCC, par des masseurs-kinésithérapeutes, auprès des patients lombalgiques chroniques.

Je souhaiterais réaliser des entretiens semi-dirigés auprès de deux voire trois masseurs-kinésithérapeutes formés aux TCC. J'aimerais donc savoir si cela vous intéresserait de faire partie de mon étude étant donné que vous êtes masseur-kinésithérapeute et formé aux TCC. Dans le cas d'une réponse positive, je reste disponible à tout moment pour un entretien.

En vous remerciant par avance,

Cynthia SERRALHEIRO
Etudiante en quatrième année de Masso-kinésithérapie au CEERRF à Saint-Denis (93) »

2. Message envoyé aux masseurs-kinésithérapeutes avant l'entretien

« Bonjour,

Je vous recontacte au sujet de mon mémoire de fin d'étude à la suite de votre réponse positive. Les informations mentionnées ci-dessous seront utiles à la compréhension de cet entretien. Le but de cet entretien est d'étudier comment les masseurs-kinésithérapeutes parviennent à mettre en place les TCC en pratique clinique. Les entretiens seront enregistrés puis retranscrits sur Word afin d'être analysés exclusivement dans le cadre de l'étude.

Je vous laisse remplir et me renvoyer le formulaire de consentement ci-dessous :

Je soussigné, *(nom, prénom)*

Accepte de participer à la recherche qualitative intitulée « Compétences des masseurs-kinésithérapeutes en TCC auprès des patients lombalgiques chroniques » dans le cadre du mémoire de fin d'étude de Cynthia SERRALHEIRO, sous la direction de Céleste Rousseau, masseur-kinésithérapeute diplômée d'Etat.

J'ai été informé que les données recueillies lors de cet entretien ne peuvent être utilisées en dehors du mémoire.

NB : une tierce personne sera sollicitée afin de lire les retranscriptions de ces entretiens.

Date :

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé ». »

ANNEXE III : Entretien réalisé avec M.P

Cynthia : Allo.

M.P : Bonjour.

Cynthia : Bonjour, enchanté !

M.P : C'est ok pour toi si c'est pas en visio ?

Cynthia : Oui, c'est ok.

M.P : Ça va le faire ?

Cynthia : Ouais, j'ai enregistré avec un autre téléphone comme ça, je pourrais retranscrire et analyser ça par la suite.

M.P : Ok parfait ça va le faire alors

Cynthia : Ouais, ça va le faire. [Rires]

M.P : Je mets en haut-parleur car je suis avec un autre étudiant et il est intéressé pour avoir des informations sur ce type de mémoire et puis de voir ce que c'est un entretien sur le sujet que tu vas amener. Si c'est compliqué pour toi de te sentir doublement écouter, tu me le dis.

Cynthia : Non il n’y a pas de soucis pour moi.

M.P : C'est ok pour toi ?

Cynthia : Ouais pas de soucis. Alors tout d'abord, merci d'avoir répondu pour cet entretien. Donc en fait j'ai séparé ça en différentes catégories. Alors, déjà est-ce que tu peux te présenter ? C'est à dire nombre d'années après le diplôme, ou est-ce que t'exerces un petit peu, et les formations que t'as réalisées pour que je puisse...

M.P : Ok. Alors moi je suis diplômé de l'école de Rennes en 2011, j'exerce en cabinet libéral, je suis spécialisé dans la prise en charge de la douleur persistante. J'ai commencé mes formations après le diplôme en orientant principalement sur la sphère bio du modèle bio-psycho-social.

Cynthia : Ok.

M.P : J'ai fait beaucoup de formation d'anatomie, d'anatomie palpatoire avec Michel Dufour et Serge Tixas. Je les ai faites plusieurs fois pour être vraiment certain d'avoir un niveau… un très bon niveau en anatomie et en palpation.

Cynthia : Ah super.

M.P : Rapidement, je me suis aperçu qu'il y avait des fortes attentes des patients sur les thérapies manuelles et donc j'ai souhaité faire une formation structurelle pour acquérir les techniques et donc j'avais privilégié une formation où il n’y avait pas trop de blabla sur l'interprétation des techniques, mais plutôt juste avoir des techniques.

Cynthia : D'accord ça marche.

M.P : Parce qu’il y avait une attente des patients, et que je ne croyais pas à l'époque dans l'interprétation des techniques. Tout l'aspect mystique des techniques ostéopathiques je n'y croyais pas.

Cynthia : Je vois.

M.P : Donc, j'ai vraiment orienté au tout début sur ce qui me semblait ne pas avoir de biais en kinésithérapie. En sortant du diplôme, on nous avait dit qu’il y avait beaucoup de techniques qui n'avaient pas été prouvées par la science. Et moi, j'étais convaincu que s'il y avait des choses qui avaient été prouvées par la science, c'est qu'une rotule est une rotule, qu'un tibia est un tibia et donc j'ai voulu orienter toute mon énergie sur l'aspect vraiment anatomie palpatoire et éventuellement les techniques structurelles qui se sont avérées ensuite, pas fonctionner comme... comme ce que pensait la kinésithérapie, l'ostéopathie à l'époque.

Cynthia : Ok ça marche.

M.P : Ensuite, je me suis aperçu que le modèle bio était un modèle limité, qu'on avait des patients qui ne répondaient pas aux traitements mécaniques, aussi bien reprise de l'activité physique, quantification du stress mécanique, renforcement musculaire. C'est à dire que même en appliquant parfaitement les recommandations internationales, on avait des patients pour lesquels il persistait de la douleur. Et donc, je me suis ensuite intéressé à Explain pain, c'est à dire à la compréhension du fonctionnement de la douleur. Et j'ai compris à ce moment-là que la douleur étant une problématique cognitivo-sensorio-émotionnelle, il fallait que le kiné ait une approche cognitivo-sensorio-émotionnelle pour prendre en charge sérieusement la douleur.

Cynthia : Exactement.

M.P : Donc ensuite, je me suis orienté sur la partie psychosocial de l'approche kiné et j'ai orienté mes formations sur l'Evidence Based Psychologie. Et je me suis orienté très rapidement aux thérapies cognitivo-comportementales de troisième vague qui avaient le meilleur niveau de preuves scientifiques il y a 5-6 ans. Et je me suis formé à la mindfulness et suis devenu instructeur en MBCT (mindfulness based cognitive therapy) qui a démontré son efficacité dans de nombreuses pathologies, notamment dans les rechutes dépressives, c'est le plus haut niveau de preuve qu'on est à ce jour avec une division… pardon… une diminution par 50% des rechutes dépressives par rapport aux traitements standards qu'était les antidépresseurs.

Cynthia : Ouais c’est impressionnant.

M.P : Et ensuite j'ai fait des formations sur l'ACT. Je te dis tout après je te redonne le micro. [Rires]

Cynthia : Il n’y a pas de soucis.

M.P : Donc l'ACT qui est donc la thérapie d'acceptation et d'engagement pour avoir compléter mon cursus sur toutes les TCC de troisième vague. Et j'ai intégré tout ça en kinésithérapie dans la prise en charge de la santé mentale. Donc prise en charge des patients douloureux chroniques, troubles du comportement alimentaire et toutes les problématiques qui sont les comorbidités qu'on retrouvent chez les patients douloureux chroniques. Anxiété, dépression, troubles de la fatigue chronique, etc., etc... Et ensuite, je suis devenu formateur en IFMK comme prestataire en faisant des interventions extérieures et formateur postgrade pour les kinés qui sont déjà diplômés. Et en 2018, 2019, j'ai donné des conférences en France et à l'international où j'ai participé aux deux derniers congrès internationaux en physiothérapie. Un à Mexico, qui était le premier congrès international en santé mentale et un à Genève où je suis intervenu pour un

atelier présentant l'intégration de la mindfulness en kinésithérapie. Et voilà, depuis, je fais 50% de libéral, de formation des étudiants et 50% d'écriture, de publications et d'accompagnement des kinés en postgrade.

Cynthia : Ok super tout ça, c'est très varié.

M.P : Et j'ai donc un conflit d'intérêt. Mes conflits d'intérêt sont que je gagne de l'argent à donner des formations sur l'intégration de la mindfulness en kinésithérapie.

Cynthia : D'accord ça marche. Ben merci déjà pour toutes les informations. Ça ne dérange pas si je te tutoie, non ?

M.P : Pas de soucis.

Cynthia : Alors comment tu définirais les TCC ? S'il y avait une petite définition toute simple qu'il fallait retenir. Qu'est-ce que tu en sortirais ?

M.P : C'est compliqué parce que les TCC de première, deuxième et troisième vague sont vraiment différentes. Il y a des changements de paradigme. Je dirais que les thérapies cognitivo-comportementales sont des thérapies qui prennent en compte l'impact de la structure psychique, des pensées, des émotions sur nos comportements. Et donc, pour donner un exemple : lorsque j'ai extrêmement peur ou que je suis très anxieux, mon mental est extrêmement embrouillé par ce blabla et pour me libérer de ce phénomène cognitif désagréable, je vais chercher, par exemple, à avoir un comportement de fuite. Par exemple, je ne souhaite pas avoir toutes ces pensées anxiogènes et je vais aller manger beaucoup de chocolat. Et donc en fait mon comportement, c'est manger du chocolat. La fonction de ce comportement, c'est pas de me nourrir, c'est de fuir des phénomènes de pensée dysfonctionnels, désagréables, qui seraient des peurs, des angoisses. Et donc, les thérapies cognitivo-comportementales se sont intéressées à comment accompagner l'humain qui présente des pensées, des émotions et qui entraîne des comportements mal adaptés, dysfonctionnels, pouvant entraîner de la souffrance. En soi, ce n'est pas un problème de manger du chocolat. Sauf que si ça entraîne des conséquences, des cercles vicieux, comme j'ai mangé du chocolat, je culpabilise. Comme je culpabilise, j'ai une pensée comme j'ai une pensée je mange du chocolat, je tombe dans un cercle vicieux qui crée de la souffrance.

Cynthia : Ok très bien, bah c'est ce qu'on retrouvait dans pas mal de définitions, notamment dans les bouquins ou quoi. Donc c'est top merci ! Est-ce que t'avais eu des notions de TCC en formation initiale quand t'étais à l'IFMK ou pas du tout ? Ou c'est vraiment t'as tout appris et tout vu en formation continue ?

M.P : Je n'ai eu aucune information à ce sujet en formation continue… euh en IFMK.

Cynthia : OK ! Maintenant ça a un peu changé. Nous, on a eu pas mal de notions en formation initiale. Ils nous disaient que c'était vraiment bien référencé, que ça avait montré ses preuves. Donc y a eu un petit changement.

M.P : T'es dans quelle école Toi ?

Cynthia : Au CEERRF.

M.P : Au CEERRF, ok.

Cynthia : Est-ce que du coup tu peux me parler un petit peu plus de la formation que t'as eu en TCC ? (Le nombre d'heures, comment c'était ? Est ce qu'il y avait un examen à la fin ? Comment ça s'est déroulé ?)

M.P : Ok ! Alors si je prends toutes les TCC que j'ai faites. On va commencer... alors je sais plus dans quel ordre j'ai fait tout ça. Je voulais être formé en mindfulness cognitive therapy. A l'époque, il n'y avait aucun DU ni master sérieux qui permettait d'être formé, même en psychologie. En fait, les masters présentaient beaucoup trop de psychanalyse. Or moi, je voulais avoir la compétence du MBCT et le reste ne m'intéressait pas. Donc j'ai pris une décision c'est d'accepter de ne pas être formé sur les TCC de première ou deuxième vague et de ne pas être formé à la psychanalyse. Mais je voulais vraiment diriger toute mon énergie sur les TCC de troisième vague. Sauf que c'était réservé aux psys et il fallait une pratique d'au moins deux ans quotidienne de mindfulness, avoir lu beaucoup de bouquins, travailler dans le champ de la santé mentale et d'avoir l'expertise clinique et des compétences théoriques sur les pathologies en santé mentale. Moi je remplissais tous les critères c'est à dire je pratiquais quotidiennement, je travaillais en santé mentale. J'avais des bonnes connaissances en psychopathologie. J'avais lu tous les bouquins, mais j'ai été refusé pendant 2 ans, c'est à dire que les psychologues et experts de l'époque ont estimé qu'un kinésithérapeute ne pouvaient pas remplir ces critères. Donc, la première année j'étais refusé. La deuxième année j'ai été refusé. Et moi je leur ai expliqué simplement que je ne faisais pas ça pour prendre en charge des patients dépressifs chroniques bien que j'ai eu le titre pour le faire. Mais pour améliorer mes compétences en tant que kinésithérapeute, c'était dans mon champ d'expertise et pas dans le champ de la psychopathologie qui m'intéressait. Pas trop, en tout cas, je ne voulais pas soigner des gens anxieux, généralisés ou borderline etc.

Cynthia : C'était plus un plus dans la pratique quoi.

M.P : Voilà c'est ça dans l'intégration en kinésithérapie et donc je leur ai expliquer ça et je leur ai dit que de toute manière, c'est ce que je voulais faire, que j'étais prêt si la condition requise c'était d'avoir un master en psychologie. Je passerais le master uniquement pour avoir le bout de papier parce que ça ne m'intéressait absolument pas ce qui était dans les Masters, en tout cas accessible pour moi, juste pour faire cette formation. Donc, il se trouve que suite à ça ils m'ont accepté [Rires] donc j'ai pu faire la formation qui était une formation, je crois que c'était 6 ou 7 jours en présentiel, avec des pratiques méditatives intenses, avec des phases de silence de plusieurs jours et un entraînement à proposer le protocole MBCT de manière la plus scientifique possible parce que ce sont des protocoles éprouvés par la science et qui nécessitent une certaine rigueur dans leurs... comment dire... dans le fait de proposer il fallait quand même remplir un certain... certains critères. Autrement, si le MBCT n'est pas proposé comme il est décrit, on risque de biaiser les études.

Cynthia : D'accord.

M.P : Donc ça c'est pour la MBCT. Ensuite il fallait présenter des supervisions. La MBCT c'est un peu compliqué parce qu'il faut trouver des lieux pour proposer des protocoles MBCT qui durent huit semaines. Ah oui… une des conditions pour faire partie de ça. J'avais oublié, c'était d'avoir fait au moins 1 MBCT en tant que participants et j'en avais fait deux. Deux fois 8 semaines, 2 heures par semaine. Ensuite, il fallait terminer le programme en faisant... proposer en tant que stagiaire... pas stagiaire mais instructeur le programme MBCT sous supervision d'une instructrice MBCT expérimenté. Ce que j'ai fait. Et ensuite, j'ai validé la fin de mon cursus comme ça.

Cynthia : Ok ça marche.

M.P : Ensuite, j'ai fait le MBSR, c'est à dire que j'ai été instructeur MBSR. J'ai fait la moitié du parcours. Donc, c'est un parcours du combattant aussi sur plusieurs semaines qui coutent beaucoup d'argent et où il y a des listes d'attente très importantes. J'ai attendu deux ans mon tour avant de pouvoir être pris, bien que j'avais un cursus extrêmement, enfin un CV en mindfulness...

Cynthia : Ouai qui était bien complet.

M.P : Ouais c'était bien complet et donc j'ai pu le faire. J'ai fait deux séminaires de 9 jours et j'ai décidé d'arrêter parce que je n'étais plus en accord avec les contraintes financières qui étaient demandées. Je trouvais que ça prenait une dérive financière qui n'était pas en accord avec mes valeurs. Ça demandait beaucoup d'argent et pour avoir des compétences que j'estimais avoir.

Cynthia : Je vois.

M.P : Je me suis arrêté à la moitié du parcours MBSR voilà... et pour l'ACT pareil il n'y avait pas de cursus universitaire à l'époque et pas... de DU. Donc j'ai choisi de me former auprès de celui que je trouvais de plus respectable à l'époque des livres que je lisais qui était Jean-Louis Monestes et donc j'ai fait plusieurs ateliers avec lui, au nombre de trois, mais représentaient 2 à 3 jours de training. Ensuite, j'ai fait beaucoup de supervision avec Jean-Louis. Et pareil dès que j'estimais que j'avais les compétences... Voilà aujourd'hui, c'est un ami.

Cynthia : Ah super. [Rires]

M.P : Donc je sais que je fais de l'ACT au quotidien et quand j'ai des difficultés, je m'entretiens directement avec l'expert français.

Cynthia : Ah bah c'est top ça d'avoir les bons contacts. [Rires]

M.P : C'est ça.

Cynthia : Ok très bien. Là je vais revenir un petit peu en arrière et te poser des questions que vous à la population de patients chroniques que tu vois. Moi, ce qui m'intéresse dans mon sujet de mémoire, c'est aussi les patients lombalgiques chroniques. Est-ce que t'en voit assez régulièrement dans la semaine des patients lombalgiques chroniques ?

M.P : Ouai, ouai bah ça représente... Alors moi, je n'ai que des patients chroniques. C'est 100 % de ma pratique et les lombalgiques... je sais pas combien ça représente... 30% peut être ... ils ont mal partout. [Rires] Ils sont pas que lombalgiques en fait. [Rires]

Cynthia : [Rires]. Ok ça marche.

M.P : Alors je dirais vraiment lombalgiques je dirais... parce que y en a qui ont mal au pied, au dos, au cervical je dirais 30/40%... je sais pas je sais pas... je demande à mon étudiant.

Cynthia : [Rires]. Pour avoir un autre avis.

M.P : Alors il me dit 50/60%.

Cynthia : Ok ça marche.

M.P : Bon on écoute l'étudiant, il est plus objectif que moi.

Cynthia : Ok ça marche. Et juste une dernière petite question : auprès des patients lombalgiques chroniques quel type de traitement tu mets en place ? Est-ce que c'est plutôt traitement MDT type Mackenzie des exercices de renforcement ? Massage ?

M.P : Alors je vais résumer ça, donc tous les patients qui peuvent être contraints physiquement on suit les recommandations internationales sur le fait de proposer une contrainte adaptée aux patients. Et lorsque on ne peut pas contraindre le patient soit parce qu'ils sont soit extrêmement douloureux soit ils n'arrivent pas à percevoir ce que c'est une bonne contrainte pour leur corps, on travaille à ce moment-là à l'intégration des thérapies cognitivo-comportementales, prendre conscience de leur corps.

Cynthia : Ouais

M.P : Les entraîner à ça de telle manière à ce qu'ils puissent contraindre leur corps de manière adaptée. Et s'il y a des perturbations liées à leur psyché, à leur structure psychique ou alors des conflits d'intérêts sociaux, par exemple, je donne en exemple un patient qui a mal au dos mais qui doit travailler dans une entreprise mal traitante. Bah, il est coincé parce qu'il sait qu'il faut qu'il prenne soin de son dos mais il doit bien garder de l'argent pour nourrir ses gosses à la fin du mois. Donc, bah nous on doit essayer de lui faire prendre conscience que son objectif, qui est très louable, qui est d'avoir mal au dos, est en conflit d'intérêt avec celui de gagner de l'argent à la fin du mois. Et donc, comment réussir à concilier les deux ? Et ça, on travaille beaucoup avec l'approche des TCC de troisième vague. Donc l'entraîner à se muscler. Prendre des décisions justes s'il souhaite aller dans un boulot maltraitant et qu'il souhaite avoir moins mal au dos. Bah forcément ces deux objectifs semblent contradictoires, comment concilier tout cela.

Cynthia : Et justement, auprès de quelle population de patients tu utilises le plus les TCC ?

M.P : Le plus jeune patient que j'ai, il a 9 ans. Et le plus âgé il a 87 ans. Les patients douloureux chroniques, ça touche une grande partie de la population et je peux même affirmer, puisque ma femme travaille en pédiatrie, que la douleur chronique existe aussi chez les bébés. La douleur existe mais n'est pas encore chronique, mais qu'en fait, elle se manifeste différemment. Donc, en fait, ça touche toute la population. Juste moi je suis biaisée parce que je prends entre 8 ans et 87 ans, c'est un petit biais parce que je ne prends pas les bébés quoi.

Cynthia : Ok ça marche. Et par exemple sur une séance, tu penses que tu consacres combien de temps tout autour des TCC avec les patients ?

M.P : Alors en fait les TCC ne prennent pas de temps supplémentaire puisqu'ils sont intégrés à la kiné. C'est comme si je disais... quand je me lave, quand je prends une douche, combien de temps je passe à évaluer la température de la douche ? Bah en fait je l'évalue en prenant ma douche. C’est-à-dire, c'est pas je prends 5 minutes pour voir à combien est la température puis 5 minutes à prendre ma douche. C'est je prends ma douche et je règle le thermostat en fonction de ce qui est bon pour moi.

Cynthia : Oui je vois.

M.P : En instantanée quoi.

Cynthia : Ça marche.

M.P : Et je dirais même que ça prend moins de temps parce que le temps où j'évalue en même temps si ma douche est de bonne qualité et si je suis présent à mon corps... et bah ça prendra

moins de temps que si je suis présent à mon travail en train de prendre ma douche et que je vais rester 20 minutes dans ma douche parce que j'ai passé 10 minutes à penser à mon job.

Cynthia : Hum, je vois.

M.P : En fait, on entraîne notre attention à être là. Et si j'ai besoin de dix minutes pour prendre ma douche mais que je passe dix minutes à être au boulot quand je prends ma douche. En fait, j'ai passé 20 minutes, donc j'ai même gagné du temps. Donc, en fait, je vais estimer ça à gagner du temps de faire des TCC. Par exemple, on voit les patients, ils deviennent autonomes à la fin. Donc en fait on gagne du temps, on ne perd pas de temps. [Rires]

Cynthia : Ouais c'était plus combien de temps dans la séance c'est à dire est-ce que c'est l'intégralité de la séance ou juste au début de la séance ?

M.P : Non toute la séance, les TCC sont intégrées du bonjour même du moment où je vois mon patient jusqu'au moment où il part.

Cynthia : Ok ça marche. Et de quelle façon est-ce que tu l'applique en pratique ? Est-ce que c'est l'explication du lien entre les croyances et les problèmes ? Est-ce que tu mets ça aussi sous forme d'agenda, avec des petites métaphores des mises en situation des jeux de rôle ? De quelle manière ?

M.P : Non, je ne fais pas d'exercices supplémentaires. C'est à dire que je fais le sport en pleine conscience. Je suis dans la relation au patient en pleine conscience. Je réponds à ces problématiques en pleine conscience. Alors y a des métaphores de temps en temps mais j'en faisais déjà avant de faire des TCC des métaphores.

Cynthia : Ouais ça fait partie intégrante quoi.

M.P : Ça fait partie intégrante. Dans chaque mot, dans l'éducation thérapeutique, on peut faire de l'éducation thérapeutique en répétant bêtement notre cours. Là, on n'est pas présent avec l'étudiant. Je peux faire de l'éducation thérapeutique en étant disponible à l'autre et répondre à ses questions, c'est à dire ses attentes. Dans ces cas-là, je co-construis le cours en instantané, en direct, en fonction des attentes de l'autre. Et c'est ça… c'est d'être présent à l'autre pour construire une relation thérapeutique et une alliance thérapeutique de qualité. La pleine conscience, c'est d'être là, avec notre corps, avec le patient et avec nos émotions, nos pensées. C'est cette disponibilité au présent, à l'instant présent et pas d'être disponible à notre mental, qui pourrait nous écarter de l'instant présent. J'ai du mal à l'expliquer. Elle va rien comprendre Cynthia. C'est dure à expliquer.

Cynthia : [Rires]

M.P : Elle va rien comprendre. Tu comprends quand même ce que je dis Cynthia ?

Cynthia : Ouais, franchement, j'analyserais après en détail aussi. Mais super, en tout cas pour ça. Et je crois qu'on arrive à la fin de mes questions. Si tu devais retenir quelque chose, qu'est-ce que ça a apporté ou qu'est-ce que tu en a retenu de cette formation ? Est-ce que tu penses que quelqu'un qui n'aurait pas fait cette formation serait tout aussi apte à faire la même chose que tu fais au quotidien ou vraiment ça t'a apporté un plus ?

M.P : Moi, c'est vraiment ma vie ce truc-là. J'adore ça et je suis du matin jusqu'au soir intéressé par ce sujet-là. Je crois qu'il y a une vraie exploration personnelle à faire pour être là avec le patient, libéré de nos propres peurs, notre propre autorité, nos propres injonctions, et donc il y a un vrai travail intérieur. C'est pas le nombre de diplômes qui permet d'avoir ça. Je crois qu'il

y a des gens qui peuvent avoir ça sans aucun diplôme. Et donc c'est le fait d'avoir ce courage à un moment donné, de sortir de nos conditionnements, de nos protocoles, du quand dira-t-on, etc. Pour revenir dans cette relation précieuse avec le patient. Et ça, c'est pas le nombre de diplômes qui nous apporte ça. On peut faire 1000 diplômes sans jamais avoir ça. Par contre, je crois malheureusement qu'il n'existe pas à ce jour de formation qui permette de travailler ça de manière pratique.

Cynthia : Ouai.

M.P : Et moi, je suis entrain - deuxième conflit d'intérêt - de terminer une formation permettant d'intégrer toutes ces notions en même temps pour amener les thérapeutes à avancer sur ces questions profondément cliniques. On est dans de la relation. Et on ne peut parler de ça sans en faire. Si on peut en parler sans en faire, justement, c'est un problème. Parce que parler, dire des mots, ce sont des pensées. Or, là, on est dans la réalité, on est plus dans les pensées, on est dans le concret.

Cynthia : Hum.

M.P : Et ça, ça s'apprend. On ne peut pas répéter par cœur ce que je viens de dire.

Cynthia : Ah non clairement.

M.P : C'est pas ça de faire des TCC, ce n'est pas de répéter par cœur un cours. C'est au contraire, d'être libéré de tous nos cours.

Cynthia : Ouais clairement.

M.P : Et cette libération cognitivo-émotionnelle nécessite un jour de se retrouver face à nos peurs, face à des choses qu'on veut pas lâcher. Et le cours est très rassurant, le cours nous rassure. Je répète mon cours donc j'ai raison. Donc le patient a tort. Mais là, sommes-nous vraiment en lien avec le patient lorsque nous recitons notre cours ? Ou sommes-nous avec notre cours dans notre tête de manière très égocentré ? C'est apprendre justement à se libérer de ça pour nous offrir une qualité de présence dans cette relation magnifique qu'est la relation entre deux humains. Je vais même pas dire entre patient-soignant mais entre deux humains parce qu'à ce moment-là il n'y a plus de casquettes.

Cynthia : Exactement et est-ce que tu as eu des retours des patients, que ce soit positif ou négatif, sur l'application des TCC…ou pas ?

M.P : Oui alors ils savent pas forcément qu'on fait des TCC, puisqu'on le dit pas. Ils trouvent effectivement que l'approche est différente de la kinésithérapie traditionnelle parce que l'on est vraiment à l'écoute de nos patients. On est vraiment attentif à leurs problématiques… à ce qui fait qu'ils arrivent pas à avancer par rapport à leur douleurs etc.… donc ils se sentent vraiment beaucoup plus écouté et beaucoup plus présent avec eux. J'ai intégré les TCC au fur et à mesure donc c'est compliqué mais les patients, vraiment, ont des retours extrêmement positifs et d'ailleurs ils ont des retours tellement positifs qu'ils insistent pour que ça se diffuse et que les kinés soient mieux formés. Là dans la future formation que je propose j'ai six patientes expertes qui veulent venir intervenir pour dire bougez-vous les fesses les kinés quoi !

Cynthia : Ah c'est super ça les patients experts qui sont impliqués.

M.P : C'est ça ! J'avais rappelé cinquante patients, qui vont bien aujourd'hui, que je vois plus au cabinet, qui étaient douloureux chronique et qui aujourd'hui n'ont plus besoin de moi, ne consomment plus de médicaments ou quasiment plus, qui ont une qualité de vie qui a bien

changé et dans le bon sens. Et donc effectivement, il y a un vrai retour. Eux ils sont pas contents d'aller chez le kiné. Leur objectif c'est d'aller mieux. Ils ont pas envie de faire cinquante séances de kiné par an. Donc à un moment donné quand ils ont moins de médicaments, quand ils se gèrent mieux dans la vie, quand ils ont une activité professionnelle, sociale, familiale qui est de meilleure qualité, que leur douleur prend pas toute la place dans leur vie. Ils sont quand même contents. [Rires]

Cynthia : Clairement, ok super pour cette question. Pour toi, quelles devraient être les compétences des masseurs-kinésithérapeutes pour justement appliquer ces TCC?

M.P : C'est une très bonne question. Je vais retourner à l'Evidence Based Practice. En fait, je crois que la compétence, c'est d'être profondément scientifique. Au sens, au sens d'origine du terme, c'est à dire être scientifique ça ne veut pas dire être borné… fermé. C'est d'être extrêmement ouvert, extrêmement dans le doute. Dans cette capacité à dire je ne sais pas plutôt qu'à dire je sais. Et si on a cette capacité à dire je ne sais pas, on reste ouvert, on reste ouvert au monde et donc aux différences. Et notamment, notre patient est différent de nous. Il a une vie différente, des représentations différentes et c'est parce qu'on est capable de sortir de nos conditionnements, de nos certitudes que là on peut être ouvert à l'autre et lorsqu'on est ouvert à l'autre… après, on se forme naturellement, on s'informe, on est à l'écoute de l'autre. Cette capacité à être curieux, à se dire je ne sais pas. Parce que dès l'instant où on commence à se dire je sais, on s'enferme et on devient dur, rigide, à répéter les mêmes choses. On n'est plus nouveau, on devient un vieux con. Et donc c'est cette capacité à être jeune dans sa tête, à être ouvert, à se dire je ne sais pas et je crois que ça c'est la principale qualité de quelqu'un de scientifique. Mais aussi, du coup, j'extrapole à la kinésithérapie c'est de se dire des fois ce que je fais, ce n'est pas bon, ce n'est pas ok et ça veut pas dire que je suis nul ça veut juste dire que dans l'état actuel des connaissances, il n'existe peut-être pas de traitement et je vais continuer à m'informer, à lire, à me documenter, à voir ce qui se fait et quand t'es comme ça, ensuite, bah ton métier reste passionnant. Et puis, surtout, tu es dans un processus de changement permanent, de renouveau. On n’est pas un kiné qui va rester 20 ans le même, on va se moderniser avec le patient et avec les connaissances. L'Evidence Based Practice c'est ça, c’est la capacité à être en relation à l'autre en s'appuyant sur une littérature qui est changeante d'année en année.

Cynthia : Oui exactement l’EBP.

M.P : C'est un très bon modèle. C'est juste qu'aujourd'hui, les gens ne le comprennent pas. On réduit l'EBP à quelque chose de scientiste c'est à dire aux études. Mais en fait l'étude, si on est vraiment dans les études scientifiques… l’observance thérapeutique, c'est la capacité de notre patient à appliquer un traitement. On a eu des très bonnes études là-dessus. Alors comment réussir à être avec le patient pour qu'il applique les traitements ? Ce n'est pas en lui disant que ce qu'il fait est mal, en le jugeant ou en le critiquant, c'est comment concilier le sport et l'observance. Et là, tout de suite, c'est un peu plus compliqué que simplement faire du sport.

Cynthia : Ouais clairement… c'est vraiment un triptyque entre les trois.

M.P : Exactement. Moi, je rajouterais même, mais là, ça sort un peu de ton entretien. On a la science qui nous dit par exemple que le sport est intéressant. On a le patient qui est une mère de famille, qui n'a pas d'argent, qui a cinq gosses et qui doit concilier son corps et sa vie. Et puis, il y a un autre élément qu'on oublie de dire. On parle souvent de l'expertise du clinicien mais le clinicien avant d'être un kiné, c'est un humain et donc c'est concilier aussi cette science, le patient et cet humain qui est là, qui a une gastro aujourd'hui, qui a peut-être mal à la tête, qui a peut-être mal à une main et qui va proposer un traitement adapté aux patients, à la science mais aussi à l'humain qu'il est. Et ça on oublie de le dire... Et ce qu'on observe c'est du coup des

burn out chez les kinés qui sont énorme…énorme. 60% des kinés à cinq ans après le diplôme font ou ont des signes de burn out important.

Cynthia : Ah ouais ?

M.P : C'est énorme ! Et le chiffre est en nette augmentation parce que ce chiffre il date de 2017… c'est-à-dire avant le COVID

Cynthia : Ah ouais alors là, ça va exploser...

M.P : Cava exploser parce que les étudiants ils sortent déjà limite en burn-out avec des emprunts, des difficultés financières, avec du stress, des angoisses. Donc n'oublions pas le kiné parce que le patient avec la science il se gèrera pas tout seul.

Cynthia : Ouais clairement ! Et justement, quelles sont les limites que pourraient avoir les praticiens, les thérapeutes à appliquer ces TCC ? T'en as un peu parlé ce serait se renfermer ?

M.P : Ouais la limite je dirais qu'elle est en nous : c'est nos peurs. Voilà, c'est qu'en fait pour réussir à être profondément scientifique, il faut à un moment donné plonger dans notre vulnérabilité, dans notre intériorité, dans nos peurs, dans nos propres jugements dans il ne faut pas, je dois, je devrais faire comme si blablabla. Et pour ça, il faut apprendre soi-même à se libérer de tout cela afin de pouvoir accompagner l'autre. C'est le connais-toi toi-même, tu aimeras ton prochain comme toi-même. Donc avant d'aider les autres si on dit à l'autre de faire comme ceci alors que nous on fait l'inverse : quelle bonne blague ! Ça serait bien pour vous de travailler moins, dit le kiné, qui voit vingt-quatre patients par jour.

Cynthia : [Rires] C'est clair.

M.P : Donc voilà c'est à un moment donné d'être cohérent et d'accompagner le patient en prenant soin de nous. Et je crois que c'est la limite à ça, c'est de ne pas s'oublier, de s'accompagner. C'est une relation, une relation=relier=lien entre deux personnes. Pour le lien il faut deux points d'appui : une corde elle est tendue entre deux poteaux. Si y a un poteau qui est branlant, ça ne marche pas quoi.

Cynthia : Ouais c'est clair, ne pas s'oublier et prendre soin de soi-même avant de prendre soin des autres.

M.P : C'est ça… il faut essayer. Et les gens verront que ça ne marche pas de prendre soin de l'autre si on se détruit. A un moment donné tu peux aider mille patients par an mais si tu te détruis un jour tu en prendras zéro parce que tu seras en burn out.

Cynthia : Ouais c'est clair..

M.P : Tu auras une vision court-termiste qui marche très bien mais si on a une vision court-termiste en écologie ça finit mal [Rires]

Cynthia : [Rires] c'est clair ! Et justement, toutes ces formations à toi qu'est-ce qu'elles t'ont apporté en tant que personne comme compétence que t'avais pas auparavant en sortant du diplôme ou d'autres choses comme ça ?

M.P : Je vais faire une réponse un peu cucul la praline. De devenir un humain humaniste, c'était déjà un peu en moi mais de lâcher mon putain d'ego, de me libérer de mes peurs afin de pouvoir accompagner l'autre en toute simplicité. D'arrêter d'être quelqu'un, d'être quelque chose de fort, de puissant… de je dois être comme ceci, un bon kiné, un bon machin... juste un être humain

et une fois qu'on a ça qu'est-ce que c'est confortable de ne plus avoir dans sa tête de problèmes. Voilà d'avoir un esprit nettoyé de tous nos problèmes mentaux, ça m'a apporté quelque chose bien au-delà de la kinésithérapie.

Cynthia : Ouais clairement je pense que çava au-delà de la kiné et ça nous apporte vraiment une paix intérieure.

M.P : Exactement !

Cynthia : Bah super j’ai fini de poser toutes mes questions.

M.P : Cava tu t’en sors avec ton mémoire ?

Cynthia : Oui j’ai pu réaliser mes trois entretiens donc c’est top.

M.P : On n'est pas beaucoup à être formé en troisième vague et puis la troisième vague c'est vraiment le passage à l'ACT [Rires]

Cynthia : C'est le cas de le dire [Rires]

M.P : C'est vraiment de lâcher nos dernières peurs et j'en ai encore pleins. C'est de pouvoir se libérer. On n’est pas assez à être formés, c'est d'ailleurs pour ça que j'ai créé cette formation. J'ai pleins de patients experts qui vont venir et qui vont dire au kiné : allez-y c'est bon… lâchez ça maintenant il faut y aller ! On est tellement à souffrir de patients… il faut lâcher nos peurs quoi ! Et si les étudiants peuvent faire ça dès le début mais olala trop bien…

Cynthia : Ouais ce serait top ! Ok et bah je te remercie.

M.P : Salut Cynthia. Et tu m'enverras ton mémoire je veux le lire… [Rires] même si tu penses qu'il est raté c'est déjà bien de t'être lancé sur ce sujet là.

Cynthia : [Rires] Ok ça marche j'oublierais pas

M.P : Allez, salut !

ANNEXE IV : Entretien réalisé avec M.R

M.R : Allo.

Cynthia : Allo bonjour, enchanté. Merci d'avoir répondu présent pour cet entretien. On peut faire par visio aussi moi ça ne me dérange pas personnellement.

M.R : D'accord ça marche, alors pas de soucis, on passe en visio. Je vais juste installer un petit peu mon "poste de travail".

M.R : Désolé ça prend un peu de temps.

Cynthia : Ya pas de soucis... Ça ne vous dérange pas si je mets en haut-parleur pour pouvoir enregistrer et analyser par la suite l'entretien.

M.R : Pas de soucis ouais, ouais. On peut se tutoyer aussi si tu préfères.

Cynthia : Ouais c'est ce que j'allais proposer, super !

[La caméra s'ouvre.]

Cynthia : Bonjour donc enchantée moi c'est Cynthia, je suis étudiante en dernière année à l'IFMK au CEERRF. Donc là... je te contacte au sujet de mon mémoire que je fais autour des TCC sur les patients lombalgiques chroniques.

M.R : Ok.

Cynthia : Donc juste pour expliquer un petit peu l'entretien, j'ai séparé ça en différentes catégories. La première c'est une petite présentation personnelle de ta part. Ensuite, les formations que tu as faites en TCC ou autre et après lier un peu le tout sur la patientèle que tu vois en pratique et le lien entre les TCC et les patients lombalgiques chroniques.

M.R : Ok.

Cynthia : Donc voilà.

M.R : Ça marche donc je commence avec une petite présentation c'est ça ? [Rires]

Cynthia : Oui c'est ça. [Rires]

M.R : Ok. [Rires]. Alors moi c'est M.R. Je suis diplômé en kiné depuis 2017 de l'IFMK d'Orléans et donc je travaille à Tours. J'ai commencé à me former en TCC dès mon diplôme en fin d'année 2017 parce que dans le cadre de mes études, je m'étais intéressé à ça parce que j'ai fait un mémoire sur la lombalgie chronique également. Et ça m'avait interpelé de voir que les recommandations étaient pas mal de ce côté-là. Et donc, c'est pour ça que j'ai attaqué tout de suite avec un diplôme universitaire. Le diplôme universitaire de l'Université Pierre et Marie Curie donc ça s'appelle TCC et douleur chronique. Avec le professeur Françoise Laroche. Donc

c'est un diplôme qui dure un an et je l'ai fait avec Rémy Olier. Peut-être que tu l'as contacté aussi?

Cynthia : Ouais je l'ai contacté aussi mais j'ai pas eu de réponse. [Rires]

M.R : [Rires] Ok. Et bah on l'a fait ensemble et donc pour la présentation je pense que c'est bon.

Cynthia : Oui c'est bien ! Du coup, ça fait un peu plus de trois ans que tu es diplômé ?

M.R : Ça va faire quatre ans bientôt

Cynthia : Et du coup tu fais quoi ? Où est-ce que tu pratiques ? Tu fais majoritairement du libéral ?

M.R : Alors je fais à moitié du libéral … Enfin non... Je fais 100% de libéral mais je fais à moitié du cabinet et tous les matins je vais aussi en clinique parce que y a un stage qui s'était installé avec un médecin pour des lombalgiques chroniques justement. Donc j'y vais tous les matins pendant 2 heures et... justement utiliser aussi les compétences TCC. Et puis après je fais un petit peu de domicile aussi.

Cynthia : Ok, ça marche... parfait et à part les TCC tu as fait d'autres formations qui peuvent

M.R : Ouais ouais ouais j'ai fait la formation avec Mike Stewart ! Je sais pas si tu en as déjà entendu parler ?

Cynthia : Ouais j'en ai déjà entendu parler.

M.R : Donc Mike Stewart c'est... Je crois que l'intitulé c'est : guide pratique de la douleur persistante et donc j'ai fait les deux niveaux avec lui et ce qui est bien c'est qu'il est très TCC aussi. Il y a beaucoup de choses que j'ai retrouvé du DU dans cette formation parce que... y a pleins d'outils qui sont communs. Lui de toute façon c'est un kiné anglais... enfin un physio anglais qui justement est formé en TCC donc y a beaucoup... c'est beaucoup sur l'utilisation des métaphores et de la communication.

Cynthia : Ok ça marche.

M.R : Donc c'est à faire. J'ai fait la formation de Tamar Pincus. Peut-être que t'en as entendu parler ou vu une vidéo d'elle ?

Cynthia : Ouais, j'ai juste vu une vidéo, mais je sais pas trop à quoi ça correspond.

M.R : Y a une vidéo d'elle avec la pâte à modeler... euh ... Où elle explique justement comment vivre avec la douleur qui s'appelle « La douleur et moi ». Et c'est une vidéo que j'utilise beaucoup avec les patients personnellement. Et en fait c'est une psychologue clinicienne... enfin elle fait que de la recherche maintenant. Du coup j’ai fait une formation avec elle, c'était intéressant parce que c'était très axée TCC, et ça amenait un petit peu vers l'ACT (thérapie

acceptation et engagement) après y avait beaucoup de chose commune au DU et du coup j'ai pas ... voilà pas eu de révélation dans cette formation mais pour le coup j'avais fait le DU avant.

Cynthia : Ouais ça se recoupait un peu quoi.

M.R : Ouais mais pour quelqu'un qui n'a pas fait le DU ça peut être vraiment une bonne formation parce que y a beaucoup de choses.

Cynthia : Ok à noter alors.

M.R : Après qu'est-ce que j'ai fait comme formation qui peut être en lien. Alors y en a pleins d'autres des formations que j'ai faites mais vraiment en lien. Je dirais que y a aussi celle de Théo Chaumeil. Même si c'est pas des TCC, c'est de l'hypnose mais pour le coup, il y a énormément, énormément de liens à faire entre les deux pratiques, notamment sur la communication, sur des outils de focus attentionnel. Parce qu'en TCC on utilise la « mindfulness », la relaxation et l'hypnose en fait c'est un outil qui te donne encore plus de clés pour travailler là-dessus. Donc, moi je sais que ça m'a énormément apporté aussi... euh... Je regarde si j'en oublie pas... parce que a un moment j'ai référencé pas mal de chose sur LinkedIn, je m'étais noté des trucs... euh .... Normalement j'ai tout dessus.

Cynthia : C'est vrai que je pourrais aller jeter un coup d'œil sur LinkedIn comme ça.

M.R : Oui, oui.. Ah oui si j'en ai fait une qui a un lien aussi, c'est l'intégration de la « mindfulness » en kinésithérapie avec Pierre Perdriat et Axelle Mokry . C'était pas mal. J'avais bien aimé. Ça m'avait appris à faire de la « mindfulness » à fond, enfin, Pour moi, en tout cas. Justement ça a été intéressant parce que j'avais vu beaucoup de choses avec les TCC sur la relaxation et la « mindfulness » mais là ça m'a vraiment appris à l'utiliser à fond.

Cynthia : Ah cool.

M.R : Et là maintenant je fais un master mais je sais pas si ça pourrait avoir un lien... un master en épistémologie.

Cynthia : Ok ça marche. Je reviens juste sur le DU en TCC, ça se répartit comment sur l'année en nombre d'heures, les plages horaires etc...

M.R : Alors c'est une journée par mois donc ça va, c'est gérable c'est un vendredi par mois. Toute la journée c'était sur Paris, ça se faisait sur un an et chaque fois qu'on y allait, il y avait une petite présentation d'un élève, enfin d'un étudiant sur le thème qu'on allait aborder juste après. Même chose l'aprèm et du coup ça permettait qu'un étudiant par session s'intéresse un petit peu au sujet qu'on allait aborder et prépare un petit peu les étudiants à ce qu'on allait voir juste après. C'était vraiment intéressant pour ça. Et puis après on voyait pleins de choses : on voyait de l'entretien motivationnel, on voyait comment cultiver l'alliance thérapeutique, on voyait tous les outils qu'on utilisait en TCC. Là j'en ai cité que deux mais y en a tellement.

Cynthia : Justement, si tu devais donner une petite définition de ce que c'est pour toi, TCC, tu retiendrais quoi ?

M.R : euh... bonne question. Je dirais que c'est ... Après moi, je vais être biaisé aussi par mon côté kiné parce que du coup moi je l'utilise vraiment dans un esprit un peu … je ne sais pas si tu connais le terme « psychology form practice ». C'est la pratique éclairée par la psychologie. Je trouve que c'est plutôt ... moi, c'est en tout cas ce que je recherche, c'est à dire vraiment faire une pratique de kiné éclairer par la psychologie et donc avoir des idées pour travailler sur... les facteurs psychosociaux qui sont présents chez les patients et permettre vraiment d'améliorer tout ça. Après une définition des TCC...

Cynthia : Ouais, c'est dur, même moi j'arrive pas à retrouver pour mon mémoire, c'est hyper compliqué.

M.R : Non mais je vais... je réfléchis, je réfléchis... euh... Je dirais que c'est une approche ... une approche ouais... qui comprend bah du coup plusieurs éléments, des facteurs cognitifs, des facteurs comportementaux, des facteurs émotionnels qui sont des facteurs qui vont venir participer à une expérience, à l'expérience du patient. Nous dans notre cas c'est la douleur chronique, mais il y a pleins d'autres cas dans lesquels on pourrait appliquer ça puisque à la base c'est pas pour les douleurs chroniques les TCC. Enfin c'est pas là que c'est le plus validé. Donc c'est déjà une approche, qui comprend une attitude du praticien, c'est déjà sûr, parce que c'est une attitude ou on va chercher à être bienveillant, à être à l'écoute, a être chaleureux, empathique et authentique. Voilà... donc vraiment une attitude dans laquelle le praticien il doit se mettre. Mais aussi à des techniques qui vont venir chercher à identifier des pensées, des émotions qui peuvent conduire à certains comportements et qui peuvent même contribuer à entretenir ... et venir chercher à voir s'il y a pas des comportements plus efficaces dans leur situation, des stratégies d'adaptation ... du coping. Et puis tout ça en fait pour chercher à sortir des cercles vicieux qui peuvent aggraver les difficultés de la personne face à sa situation. Tu me dis si c'est complet ?

Cynthia : Oui c'est complet ... très complet ! Ça marche. Merci beaucoup. Et justement, est ce que t'avais eu des petites notions de TCC en formation initiale toi ou pas du tout ?

M.R : Pas du tout ! j'ai eu... j'te dis moi j'ai tout lu, j'ai juste lu pour progresser mais j'ai absolument rien eu comme notion à l'école.

Cynthia : OK ça marche et donc, quel type de thérapies ou de techniques tu aurais vue justement dans cette formation ? T'en as cité quelques-unes tout à l'heure, l'entretien motivationnel et ... ouais est ce que t'as d'autres choses dont tu voudrais parler ?

M.R : Ouais y en a pleins y en a pleins. Dans les techniques déjà il y a une technique, il y a une approche qui est intéressante c'est le fait de faire au départ un bilan comme dans nos prises en charge on fait un bilan. En TCC, on peut aussi utiliser une sorte de bilan qui peut être vraiment posé sur le papier ou dans un coin de notre tête, ça s'appelle l'analyse fonctionnelle. L'analyse fonctionnelle, c'est justement un support de raisonnement clinique pour identifier les situations

complexes du patient donc il y en a pleins des grilles d'analyse fonctionnelle on va dire. Je peux t'en citer si tu veux.

Cynthia : Ouais je veux bien !

M.R : Alors y a la grille SORC, donc là en gros c'est basé sur... SORC c'est « Stimulus Organisme Réponse Conséquence ». En gros, il va y avoir un stimulus. [Ordinateur qui sonne] Désolé. Globalement, ça veut dire qu'il va y avoir un stimulus, qui va amener à une réponse par exemple de l'organisme : par exemple a une salivation du chien ou de l'homme par exemple ou quelque chose comme ça, qui va amener a réponse comportementale et qui va amener à des conséquences. Des conséquences, ça va être par exemple un renforcement positif. Bon ça c'est des termes spécifiques au TCC mais ça va être des choses qui vont venir entretenir un cercle vertueux qui vont vernir entretenir une réponse par exemple. Donc ça c'est la première grille qui est souvent utilisée. Une deuxième grille qui est souvent utilisée c'est la grille : « Basic Idea ». Tiens bah là je l'ai sous les yeux... SORC justement, j'ai un petit exemple pour ça. Par exemple, le chien voit de la nourriture, ça c'est un stimulus visuel. Il est excité, il a faim, il est joyeux, ça c'est la réponse de l'organisme. Il cède et donne la patte par exemple donc ça ça peut être la réponse comportementale. Et après son maitre lui donne la nourriture, ça ça peut être la conséquence, par exemple. Après donc « Basic Idea », bah là il y a ... Je vais pas tout te faire mais l'idée c'est qu'il y a comportement -affect-sensation-image mentale-cognition. Tout ça c'est des parties de la grille « Basic Idea » justement ou l'idée c'est de remplir la grille et de se dire le patient d'un côté comportement, voilà tel comportement problématique. Dans la partie sensation : les émotions sont normales. Voila. L'idée c'est vraiment de cherché à avoir un tableau le plus complet possible. Ça c'est une grille qui est très utilisée aussi « Basic Idea ». Ensuite y a la grille SECCA donc là c'est plus un schéma en fait ou on va avoir la situation au centre qui va amener des émotions, des sensations. Et d'un côté, on va voir la partie plutôt cognitive avec la signification personnelle de cette situation au patients, les cognitions qui y sont associées, l'âge mental. Par exemple, l'imagerie ça pourrait être, « Vais-je finir en fauteuil ? ». Et puis de l'autre côté va y avoir la partie comportement, avec les comportements qu'on peut voir nous en tant que thérapeute : les réactions de l'entourage et tout ça s'est entremêlé. Si tu veux tu peux taper "grille SECCA" sur internet tu vas trouver ?

Cynthia : Ouais je vais aller checker tout ça.

M.R : Tu verras le schéma en question. Donc ça c'est en deux parties, il y a une partie diachronique donc c'est tout ce qui est les antécédents du patient et une partie synchronique ou c'est justement ce schéma ou on va chercher à identifier un problème a une situation.

Cynthia : Ok ça marche.

M.R : Donc voilà c'était la première chose un peu compliqué l'analyse fonctionnelle. C'est vrai qu'on l'utilise pas mal en TCC. Moi c'est un truc que j'utilise un petit peu mais plutôt dans ma tête, mais voilà pour montrer que les TCC c'est utilisé.

Cynthia : Ok.

M.R : Mais voilà après on peut utiliser comme technique... Bah dans les idées, on a évidemment des techniques communicationnelles, aussi d'attitudes, donc on va chercher à stimuler à fond l'alliance thérapeutique. Comme je te disais tout à l'heure, ça va être une attitude où on va devoir être empathique, authentique, chaleureux. On va chercher à développer ses compétences aussi communicationnelles. Ce qui est beaucoup retrouvé pour l'alliance thérapeutique, c'est dans la communication c'est la technique des 4 R. Les 4 R c'est... Je vais faire dans l'ordre : recontextualiser, remettre la personne dans son contexte du problème ; reformuler à chaque fois qu'il dit un truc, reformuler, répéter ce qu'il dit, résumer ça c'est hyper important le fait de résumer, par exemple il nous dit un truc et on va dire « ok si je résume ». On repose le truc. Ça permet aussi des fois de gagner un peu de temps et de se faire des hypothèses dans sa tête.

Cynthia : Ouais clairement.

M.R : Et puis renforcer. Quand il dit des trucs et tout on va dire : « Ouais, super ! », on va vraiment renforcer ce qu'il fait de bien par exemple, ou même, appuyer, approuver, valoriser c'est des comportements qui vont dans le sens de ce qu'on veut essayer de faire.

Cynthia : Ok en plus cette technique des 4 R on l'a vu en cours parce qu'on a eu juste un petit cours sur la communication. Et c'est vrai que quand tu m'en as parlé là bah ça m'a rappelé ça.

M.R : Bah c'est ça, les TCC c'est une thérapie intégrative. Ça prend pleins de source droite à gauche, le coping ça ne vient pas des TTC à la base, ça s'est incorporé dedans. Les 4 R, le petit vélo … à la base c'est pas des TCC. La technique de l'entretien motivationnel c'est pas du tout des TCC à la base mais tout ça, ça a été incorporé dedans.

Cynthia : Ouai mis dans le même sac.

M.R : Ouais... donc y a le petit vélo après qu'on utilise. Le petit vélo c’est plutôt une approche qu'on utilise pour essayer d'avoir une vue d'ensemble. Le petit vélo c'est juste par rapport au schéma que ça donne, ça donne un peu l'impression que c'est un petit vélo voilà. Donc c'est que le thérapeute il doit à la fois observer les comportements du patient, à la fois observer la relation qui le lie au patient, comment elle est cette relation. Est-ce qu'elle est symétrique ? Est-ce qu'elle est complémentaire ? Et puis, on doit aussi observer ses propres cognitions, ses propres réactions, comportements parce que c'est important aussi de ne pas se laisser aller, s’il y a un patient qui vient à nous piquer. Justement contrôler ses émotions pour ne pas répondre. Voilà. Dans les techniques de communication ce qui est beaucoup utilisée c'est le questionnement socratique aussi tu l'as peut-être vu aussi ?

Cynthia : Ouai. Ouai, aussi un petit peu.

M.R : Donc je vais peut-être pas détaillé mais l'idée c’est vraiment d'aller chercher de questions en questions, elles sont principalement ouvertes, mais pas forcément, il y a pas mal de questions fermée des fois et puis on va chercher à avancer. Parce que finalement le questionnement socratique c'est d'une certaine manière, on fait croire au patient qu'il a vraiment tous les choix possibles mais on les guide aussi vers quelque chose qu'on cherche.

Cynthia : On l'oriente.

M.R : Voilà donc forcément on va aussi guider l'entretien.

Cynthia : Ok.

M.R : Donc voilà. Tu veux d'autres choses parce que j'en ai plein.

Cynthia : Bah, ça me semble déjà très complet, mais il te reste quoi d'autre ?

M.R : Bah déjà y a tout ce qui est entretien motivationnel. Après je ne vais pas rentrer dans les détails.

Cynthia : Oui.

M.R : Mais l'idée c'est d'amener progressivement le patient à changer de comportement. A le motiver disons à faire quelque chose. Après y a le coping. Le coping c'est l'ensemble des efforts que le patient va faire, va mettre en place pour gérer un stress ou une situation. Donc le coping, il y a plein de classification c'est pareil ce serait trop long de tout définir, mais dans l'idée on va essayer justement de faire en sorte de trouver un coping actif donc des stratégies d'adaptation actives, qu'on va appeler généralement coping adaptatif parce que c'est pas que actif. Souvent c'est de l'actif qui va être centré plutôt sur le problème, plutôt que sur ses émotions … euh … ça va plus être des choses comme ça, Il y a aussi la question du coping évitant ou coping attentionnel.

Cynthia : Ouais, ça j'ai retrouvé dans la littérature. Tout ce qui est coping actif, passif c'est ce qu'on vous trouvait beaucoup dans les articles.

M.R : Ouais après y a le coping évitant et confrontant... mais ça en fait ça dépend, il y a pas de réponse claire. Bref l'idée c'est de se centrer sur le problème et le coping actif. Mais si tu tapes coping adaptatif, tu vas trouver un condensé un peu de ce qui a tendance à être des stratégies adaptatives. Après on a toute la partie sur l'éducation, la psychoéducation et la restructuration cognitive. Bah là ça va être, globalement, comme on pourrait voir de l'éducation aux sciences de la douleur par exemple. Là c'est un peu le même principe sauf que c'est pas forcément dans le sens de la douleur qu'on va éduquer, c'est plutôt la manière de gérer, de discuter de certaines croyances. Voilà ça on en a parlé et la restructuration cognitive c'est vraiment une technique qui est vraiment là pour remettre en question la personne donc c'est ... je te donne les différentes étapes, on va en fait questionner...On va en fait questionner par justement... Notamment les questionnements socratiques. On va chercher à ... Pour te donner un exemple par exemple, c'est une personne qui va te dire « bah moi quand j'ai ces douleurs là et je ne peux pas descendre les poubelles » par exemple, « je me sens vraiment vraiment nul » et du coup-là, on va pouvoir questionner cette pensée-là : je suis nul, je suis bon à rien par exemple. Et on va questionner genre en disant : qu'est-ce qui vous fait croire que ça c'est vrai ? Par exemple. Donc elle va développer çà et là on va dire : qu'est-ce qui pourrait vous faire croire que c'est faux ? Et hop elle va développer l'autre truc et en fait on va chercher comme ça petit à petit à requestionner les choses. On va questionner aussi : quels sont les avantages à penser que vous êtes bons à rien

? Quels sont les ... bon bien sur ça ne sera pas poser comme ça les questions. Et quels sont les inconvénients ? En fait on a pleins, pleins... Si je reprends globalement tout ce qu'on peut questionner.

Cynthia : En fait, c'est mettre le patient face à ses propres questionnements.

M.R : Ouais c'est ça ! C'est au patient. De chercher à ce que le patient se remette en question ! Et donc on va chercher à questionner aussi les alternatives à un moment donné en disant : ça ça pourrait être vrai à cause de ça, ça pourrait être faux à cause de ça, on pourrait avoir tel avantage à penser qu'on peut être nul pax exemple. Donc globalement qu'est-ce qui peut vous faire croire que c'est vrai ? Qu'est ce qui a eu cette idée ? Quelle sont les éléments qui vont vous faire penser que c'est faux ou qui s'opposent à ça ? On peut se dire aussi les autres alternatives. Quelles autres manières vous pouvez avoir pour envisager cette situation ? Est -ce qu'il y a d'autres explications possibles ? On pourrait éventuellement aussi questionner le coté le pire scénario pour donner un peu d'importance : quelle est la pire chose qui pourrait arriver ? Si ça arrivait, comment vous feriez face justement dans cette situation ? Quelle serait la meilleure chose qui pourrait arriver aussi ? On peut aussi mettre de la distance un peu comme ça. Quelle serait la conséquence dans ces cas-là. Qu'est-ce qui pourrait arriver si vous continuez à penser que vous êtes nul ? et évaluer aussi l'impact de cette pensée-là. Tu peux questionner aussi la décentration : là c'est comment vous réagiriez si un ami ou un proche vous disait qu'il était face à cette situation-là ? Là tu le mets dans une position justement de quelqu'un qui justement va chercher une solution pour un ami.

Cynthia : Ouai.

M.R : Donc généralement ça marche bien ça parce que ça lui permet de mettre un peu de distance avec le problème et après tu vas carrément aller sur la résolution du problème. Qu'est-ce que vous devriez faire ? Qu'est-ce que vous pourriez faire ? Après ça c'est une technique qui est très théorique. Là je t'ai donné des trucs très théoriques mais dans l'idée, ça se fait de manière fluide et en kiné c'est vraiment pas la technique la plus utilisée, parce que tu vois bien que là se poser et chercher à discuter des alternatives, des pensées, machin... les patients ils sont pas toujours... d'une certaine manière ils viennent voir un kiné et là ils ont du mal à faire le lien avec la kiné. Donc moi souvent c'est un truc que j'utilise des fois dans un exercice ou au milieu de cette restructuration cognitive... bah justement pour aller chercher justement la résolution du problème ou chercher des alternatives bah en fait on va plutôt faire de l'expérience quoi. On va faire une expérimentation pour lui montrer ce qu'il pourrait faire à la place. Normalement ça marche.

Cynthia : Ouai, ça se fond un peu dans la pratique on va dire

M.R : Après voilà il y a des jeux de rôles qu'on peut utiliser, y a quoi... et bah justement après y a toute la partie sur l'exposition graduelle. C’est une technique qui vient pas forcément des TCC mais qui est ultra utilisée en TCC donc ça je pense que tu en as peut être vu un peu.

Cynthia : Ouais dans les articles ce qui ressortait le plus c'était entretien motivationnel, coping, exposition graduelle, ouais c'était vraiment ce qui ressortait le plus

M.R : Bah exposition graduelle c'est ultra utilisé surtout en kiné j'ai envie de dire. Apres l'exposition graduelle a la base c'est vraiment quand le patient il a vraiment de la kinésiophobie, quand il a peur d'un mouvement. On va vraiment chercher à le mettre graduellement vers des situations de plus en plus compliquées et chercher graduellement à augmenter cette exposition dû à sa peur. Après y a une autre notion qui est beaucoup utilisée en TCC que l'on retrouve sous d'autres termes dans la littérature, en TCC on appelle ça le « pacing » et souvent dans la littérature on voit dans ceux qui font de l'exposition graduelle, ils font aussi souvent ce qu'on appelle de l'activité graduelle et ça en fait c'est la même chose que le « pacing », on prend une activité qui fait pas forcément peur et qui peut faire mal et qui peut être limité par d'autres facteurs : un déconditionnement ou autre chose et on va progressivement, graduellement augmenter ce dosage d'activité et le « pacing » on en trouve de plusieurs types. En fait il y en a de deux types et il y en a qu'un qui a été démontré efficace dans la littérature. Il y a le « pacing » opérant : donc ça c'est avec le coté conditionnement opérant et le renforcement positif donc celui-là a été montré efficace dans la littérature car il se base sur des objectifs à atteindre. Et l'autre c'est le « pacing » de l'observation d'énergie et lui par contre il a été démontré pas utile voire peut-être même délétère parce que c'est un focus vraiment sur les sensations, fractionner toutes ces activités, faire des pauses tout le temps, l'idée de conserver son énergie et ça focus vraiment la personne sur sa douleur et ça a pas été montré très utile. Voilà.

Cynthia : Ah ouai ? Je ne savais pas, ok.

M.R : Et puis après dernière technique qu'on peut utiliser : toute la partie sur le focus attentionnelle : relaxation, « mindfulness », hypnose - moi je le mets dedans mais je sais que c'est conventionnel chez les gens qui font des TCC - mais toute la troisième vague c'est vraiment ... ce sont globalement des outils qui sont très très utilisés surtout en kiné parce que du coup on a pleins de moyens de les utiliser. Là globalement je pense que dans toutes les techniques de TCC, hormis les techniques de communication, les techniques qu'on utilise le plus c'est des techniques de troisième vague, l'exposition graduelle, le « pacing », relaxation, « mindfulness ». Ce sont des trucs que j'utilise beaucoup.

Cynthia : Ok ça marche, bah super. J'ai eu beaucoup de détails, j'adore.

M.R : Bah super. Si tu as besoin de d'autres détails, n'hésites pas parce que du coup-là même sur relaxation, « mindfulness » y a pleins pleins de trucs à dire dessus parce que du coup bah c'est vraiment une partie sur le focus attentionnel. Moi je trouve ça passionnant quand on parle de douleur de parler de focus parce que l'attention est vraiment liée à la douleur et ça peut être différent, ça peut vraiment modifier complétement une expérience de faire de la distraction, ou au contraire de faire du focus plutôt sur la douleur, ça va vraiment modifier l'expérience. Justement il y a pas mal d'études qui se sont intéressées de savoir ce qui était le mieux entre la « mindfulness », thérapie acceptation engagement ou justement on va tendre à accepter la douleur, à faire avec. Elle est présente mais on va faire avec et il y a beaucoup d'auteurs qui se sont intéressé à justement est ce que c'est mieux de faire de la distraction - focalisé sur quelque

chose de différent - ou plutôt un focus sur l'acceptation etc... A l'heure actuelle on a pas de preuves qu'il y en ai un meilleur que l'autre donc c’est intéressant car ce sont des techniques très très différente qui fonctionnent très très différemment mais qui sont efficaces et ça te donne des billes parce qu'après chaque patient est différent et va répondre plus à une technique qu'a une autre.

Cynthia : Ok super ! Et justement, sur la population un peu des patients lombalgiques chroniques, est-ce que t'en as assez régulièrement toi en pratique ou pas ?

M.R : Ouais moi j'en ai beaucoup. Je dirais que c'est une grosse patientèle. Avant j'en avais encore plus. Maintenant c’est vrai qu’en ce moment, j'ai beaucoup de gens qui ont des douleurs cervicales... céphalées mais là en ce moment c'est vrai que j'ai beaucoup de lombalgies. Globalement, je dirais sur le cabinet je dirais que c'est plus de 60%.

Cynthia : Ouais c'est ce qu'on retrouve en vrai. J'ai fait d'autres entretiens et pareil, il y avait vraiment plus de 70% des cas c'était des lombalgiques chroniques.

M.R : Ouais lombalgiques chroniques je dirais 60% et après j'ai un peu de fibromyalgiques, de cervicalgiques.

Cynthia : Et justement, quel type de traitement tu utilises principalement auprès de ces patients lombalgiques chroniques ? Plutôt technique McKenzie ? Ou d'autres techniques renforcement ? Juste pour faire un petit parallèle.

M.R : Alors globalement beaucoup de choses parce que justement l'idée c'est de s'adapter au patient et que ce soit marrant aussi pour lui de venir en kiné. Globalement, j'utilise un petit peu de McKenzie mais j'utilise des mouvements répétés justement parce que je l'ai vu dans certaines formations et ça a été utile notamment pas mal sur la partie... enfin je cherche toujours des mouvements répétés pour voir s’il y a des mouvements qui vont améliorer ou pas, sans forcément me mettre en tête que ce soit McKenzie ou pas. Ça j'en utilise beaucoup. J'utilises beaucoup aussi de renfo aussi, beaucoup de travail aérobie avec des circuits training ou des trucs comme ça pour chercher à être dans le cardio. Je cherchais ce que je voulais dire, chercher vraiment le cardio. Après, j'aime bien aussi incorporer des trucs un peu ludiques. Par exemple, moi je fais du crossfit par exemple et j'aime bien amener pas mal de chose de crossfit et que les gens puissent se dire : « Ah bha c'est cool là je suis en train de faire des mouvements de crossfit c'est quand même costaud. ». Après l'idée, c'est aussi d'aller chercher des trucs un peu en fonction de leurs ressources. Il y a pas longtemps j'ai eu une dame qui était fan d'Harry Potter, elle avait le tatouage mange-mort, elle avait les tee-shirt Gryffondor, Serpentard.

Cynthia : [Rires]. Je vois bien le style

M.R : [Rires] Et du coup on a fait... elle avait beaucoup mal au niveau du bras et tout ça avec de la mécano-sensibilité. Bah on a fait des duels de baguette, des trucs comme ça, l'idée c'est vraiment qu'on soit ludique quoi mais dans l'idée ça reste effectivement des traitements très actif. Après quand on travaille dans les douleurs chroniques, même quand on fait du renforcement on ne cherche pas à renforcer pour stabiliser ou quoi que ce soit on cherche à

amener des réponses neuro physio en fait. Là c’est le principe aussi. On cherche une adaptation. On cherche des réponses avec de l'inhibition descendante, avec de l'hypoalgésie induite par l'exercice. On cherche de la modulation conditionnée de la douleur. Et puis on cherche aussi des fois de la distraction dont on parlait des outils de focus attentionnels y en a qui sont avec de la « mindfulness », hypnose ou des choses comme ça. Y a pleins d'outils qui sont aussi en séance avec un focus sur les sensations, avec du calcul mental en même temps qu'on fait un exercice.

Cynthia : Ouai, de vraiment rendre ça ludique.

M.R : Ouais ça va dépendre du patient mais si on veut distraire on va chercher à distraire et on peut être très varié.

Cynthia : Et justement, auprès de quelle population de patients toi tu utilises le plus les TCC ? Est-ce que c'est auprès des patients lombalgiques chroniques ou pas forcément ?

M.R : Pas vraiment, je dirais que ceux avec lesquels j'utilise le plus c'est les fibromyalgiques parce que c'est clairement ceux généralement chez qui je retrouve le plus de facteurs psychosociaux et de manière d'accroche pour travailler les TCC. Après ça dépend ce qu'on appelle les TCC, là je te dis ça parce que c'et ceux avec qui je vais le plus travailler d'outils différents, on va dire ça comme ça. Après en soit, j'utilise un peu toujours les TCC à partir du moment où je fais de l'exposition graduelle et de l'activité graduelle, mais là où ça me pousse vraiment à creuser dans mes compétences pour utiliser les TCC, là c'est vraiment avec les fibromyalgiques mais voilà avec tous les patients si je peux les utiliser mais c'est souvent quand y a des facteurs psycho-sociaux bien présents et ça on peut le retrouver chez tous les patients douloureux chronique.

Cynthia : Ok et ce que toi tu utilises le plus du coup c'est l'exposition graduelle et est-ce que tu utilises par exemple des métaphores ? Des jeux de rôles ?

M.R : Ouais à fond. Ça c'est tout au long de la thérapie. Même quand on fait des exercices et qu'on peut parler de l'exercice en même temps moi j'utilise les métaphores mais la ou j'en utilise le plus c'est la partie justement éducation, psychoéducation. Dans la partie éducation ou on va échanger sur plusieurs sujets, la douleur par exemple, sur comment gérer la douleur quelque chose comme ça. Donc quand on en parle, bah la justement les métaphores sont omniprésentes pour que typiquement les patients ressortent avec des informations intelligibles, compréhensibles et l'idée si on fait pleins de choses ensemble c'est qu'ils comprennent bien. La métaphore du verre d'eau, je sais pas si t'en a déjà entendu, ou même le système d'alarme ou pleins de choses comme ça, ça j'en utilises beaucoup. Et des jeux de rôles j'en utilise un peu plus rarement mais j'en utilise souvent c'est quand le patient, pour faire un peu de décentrations comme on disait tout à l'heure, bah l'idée c'est justement de le mettre dans un rôle. Donc ça m'arrive des fois de leur dire : est-ce que vous voulez qu'on fasse un jeu ensemble et là on fait des changements de rôle ou justement, pour se mettre dans une situation ou alors je joue le rôle de quelqu'un d'autres et lui il joue son rôle ou l'inverse dans une autre situation, ça peut arriver. Et puis des fois aussi il est pas au courant aussi qu'on fait des jeu de rôles et des fois il va me dire « Là j'ai mal quand je me penche en avant » et là des fois je lui dit « Bah ok, imaginez que

je sois votre patient et que vous êtes le kiné. Et là en fait on part sur un truc ou on va essayer de trouver des solutions même si finalement il est pas kiné. Et des fois aussi c'est par rapport à son métier. Si justement il a du mal à se pencher en avant, justement je vais lui dire « Je suis apprenti menuiser et j'ai besoin de faire ça, est-ce que vous pouvez me montrer comment faire ? » et c'est vraiment chercher à le mettre dans une situation différente dans laquelle il y aura peut-être moins ce rôle de patient.

Cynthia : Ouais c'est génial ça, j'adore ! Ok très bien et justement est-ce que tu as des retours des patients ? Sur des techniques ou des métaphores ou ils font pas tellement de retour ?

M.R : Ils font beaucoup de retour au contraire du coup, c'est très très fréquent que justement j'ai des gens qui par exemple je leur ai dit alors soit c'est dans une séance hypnose soit c'est dans des discussions aux TCC et bah justement il me dise « Ouai la semaine dernière quand vous m'avez dit ça, j'y ai réfléchis toute la semaine parce que ça m'a vraiment parlé ». Des fois c’est des trucs très cons que je dis par exemple : en hypnose par exemple, on utilise des figures de style qu'on appelle le truisme et c'est très vague et très flou. C'est : « et ce qui est fait est fait et ce qui est réussi est réussi » par exemple. Et des fois le simple fait de faire un truc comme ça, ils ont cogité de leur côté et ça a vraiment fait du chemin et puis après les métaphores bah clairement, ils reviennent beaucoup dessus. Souvent ils reviennent, on parle d'un truc et là ils vont me dire : « Ah ouai, comme le verre d'eau » et hop ils reviennent dessus et ça fait des liens. Et du coup ouai, souvent ils font du lien eux-mêmes et des fois c'est des expériences qu'on fait. Moi j'utilise beaucoup... des fois... je leur fais faire... de leur montrer le fait de faire de l'hypoalgésie immédiate par exemple pour diminuer la douleur quasiment instantanément avec un exo, des fois ils reviennent en disant : ah la chaise c'était tellement bien je l'ai faite toute la semaine, c'était super, ça m'a fait réfléchir sur pourquoi j'avais mal etc... Des fois c'est des outils d'imagerie mentale ou sinon on va se visualiser en train de faire le mouvement et ils se rendent compte sans bouger des fois ils ont eu mal ou sans bouger ils ont pas assez d'amplitude. Et du coup c'est des trucs qui font réfléchir sur pourquoi ils ont eu mal et quelles sont les leviers pour aller mieux.

Cynthia : Ok bah c'est super si tu as fait autant de retours positifs, ça encourage à continuer. Alors est-ce que j'ai d'autres questions ? Euh... Par exemple, dans une séance de kiné, je pense que ça prend 30 minutes pour toi aussi ?

M.R : Ça dépend ça peut aller de 30 à 1h30 ça dépend des fois.

Cynthia : [Rires] Ok, tu penses que tu consacres combien de temps, justement à utiliser tout ce qui est communication auprès du patient durant ta séance ? C'est dur à dire mais...

M.R : La proportion elle est énorme parce que du coup la communication c'est pas uniquement quand on est assis. Moi justement j'essaye de faire attention à la communication de A à Z parce que justement l'idée c'est qu'à tout moment la personne se sente écouté et comprise. Et justement, on disait parfois même pendant les exercices, l'idée c'est que c'est pour ça que je les laisse jamais faire des exos tout seul, c'est qu'on puisse échanger, revenir sur les retours qu'ils

ont, leur sensation et globalement la communication ; je dirais que je l'utilises, si c'est pas à 100% c'est 90-95%.

Cynthia : Ok bah top moi j'ai posé toutes mes questions. Est-ce que toi tu aurais des questions ou pas ?

M.R : Non, non, j'ai pas de questions si toi t'as d'autres questions ou d'autres choses à préciser n'hésites pas parce que j'ai pleins de trucs même des articles si tu veux.

Cynthia : Bah écoute, moi je vais analyser tout ça et puis si jamais j'ai d'autres questions mais je pense pas parce que c'était déjà très complet je reviendrais vers toi. Mais pour les articles ça m'intéresse, quand tu auras le temps.

M.R : Ok ça marche.

Cynthia : Bah merci beaucoup.

M.R : Bah pas de soucis.

Cynthia : Et j'ai appris pleins de truc. [Rires]

M.R : Bah super ! Salut.

ANNEXE V : Entretien réalisé avec Mme.L

Cynthia : Bonsoir.

Mme.L : Salut.

Cynthia : Enchantée, Cynthia au téléphone.

Mme.L : Et bah Mme.L, enchantée.

Cynthia : Merci beaucoup d'être présente et d'avoir répondu positivement pour l'entretien.

Mme.L : Pas de soucis, je sais que c'est compliqué...

Cynthia : Ouais, c'est clair. Surtout avec la période actuelle, c'est encore plus compliqué. Alors, je ne sais pas si tu te souviens, je fais un mémoire autour des TCC dans la pratique des masseurs kinésithérapeutes auprès des patients lombalgiques chroniques. Donc voilà. Dans mon entretien j'ai séparé ça avec, au début, une petite présentation personnelle de toi, tes études, ce que tu as fait comme formation, etc. Ensuite, une présentation de la formation que t'as faite en TCC. Et après donc la population de patients que tu vois un peu en pratique et comment tu utilises les TCC en pratique clinique. Et voilà...

Mme.L : D'accord ok.

Cynthia : Alors, est ce que tu peux te présenter ? Du coup, depuis combien de temps es-tu diplômée ? Ou est-ce que tu exerces ? Et puis les formations que t'as faites ?

Mme.L : Alors je suis diplômée depuis 2014 de l'Institut de Nancy. J'exerce en libéral depuis, avec un cours passage en salariat mais quand même. J'ai fait du remplacement jusqu'à décembre 2020. Depuis je suis installée dans mon cabinet à Lyon.

Cynthia : Oh trop bien ! T'as pas mal bougé !

Mme.L : Ouais c'est l'avantage de notre boulot.

Cynthia : Ouais exactement. Et du coup t'as fait la formation TCC il y a combien de temps ?

Mme.L : J'ai fait le DU TCC et douleur chronique de la Sorbonne en 2019-2020.

Cynthia : OK, et du coup, est-ce que tu peux me dire un petit peu en quoi ça consistait ? Par exemple le nombre d'heures un peu ? Quel type de thérapie vous avez vu ou que t'as apprise ?

Mme.L : Ouais, alors, le DU ça reste une approche aux TCC très ciblée, c'est chez les patients douloureux chroniques. La formation aux TCC c'est une formation complète sur deux ans donc on ne peut pas prétendre traiter un patient en TCC. Pas complètement au sens où on l'entend. Qu'est-ce qu'on a fait ? Eh bah déjà on a redéfini le cadre, donc qu'est-ce que la douleur chronique ? Qu'est-ce que les TCC ? Quelles étaient les évidences ? Les preuves relatives aux

traitements par les TCC ? Et après on a commencé à regarder les différents outils qui pouvaient nous être utiles, que ce soit de l'écoute, l'entretien motivationnel, le bilan en TCC et puis après les outils un peu plus propres aux TCC aussi et on a étudié les trois vagues des TCC : comportementale, cognitive et émotionnelle. Voilà on est rentré un petit peu dans le traitement. On a appris un peu à concevoir un programme. Et pour répondre à la question des horaires que j'ai zappé excuse-moi, on a fait un vendredi par mois, entre octobre et juin je crois.

Cynthia : Ok ça marche.

Mme.L : Ça doit faire dix vendredis quelque chose comme ça.

Cynthia : Et l'examen, ça consistait en quoi ? C'était un écrit ou un jeu de rôles ?

Mme.L : On a deux choses sur lesquelles on est examinées : on a une présentation orale à faire. Chaque demi-journée de cours en fait s'est précédée par une de nos présentations à nous où on va introduire le sujet. Donc on a un travail de recherche et de conception d'un mini cours on va dire. Donc ça, ça rentre dans la note et on est évalué sur un examen écrit théorique après.

Cynthia : Ok et toi du coup, si tu devais donner une petite définition des TCC, ce que tu en retiens ce serait quoi ?

Mme.L : Alors waouh... C’est compliqué ça. Qu'est-ce que j'en retiens, euh ...

Cynthia : Par exemple pour quelqu'un qui n'aurait jamais eu de notions ou de formations ?

Mme.L : Que pour moi y'a pas une TCC, il y a des TCC et quand on s'intéresse aux différentes vagues, les trois vagues sont distinctes et traiter un patient en première, deuxième ou troisième vague, c'est vraiment différent. Et je trouve que derrière les TCC on a tendance à oublier que ça peut être aussi vaste et que, du coup, ça peut vouloir tout et rien dire de traiter quelqu'un en TCC. Donc si je dois retenir quelque chose c'est que c'est vaste. Tu as dû t'en rendre compte en lisant.

Cynthia : Ouais clairement. Moi-même, j'ai du mal à définir ce que c'est.

Mme.L : Si vraiment on devait définir, la définition est dans le titre. C'est une thérapie psychologique à mon sens, non … plutôt qui relève de la psychologie, qui va prendre en compte le patient dans sa globalité en se centrant sur les comportements, les cognitions et les émotions. Après, le pourcentage d'un délai, ça va dépendre des vagues, du patient, de ses attentes et de ses objectifs. Après ça dépend du bilan quoi...

Cynthia : Ouais clairement ! OK, super. Et est-ce que tu avais déjà vu en formation initiale ? Est-ce que tu avais déjà eu des notions de TCC ou pas du tout ?

Mme.L : Non, je suis trop vieille pour ça moi tu sais. [Rires]

Cynthia : [Rires]. Mais non mais non …

Mme.L : Non, non on n’en a pas eu à l'école… Même pas abordé...

Cynthia : OK et comment du coup, t'en est arrivé à vouloir faire cette formation et comment t'as découvert tout ça ?

Mme.L : Parce que je me suis intéressée très vite après mon diplôme à la douleur chronique. A creuser le modèle bio-psycho-social, centré sur le patient et à manquer d'outils en fait pour traiter mon patient pleinement. C'est un peu réducteur... mais sortir du coté très biomécanique et donc plus en allant dans le sens de l'éducation, l'explication, la bienveillance de l'empathie, plus j'ai commencé à m'intéresser à cet outil. J'ai commencé par la PNE, l'éducation à la neurosciences, par la « mindfulness » ensuite et puis au fil des lectures je me suis intéressée aux TCC et à l'ACT.

Cynthia : D'accord ça marche. Et du coup tu as juste fait ce DU en TCC ou t'as fait d'autres formations qui peuvent être en lien avec les TCC ou la communication ?

Mme.L : Ouais, ouais j'en ai fait d'autres. J'ai fait les deux formations de Mike Stewart sur la douleur (Know Pain), la formation INK sur la douleur aussi. J'ai fait de l'entretien motivationnel... une formation sur la « mindfulness ». J'en suis à là pour l'instant.

Cynthia : Ah oui ok t'en as fait pas mal. Et du coup, je vais revenir un peu sur la patientèle que tu vois. Tu vois beaucoup de patients lombalgiques chroniques en pratique toi ?

Mme.L : En ce moment, je vois beaucoup de patients maxillo. [Rires] Mais oui je vois des patients lombalgiques chroniques aussi. En proportion, ça doit représenter 10 à 15%.

Cynthia : OK, ça marche et du coup, auprès de ses patients, tu utilises quel type de traitement principalement ? Plutôt un traitement MDT type Mackenzie, les TCC je pense mais en dehors de ça, plutôt du renfo ou autres ?

Mme.L : Ça dépend... [Rires]. Ça dépend beaucoup des attentes du patient. Globalement je vais essayer de me coller au plus proche des attentes du patient tant que c'est de l'actif. Donc si pour lui le graal c'est le MDT, bah tant mieux on commencera par du MDT pour glisser progressivement vers autre chose. Si c'est du pilate et du yoga, je passerais par ça pour aller vers autre chose aussi... donc ça dépend beaucoup des attentes du patient mais globalement je privilégie l'actif.

Cynthia : Oui c'est ce qui est recommandé. Et du coup, les TCC, justement, est ce que tu les utilise qu’auprès des patients qui ont des douleurs chroniques ou tu les utilises vraiment dans ta pratique quotidienne avec tous les patients ?

Mme.L : Dans ma pratique quotidienne avec tous mes patients.

Cynthia : Ok.

Mme.L : Encore une fois pas une thérapie complète mais quelques outils, certaines façons de communiquer.

Cynthia : Est-ce que t'aurais des petits exemples : des jeux de rôles, des métaphores, des mises en situation que tu utilises régulièrement ?

Mme.L : Ouais, alors des choses assez simples. Sur la vague comportementaliste, le simple fait de féliciter en fait c'est une récompense, de réattribuer l'effort ou le mérite ça reste du renforcement positif et ça fait partie des TCC. Et éviter le renforcement négatif, ça c'est un classique qu'on fait avec tout le monde même sans être formé en fait.

Cynthia : Tout le monde ne le fait pas mais oui.

Mme.L : Oui c'est vrai... [Rires] Ouais, des jeux de rôles ou des mises en situation. Je sais que j'aime bien l'écharpe à frange, ça parle aux patients. On en parle beaucoup plus en thérapie brève. De voir qu'une relation ou un jeu se fait souvent à deux et qu'il n'y a pas qu'une seule possibilité de réaction. Aller travailler sur plusieurs réactions, plusieurs comportements et faire ouvrir les yeux sur les différentes possibilités de solution, d'actions qui existent. Les métaphores ou les jeux de rôles en disant qu'est-ce que vous conseillerez à un proche dans la même situation ? Ça c'est un grand classique.

Cynthia : Et justement, est-ce que tu as des retours des patients sur cette façon d'amener les choses ? Cette façon d'utiliser les métaphores ou ces jeux de rôles, est-ce que ça leur parle ? Est-ce qu'ils font des retours ou pas forcément ?

Mme.L : Ouais, ouais. Alors retour positif ou négatif, j'ai eu les deux. J'ai déjà eu des gens qui sont parties de séance.

Cynthia : Ah ouais ?

Mme.L : Ouais... C'est ma faute, j'ai mal évalué. J'ai pas évalué correctement le stade de changement et la personne est partie parce qu'elle n'était pas au stade de changement. J'ai été trop rapide, j'ai eu un échec de traitement parce que du coup ça ne convenait pas, c'était trop dérangeant. Et après, des retours surpris, parce que ce n'est pas forcément ce qui est attendu en kiné.

Cynthia : Ouais.

Mme.L : Après souvent, ce sont des gens qui ont un parcours médical long comme le bras et qui sont prêts à essayer. Et j'ai des retours très positifs avec des patients qui sont même devenus des patients experts et qui contribuent à enrichir ma pratique et qui enrichissent mon livre d'or. J'ai des témoignages de patients qui sont utilisables en pratique par exemple.

Cynthia : Ah c'est top ça !

Mme.L : C'est dur pour eux, mais c'est sympa à faire.

Cynthia : Et de quelle manière cette formation t'as aidé et t'as apporter par rapport à ta pratique avant d'avoir fait cette formation ? Est-ce que tu l'as ressenti dans ta pratique ? Ou est-ce que même avant tu te sentais déjà à l'aise ?

Mme.L : Alors je vais être politiquement correcte et je te donne la vraie réponse après en off si ça ne te dérange pas.

Cynthia : Ok.

Mme.L : Alors... c'est un sujet sur lequel c'est dur d'être à l'aise la douleur chronique parce qu'il n'y a pas de recette, il n'y a pas de solution miracle. T'es obligé d'être ultra spécifique et de changer, de t'adapter. Donc c'est difficile d'être à l'aise, je crois que je pourrais continuer longtemps à chercher des outils et continuer d'en créer d'autres avec les patients. Donc oui ça m'a apporté mais plus sur le côté théorique que pratique. En fait, le cursus en deux ans, m'aurait complètement plu parce qu'on aurait été plus loin et au bout des choses et là il y avait presque un goût de pas assez.

Cynthia : Ok je vois... Ouais c'est assez court comme formation 10 vendredis.

Mme.L : C'est ça... Ouais donc ça a aidé mais ça manque encore. Et on a le cadre libéral où on se demande, on se pose la question : est-ce que ça relève du kiné de faire des TCC ? En centre, en structure, je comprends car on est une équipe pluriprofessionnelle. Dans le cadre du libéral, mener une thérapie TCC intégrale par un kiné je ne sais pas si c'est pertinent.

Cynthia : Ouais justement c'est ce qui m'intéressait vraiment. Est-ce que c'est dans notre décret de compétences, quelles sont les limites ?

Mme.L : J'ai déjà eu ce débat avec un étudiant l'année dernière où il y a deux ans. Ça dépend de ce que tu traites, ça dépend de l'objectif du patient à mon sens. Un patient qui vient pour une kinésiophobie et que tu traites avec des TCC pour sa kinésiophobie. Super ! Pourquoi pas ? Vraiment. Si c'est adapté, si c'est attendu pourquoi pas ? Si tu commences à le traiter pour de l'adicto, clairement ça ne fait pas partie de notre champ de compétence. Ou une phobie tout autre. Donc c'est là où c'est compliqué. Tant qu'on agit sur de la fonction du mouvement, on est sur notre champ de compétence. Quand on commence à aller travailler sur le burn out euh...

Cynthia : L'anxiété.

Mme.L : L'anxiété, les phobies générales, l'addiction... C'est plus de notre champ de compétences. Donc il faut faire la part des choses et réattribués. Ça ne veut pas dire que ça ne doit pas être traité, c'est juste qu'on doit référer. Et en fait savoir identifier pour référer, on est bon pour ça normalement. Et c'est agréable de pouvoir travailler avec quelqu'un qui prendra en charge pour ça.

Cynthia : Clairement, je partage aussi cet avis. OK, super, ben, on arrive au bout de mes questions. Est-ce que toi, tu aurais des questions ou des choses à me demander ?

Mme.L : Non là je crois que c'est pas mal.

Cynthia : OK, bah super, merci beaucoup. Je vais analyser tout ça.

Mme.L : Ouais ça marche. Si tu veux on prend 5 minutes pour discuter.

Cynthia : Ouais pas de soucis. Du coup, t'as déjà eu d'autres entretiens avec d'autres étudiants sur ça ?

Mme.L : Oui, oui, oui. En ce moment j'en ai fait pas mal. Je crois que c'est l'année dernière que j'ai dû faire les TCC et on a eu ce débat avec la jeune. Parce que tu sais très bien pourquoi tu ne le fais pas, parce qu'en fait ce n'est pas mon boulot. Et c'était vraiment compliqué mais je comprends, quand tu es avec les patients c'est compliqué de faire la part des choses parce que tu t'attaches. Tu te dis que tu pourrais intervenir là-dessus mais en fait ce n'est pas mon boulot d'intervenir et c'est dur de se le répéter.

Cynthia : Et du coup, ça t'es déjà arrivé de de référer face à des patients ou tu te sentais impuissante et notamment sur ces sujets-là : anxiété.

Mme.L : Oui tout le temps. Enfin… Une fois par semaine au moins… On n'en a pas parlé mais en fait j'utilise pas mal la baguette magique. Si demain, vous pourriez voir trois choses qui changent dans votre vie, qu'est-ce que ça serait ?

Cynthia : Ah j'aime bien cette image-là.

Mme.L : Et quand un moment ils te disent : ma vie de couple, l'argent que je gagne et me réconcilier avec mes enfants. Et bah peut être que la priorité actuellement ce n'est pas de la kiné. Et je comprends. Mais on n'aura jamais les résultats nécessaires et suffisants en kiné pour que la personne se retrouve quand déjà il y a autant de choses à régler à côté.

Cynthia : Ouais clairement, je pense également la même chose. Et souvent les patients se livrent à toi dès le départ ou c'est plutôt en fin de séance ?

Mme.L : Non je le fais vite. Sur la première séance on ne parle quasiment pas. Après des fois il faut aller extraire différentes informations, mais vu qu'ils n'aiment pas les blancs ils remplissent les blancs. Voilà ça ne marche pas toujours... La TCC ça reste quelque chose de très engageant avec beaucoup de changements donc il faut y être prêt et y être engagé, on ne peut pas l'imposer.

Cynthia : Ouais clairement il faut se sentir prêt. Il faut que le patient soit d'accord pour suivre la thérapie et ça dure quand même un peu longtemps.

Mme.L : T'es partie sur quelques semaines. Comment ça se fait que tu te sois intéressée à ça du coup ?

Cynthia : On en a parlé un peu à l'IFMK. Ils nous ont parlé des TCC et justement comme quoi c'était bien référé dans la littérature et ça avait fait ses preuves auprès des patients lombalgie chronique. Moi je me suis dit, c'est trop cool ça m'intéresse mais est-ce que vraiment on est compétents ? Et les limites dans tout ça. C'est pour ça que je voulais faire les entretiens.

Mme.L : Pour les études quand ils parlent de TCC de manière générale ils parlent de la vague cognitiviste des TCC, de la deuxième vague la plupart du temps. Et quand on veut parler de la

troisième vague, on va parler d'ACT. Souvent ! Je ne comprends pas comment quelqu'un peut travailler dans la deuxième et troisième vague car elles ne reposent quand même pas sur les mêmes principes. La deuxième vague, qui est la vague cognitiviste, est celle qui est la plus étudiée car c'est carré mais quand tu regardes les études et les critères d'inclusion y a de quoi sourire. Ex : A St Antoine, les patients qui sont suivis au centre de la douleur par exemple, ils ne prennent que les patients qui peuvent se déplacer par leurs propres moyens. Et donc tu retires tous les gens qui sont en incapacité totale. Et donc des fois tu te retrouves avec des biais ou tu te dis ce n'est pas les mêmes que j'ai au cabinet moi donc t'as des biais sur certaines études et parce que les protocoles sont carrés souvent c'est des séances de groupe et on est plus proche des programmes de PNE que des TCC.

Cynthia : Oui et j'ai retrouvé pas mal dans les études le fait que ce soit administré par des psychologues.

Mme.L : Ouais par des médecins. Ouais c'est vraiment compliqué où les kinés sont intégrés pleinement, parce que si tu veux, les kinés seront intégrés que pour la gestion des comportements. Je te la fait rapide mais la conception d'un programme en TCC en centre quand il est dupliqué, c'est un programme sur 12 semaines et en gros : 1ere semaine : présentation du groupe ensuite qu'est-ce que la douleur chronique ? (Théorique) Qu'est-ce que les TCC ? (Théorique) Qu'est-ce que l'activité ? Pourquoi c'est bon pour vous ? Les médicaments, la gestion du stress et tu vas te retrouver sur des cours théoriques avec des petits jeux et les kinés vont intervenir sur la gestion des comportements : planning, journaux d'exercices mais l'ensemble et la conception du programme n'ont pas été faite par les kinés.

Cynthia : Ouais ce n'est pas de notre ressort.

Mme.L : Bah non c'est compliqué d'évaluer correctement quelqu'un, de savoir dans quel schéma cognitif il est. C'est des choses sur lesquelles on n'est pas formé correctement. On est capable, on a des outils en TCC, on a des échelles, on a des types de bilans qui vont nous permettre d'évaluer mais je ne prétendrais pas que je suis meilleure qu'une psychologue.

Cynthia : Quelle vague tu utilises le plus avec tes patients ?

Mme.L : Ça dépend des patients. Le comportementalisme je l'utilise pour le renforcement donc ça tout le monde, tout le temps. La vague cognitive c'est difficile je trouve. C'est celle que j'ai apprise. Elle est difficile à mon sens parce qu'elle est contraignante administrativement. Rien que le bilan, il prend bien deux heures. Et tu passes sur tout... sur le comportement, sur les émotions, sur les sensations, sur les imageries, les cognitions, les relations interpersonnelles, les médicaments, les attentes, sur l'évaluation du thérapeute et d'aller creuser. Pas juste des "je ne sais pas", "j'ai mal", pas des mots fourre-tout

Cynthia : Il y a différents bilans pour les différentes phases ?

Mme.L : Ouais pour les analyses fonctionnelles tu as plusieurs échelles, j'utilise souvent la « Basic Idea ». T'en as d'autres : la SECCA, la SOQ celle-là moins souvent. SORQ elle marche aussi très bien car elle est facile à mettre en place, sur du comportementaliste ça marche très

bien par exemple. Sur les patients, je préfère le travail sur la troisième vague ou tu vas travailler vers les valeurs des patients, je trouve ça plus simple à mobiliser. Les valeurs de famille, amis, travail c'est des choses qui parlent à tout le monde donc c'est facile d'aller mobiliser les gens vers cette décision-là.

Cynthia : Ah oui dans mes précédents entretiens ils m'en ont parlé également de ces échelles.

Mme.L : Si tu le fais en première formation de sortie, ou dans les 1 ou 2 ans pourquoi pas parce qu'en fait l'avantage c'est que t'es hyper cadrée et cadrant. Quand t'es déjà sorti du cadre et que tu switches déjà entre les outils parce que tu commences à avoir l'habitude et que tu commences à t'adapter au patient en fait t'as pas besoin.

Cynthia : Super ! Merci beaucoup pour toutes ces informations.

Mme.L : Je t'en prie. A bientôt !

Cynthia : Au revoir, à bientôt

ANNEXE VI : Les sciences humaines et sociales : référentiel de formation de 1989

1.1. *Première année*

MODULE	INTITULÉ DU MODULE	NOMBRE minimum de contrôles des connaissances
1	Anatomie, morphologie, cinésiologie et biomécanique de l'appareil locomoteur.	3
2	Physiologie humaine.	2
3	Pathologie - psycho-sociologie.	2
4	Masso-kinésithérapie. – Activités physiques et sportives.	4

1.2. *Deuxième et troisième année*

MODULE	INTITULÉ DU MODULE	NOMBRE minimum de contrôles des connaissances
1	Masso-kinésithérapie, technologie.	3
2	Psycho-sociologie, réadaptation.	1
3	Rééducation et réadaptation en traumatologie et orthopédie.	3
4	Rééducation et réadaptation en neurologie, anatomie et physiologie du système nerveux central.	2
5	Rééducation et réadaptation en rhumatologie.	2
6	Rééducation et réadaptation en pathologie cardio-vasculaire.	1
7	Rééducation et réadaptation en pathologie respiratoire, réanimation.	1
8	Kinésithérapie en médecine, gériatrie et chirurgie.	1

MODULE	INTITULÉ DU MODULE	NOMBRE minimum de contrôles des connaissances
9	Pathologie infantile.	1
10	Prévention, promotion de la santé, ergonomie.	1
11	Kinésithérapie et sports.	1
12	Législation, déontologie, gestion.	1

ANNEXE VII : Les sciences humaines et sociales : référentiel de formation de 2015

UE 2 : Sciences humaines et sciences sociales		
Semestres : 1 et 2		Compétences 5, 10 et 11
CM : 40 h	TD : 20 h	TP : 90 h
ECTS : 6		

Objectifs

- Appréhender les dimensions humaines et sociales de l'intervention thérapeutique grâce aux connaissances scientifiques et références abordées
- Connaître et maîtriser les principaux concepts mis à disposition par les sciences humaines et sociales
- Connaître, maîtriser et utiliser les théories et les modèles permettant d'éclairer et de comprendre les relations et les pratiques de soins
- Connaître les références scientifiques support de l'UE

Eléments de contenu

- Concepts, théories, modèles et méthodes en Sociologie,
- Concepts, théories, modèles et méthodes en Anthropologie
- Concepts, théories, modèles et méthodes en Psychologie
- Concepts, théories, modèles et méthodes en Sciences de l'éducation
- Concepts, théories, modèles et méthodes en Philosophie et éthique