

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE

UE 28 Mémoire

Promotion :2016-2020

Des mots sur des maux :
L’abord des comptes-rendus d’imageries
médicales chez le patient douloureux chronique.

Laëtitia GRIESEMER

UE 28 Mémoire

Promotion :2016-2020

Des mots sur des maux :
L'abord des comptes-rendus d'imageries
médicales chez le patient douloureux chronique.

Mémoire réalisé sous la direction de **Monsieur Yannick WENGER,**
Masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat

Laëtitia GRIESEMER

Déclaration sur l'honneur

L'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie s'engage contre le plagiat. Conformément à l'article L122-4 du code de la propriété intellectuelle, créé par Loi 92-597 du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

La sanction prise est l'annulation de la soutenance en attendant l'avis du conseil de discipline.

Ayant été informée, j'atteste sur l'honneur ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

À Strasbourg
Le 04/05/2020

Signature :



Engagement étudiant

Je soussignée, Laëtitia GRIESEMER, étudiante en masso-kinésithérapie sur l'IFMK d'Alsace,

- Reconnaît avoir pris connaissance de la charte éthique de l'établissement.
- Accepte les conditions, la réglementation en lien avec la recherche en santé.
- M'engage à respecter l'anonymat des personnes interrogées et à recueillir leur consentement dans le cadre de cette unique recherche.

En cas de non-respect, l'IFMK se réserve le droit à des sanctions, allant de l'avertissement au conseil de discipline.

À Strasbourg
Le 04/05/2020

Signature (après la mention lu et approuvé) :

Lu et approuvé



Remerciements

Merci à mon directeur de mémoire, Monsieur Yannick WENGER, masseur-kinésithérapeute diplômé d'État, pour son aide précieuse, son expertise et son soutien tout au long de ces mois de travail, ainsi que lors des deux stages que j'ai pu effectuer à ses côtés. Il a su m'accompagner des prémices à la finalité de ce projet.

Merci aux participants de l'étude ayant acceptés de m'accorder de leur temps, souvent précieux, et parfois en dehors de leurs heures de travail. Merci pour leurs réponses, leurs conseils et leurs encouragements.

Merci aux tuteurs de stage que j'ai pu rencontrer et suivre au cours de mes stages réalisés depuis mon entrée à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Strasbourg pour avoir su me donner le goût du métier, pour m'avoir encadré avec bienveillance et pour m'avoir transmis leurs savoirs-faires.

Et enfin, merci à mes proches, ma famille, et mes amis, pour leur soutien sans faille et leur présence tout au long de ces cinq dernières années. Une pensée particulière à Agnès, Camille et Naomi avec qui j'ai formé un quatuor d'entraide solide du début jusqu'à la fin. On a ri, on a pleuré, mais on y est arrivées. Merci d'avoir été là.

S o m m a i r e

Introduction	1
I. Matériel et méthodes	7
1. Schéma et caractéristiques de l'étude.....	7
2. Type d'étude et méthodologie utilisée	8
3. Population	8
3.1. Population visée	8
3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude	9
3.3. Sélection et recrutement des participants.....	9
3.3.1. Recrutement des participants	9
3.3.2. Prise de contact avec les participants.....	10
3.4. Caractéristiques des participants retenus	11
3.5. Aspects particuliers de la population et influence possible sur les résultats.....	12
4. Matériel	13
4.1. Annonce du matériel utilisé	13
4.2. Préparation préalable aux entretiens	13
4.2.1. Rédaction et impression d'une grille d'entretien	13
4.2.2. Rédaction de questions de relance	13
4.2.3. Autorisation d'entretien, d'enregistrement audio, et de retranscription des données	14
4.3. Outils utilisés	14
4.3.1. Les questions de recherche et de départ.....	14
4.3.2. La grille d'entretien	15
5. Déroulement des entretiens	15
5.1. Planification et modalités.....	15
5.1.1. Modalités des entretiens réalisés.....	15
5.1.2. Planification de l'entretien.....	16

5.1.2.1.	Date	16
5.1.2.2.	Lieu.....	16
5.2.	Déroulement des entretiens et recueil des données.....	16
5.2.1.	Déroulement des entretiens.....	16
5.2.2.	Recueil des données.....	17
5.2.2.1.	Grille d'entretien	17
5.2.2.2.	Entretiens uniques et non répétés	17
5.2.2.3.	Durées des entretiens.....	17
5.3.	Retranscription des entretiens	18
6.	Analyse des données	18
6.1.	Première lecture	18
6.2.	Choix d'un outil d'analyse : le tableau	18
6.3.	Analyse verticale.....	18
6.4.	Analyse horizontale	19
7.	Détermination des principaux thèmes.....	19
8.	Vérification des participants	20
9.	Aspects réglementaires	20
II.	Résultats	21
1.	Imageries : le 1^{er} abord	21
1.1.	Comment ?	21
1.2.	Quand ?	22
2.	Les patients face à leurs imageries.....	23
2.1.	Se présenter au travers d'une image	23
2.2.	Mon corps, ce fascinant étranger	23
3.	Les croyances des patients.....	23
4.	Réponse spontanée des MK.....	24
5.	Expliquer, une nécessité.....	25
6.	Recours aux études scientifiques.....	27
7.	Changement de vocabulaire	28

8.	Le choix des mots.....	29
8.1.	Le poids des mots	29
8.2.	Le recours aux métaphores	30
8.3.	Les mots « interdits »	31
9.	Adaptation du discours à chaque patient.....	32
10.	Abord des neurosciences de la douleur	33
11.	Rassurer, installer un climat protecteur	34
12.	Confrontation entre compte-rendu & examen clinique	36
13.	Se détacher du papier	37
14.	Oublier la biomécanique.....	38
15.	Pas de diagnostic, mais un pronostic	38
16.	Utilité et utilisation concrète des comptes-rendus.....	39
17.	Cas particuliers où l'imagerie est intéressante	40
18.	Vrai frein ou vrai plus ?.....	41
19.	Impact sur la prise en charge.....	42
20.	Place du médecin prescripteur.....	42
21.	Place des autres professionnels de santé	44
21.1.	Les radiologues	44
21.2.	Les chirurgiens.....	44
21.3.	Les psychologues	45
22.	Place des proches et de l'entourage du patient.....	45
23.	Ce qu'il faut retenir de la littérature.....	46
24.	Réflexions personnelles et perspectives des participants.....	47
III.	Discussion	48
1.	Discussion sur la méthodologie	48
1.1.	Choix du sujet	48
1.2.	Sélection des participants.....	48
1.2.1.	Recrutement inversé	48
1.2.2.	Faible échantillon.....	49

1.3.	Réalisation des entretiens.....	49
1.3.1.	Absence d'entretiens préalables.....	49
1.3.2.	Difficultés lors des 1ers entretiens.....	49
1.3.3.	Phrases coupées	50
1.3.4.	Question de relance trop guidées	50
1.3.5.	Ne pas avoir réussi à recadrer la personne interrogée.....	50
1.3.6.	Disparité dans les durées des entretiens.....	51
1.4.	Grille d'entretien.....	51
1.5.	Premier travail de recherche	51
2.	Discussion sur les résultats	52
2.1.	Un diagnostic avant tout	52
2.2.	Douleur = lésion et lésion = douleur.....	52
2.3.	Prévalence de lésions chez les populations saines et asymptomatiques.....	53
2.4.	Confrontation à l'examen clinique	54
2.4.1.	Le recours aux test cliniques.....	55
2.5.	Les patients accordent de l'importance aux imageries	55
2.6.	Connaissances des patients sur leurs propres corps et sur les imageries médicales	56
2.7.	Les croyances des patients.....	56
2.8.	... plus fortes que la biomécanique.....	57
2.9.	Se présenter au travers d'une imagerie	58
2.10.	Les croyances du thérapeute versus les croyances du patient.....	58
2.11.	Installation d'un contexte protecteur	59
2.11.1.	Rassurer avant tout	59
2.11.2.	Introduction de la notion d'auto-efficacité	60
2.12.	Le changement de vocabulaire	60
2.13.	Le poids des mots	61
2.14.	Adapter le discours à chaque patient	62
2.15.	Recommandations de la HAS	63

2.16.	La place particulière du médecin prescripteur	63
2.16.1.	Le premier interlocuteur	63
2.16.2.	La relation médecin-patient	64
2.17.	Place des autres professionnels de santé	65
2.18.	Une approche bio-psycho-sociale	65
2.19.	L'utilisation des métaphores	66
2.20.	Manque de connaissances des masseurs-kinésithérapeutes	67
3.	Discussion sur les perspectives	68
3.1.	« Ceci n'est pas une pipe »	68
3.2.	L'effet Koulechov	68
	Conclusion	70
	Bibliographie	71
	Liste des annexes	75

Liste des sigles utilisés

- HAS : Haute Autorité de Santé
- IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie
- IRM : Imagerie par résonance magnétique
- MK : Masseur-kinésithérapeute
- MKDE : Masseur-kinésithérapeute diplômé d'État
- PEC : Prise en charge

Introduction

La douleur constitue le 1^{er} motif de consultation aux urgences et chez le médecin généraliste. Quelques 12 millions de Français souffrent de douleur chronique modérée à sévère. Il semblerait pourtant que sur les 12 millions de Français souffrant de douleurs chroniques, 70% d'entre eux reçoivent un traitement inapproprié pour leur douleur. (1)

La sous-estimation de la douleur est un phénomène largement répandu. Cette sous-estimation peut également provenir des soignants, qui élaborent des mécanismes de défense lors de la confrontation avec l'intolérable de la souffrance lorsque celle-ci s'accompagne d'un sentiment d'impuissance de leur part. (2)

Une étude menée en 2017 rapporte que 71% des kinésithérapeutes n'ont jamais suivi de formation spécifique sur la douleur, alors qu'une autre menée cette fois-ci en 2015 avait mis en évidence l'absence de cours spécifiques dédiés à la douleur dans les IFMK français. (1)

L'éducation thérapeutique des kinésithérapeutes dans les douleurs chroniques est un moyen puissant d'amélioration de la qualité de vie des patients et de diminution des frais de santé pour la société.(3)

La France a connu 3 plans de lutte contre la douleur (1998-2000, 2002-2005 et 2006-2010), sa prise en charge est aujourd'hui en peine. (4)

Actuellement encore, la prise en charge de la douleur est en pleine évolution, tant sur le plan réglementaire, comme en témoignent les nouvelles recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé) datant de mars 2019, que sur le plan thérapeutique. (5)

Avant de s'intéresser à sa prise en charge, définissons tout d'abord ce qu'est réellement la douleur. Car comme l'indique l'œuvre(6) de Steve Haines, « *La douleur, quelle chose étrange* ».

D'abord considérée comme le résultat du deuil, de la naissance et des émotions fortes au 8^{ème} siècle avant J-C, la douleur a ensuite été nommée de « *punition divine* » du temps d'Aristote. Elle a ensuite été attribuée aux structures corporelles jusqu'à être à nouveau

qualifiée de « *punition de Dieu* » au Moyen-âge. Descartes, au 17^{ème} siècle, émet la théorie selon laquelle la douleur proviendrait de notre corps, et qu'elle serait transmise au cerveau via nos nerfs, tout comme l'avait déjà fait Galien au II^{ème} siècle. Le 18^{ème} siècle a vu naître la théorie du « *gâte-control* ». Et enfin, aux 20^{ème} et 21^{ème} siècle, sont apparus les termes de « *sensibilité centrale* », « *effet Wind-up* », ainsi que les idées de l'implication du système immunitaire, ou encore de la génétique. (7,8)

La compréhension de la douleur résulte donc de siècles d'hypothèses. Des avancées, des retours en arrière : de grands noms se sont penchés sur le décryptage de ce phénomène.

En 1982, les experts de l'Association Internationale d'Etude sur la Douleur (IASP) formulent une définition de la douleur prête à bouleverser le modèle biomédical établi jusque-là. Selon leurs mots(9), : « *La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle, potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion* ».

Tout d'abord, la douleur y est présentée comme une expérience complexe faisant intervenir à la fois les dimensions sensorielles et émotionnelles. De plus, la réalité de l'expérience douloureuse n'est plus remise en cause par l'absence de lésion tissulaire. En effet, « *lésion tissulaire réelle, potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion* », constitue les prémices d'un nouveau paradigme où la douleur n'est plus forcément associée à une lésion tissulaire. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

La notion de « *douleur* » est à différencier de celle de « *nociception* » avec laquelle elle est souvent confondue. Toujours selon l'IASP(9), la nociception correspond au processus neuronal d'encodage des stimuli nocifs. Les conséquences de cet encodage peuvent faire intervenir le système nerveux autonome (augmentation de la pression artérielle) ou induire des comportements stéréotypés (réflexe de retrait moteur par exemple). La sensation de douleur n'est pas nécessairement à sous-entendre. La nociception n'est ni suffisante ni nécessaire à la douleur.(10)

Paul Ingraham (2011) : « *La douleur se réduit, dans le fond, à l'appréciation que fait notre cerveau de notre état de sécurité : ce qui est dangereux fait mal. Si notre cerveau pense que nous sommes en sécurité, la douleur diminue* ». Ses propos rejoignent ceux du Dr Lorimer

Moseley qui, en 2003, a dit : « *La douleur est une expérience consciente désagréable qui émerge du cerveau lorsque la somme de toutes les informations disponibles suggère que vous devez protéger une partie particulière de votre corps* » (10)

Ainsi, la douleur est le résultat. La nociception est l'un des messages entrants. Tous les messages entrants sont véhiculés via la moelle épinière et sont évalués par les voies supérieures.

Notons que la douleur est une des réponses possibles. La fatigue, le stress, l'inflammation en sont d'autres.

Maintenant que les notions de douleur et de nociception ont été éclaircies, il est judicieux de différencier la douleur chronique de la douleur aiguë.

Une douleur est dite « aiguë » lorsque sa durée est inférieure à trois mois.

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la douleur chronique est définie comme une douleur qui dure ou réapparaît pendant plus de trois mois. Depuis juin 2019, elle figure dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) de l'OMS.

La douleur aiguë a une fonction biologique de protection de l'individu. Elle permet de détecter les stimulations nociceptives susceptibles de nuire à l'intégrité de l'organisme et constitue un signal d'alarme utile qui informe le patient de l'existence d'un dysfonctionnement. La douleur chronique a perdu ce caractère de signal d'alarme utile.

Dans un contexte de douleur chronique, « *La relation entre la douleur et l'état des tissus s'affaiblit à mesure que la douleur persiste* », a déclaré le Dr Lorimer Moseley. Dans cet état sensibilisé, le cerveau reçoit des informations qui ne reflètent plus la véritable santé et les capacités des tissus à l'extrémité des neurones.(10)

Toujours selon Moseley, « *L'intensité de la douleur que vous ressentez n'est pas nécessairement liée à l'ampleur des lésions tissulaires que vous avez subies* ». Et c'est peu dire.

En effet, l'absence de lien de causalité entre lésions observées à l'imagerie et douleur chronique est décrite dans la littérature. Pour preuve, un fort pourcentage de ces lésions sont présentes chez des personnes asymptomatiques. (11–17)

Trouvailles en imageries	Âge (années)						
	20	30	40	50	60	70	80
Dégénération discale	37%	52%	68%	80%	88%	93%	96%
Perte du signal du disque	17%	33%	54%	73%	86%	94%	97%
Diminution de hauteur du disque	24%	34%	45%	56%	67%	76%	84%
Bombement discal	30%	40%	50%	60%	69%	77%	84%
Protrusion discale	29%	31%	33%	36%	38%	40%	43%
Fissure annulaire	19%	20%	22%	23%	25%	27%	29%
Dégénération facettaire	4%	9%	18%	32%	50%	69%	83%
Spondylolisthésis	3%	5%	8%	14%	23%	35%	50%

Figure 1 : Estimations de la prévalence par âge des résultats d'imagerie de la colonne vertébrale chez les patients asymptomatiques (13)

Mises en lumière pour la première fois à la fin du 19^{ème} siècle par un physicien allemand, les techniques d'imageries médicales se sont multipliées ses 100 dernières années. Si bien qu'il est désormais possible de passer au peigne fin l'ensemble de notre appareil musculo-squelettique. En plus d'être un outil diagnostic révolutionnaire, les imageries médicales constituent également un important outil de suivi thérapeutique. (18) La France est considérée comme la vitrine de l'imagerie médicale, elle compte 8 885 médecins spécialisés en radiodiagnostic et imagerie médicale et près de 33 500 manipulateurs d'électroradiologie (Source : Insee)

Cependant, les examens radiologiques (radiographies, IRM etc.) sont nécessaires uniquement quand une cause sérieuse est suspectée (cancer, fracture, infection). Dans un contexte de lombalgie, c'est le cas de seulement 1% des patients. Et pour cause, ces examens vont presque toujours montrer quelque chose, qui est rarement en lien avec les douleurs ressenties. (19)

Des expressions comme « *colonne vertébrale dégénérée* », « *disques dégénérés* », « *gonflement* », « *arthrose* », « *hernie discale* », etc. sont autant d'expressions qui

empoisonnent l'esprit du patient et lui font penser qu'il y a un lien certain entre le dommage physique et la douleur qu'il ressent.

« Penser que nous avons une hernie discale a le potentiel d'augmenter les maux de dos ». Mais que faire si ce savoir que nous avons stocké est inexact. Il en est de même pour la notion d'un possible *« glissement de vertèbre »*. Un disque est si fermement attaché à ses vertèbres qu'il ne peut jamais, jamais glisser. Malgré cela, nous avons la langue et les images pour l'accompagner, et les deux suggèrent fortement que c'est possible. Si bien que les lombalgiques n'ayant pas eu connaissance des résultats radiologiques ont présenté de meilleurs résultats à 2, 4 et 6 semaines. (20)

« Lorsque le cerveau utilise ces informations inexactes pour évaluer le danger pour le dos, nous pouvons prédire avec confiance que penser que vous avez un disque glissé et imaginer un de ces horribles modèles cliniques de disque glissé augmentera votre mal de dos » : Dr Lorimer Moseley.

En ce qui concerne les cervicalgies : *« En cas de première poussée, le traitement symptomatique peut être entrepris avant toute imagerie. Un bilan radiologique est indiqué seulement en cas de résistance au traitement médical bien conduit, d'aggravation clinique ou si la douleur et la raideur sont d'emblée intenses »*(21)

En cas de dorsalgie commune : *« En l'absence de signes neurologiques ou de signes en faveur de métastases ou d'infection, la radiographie du rachis dorsal est rarement utile ».* Cependant, *« l'IRM peut être indiquée lorsqu'une douleur locale persiste ou résiste au traitement, ou en présence de signes suggérant une myélopathie ».* (21)

Dans les faits, bon nombre de clichés radios et d'IRM sont effectués tous les jours. De ce fait, la plupart des patients se présentent aujourd'hui dans les cabinets de kinésithérapie tenant dans leurs mains la fameuse enveloppe.

La confrontation aux imageries médicales et à leurs comptes-rendus relève quasiment du pain quotidien pour le masseur-kinésithérapeute exerçant en milieu libéral.

Ainsi, il serait intéressant de savoir comment aborder au mieux ces comptes-rendus médicaux avec les patients souffrant de douleurs chroniques. C'est par manque de références sur le sujet dans la littérature actuelle que l'auteure s'est proposée de répondre à la question suivante : *En tant que masseur-kinésithérapeute, comment aborder les comptes-rendus d'imageries médicales avec nos patients souffrant de douleurs chroniques ?*

I. Matériel et méthodes

1. Schéma et caractéristiques de l'étude

Afin de répondre au mieux à la question de recherche formulée, une étude qualitative de recherche a été réalisée. À l'issue de la revue de littérature effectuée, et au vu de la question de recherche soulevée, des entretiens semi-directifs ont été réalisés.

En effet, ce type d'étude permet de capturer au mieux le point de vue des personnes interrogées sur différents thèmes. Compte tenu du fait qu'une expérience personnelle est subjective et non objective, un outil d'analyse qualitatif n'aurait pas été approprié.

Une approche qualitative par l'entretien nous a donc semblé être la méthode la plus pertinente pour rendre compte de la réalité de ces situations et du discours mis en place par les masseurs-kinésithérapeutes. De plus, la liberté d'expression laissée au répondant lors de ce type d'entretien permet d'avoir accès à une information de plus forte signification qu'un contenu préstructuré, comme l'aurait été un questionnaire par exemple.

Ce travail s'est réparti sur une période d'un an environ, entre avril 2019 et avril 2020. C'est suite à un stage et à une revue de la littérature réalisée sur le sujet qu'est né le thème de ce travail de recherche. La revue de la littérature a été rédigée en utilisant différentes publications scientifiques anglaises et françaises principalement. Ces articles étaient issus de sites de recherche scientifique tels que *PubMed*, *Cochrane Library*, *Pedro* et *Google Scholar* notamment. Les mots-clés utilisés étaient : *kinésithérapie*, *imageries médicales*, *douleur*.

Parallèlement à ce travail de recherche, la prise de contact avec le directeur de mémoire de ce projet s'est faite dès les premières semaines. Le choix s'est porté sur un masseur-kinésithérapeute diplômé d'état, formateur expert à l'INK (Institut National de Kinésithérapie). Cette étude qualitative et ce travail de recherche ont donc été supervisés par Monsieur WENGER Yannick, masseur-kinésithérapeute exerçant en milieu libéral.

Le protocole une fois conçu, l'étude s'est poursuivie avec le recrutement des participants et la réalisation des entretiens dès septembre 2019. Le schéma suivant permet de résumer les différentes étapes de la construction de ce travail :

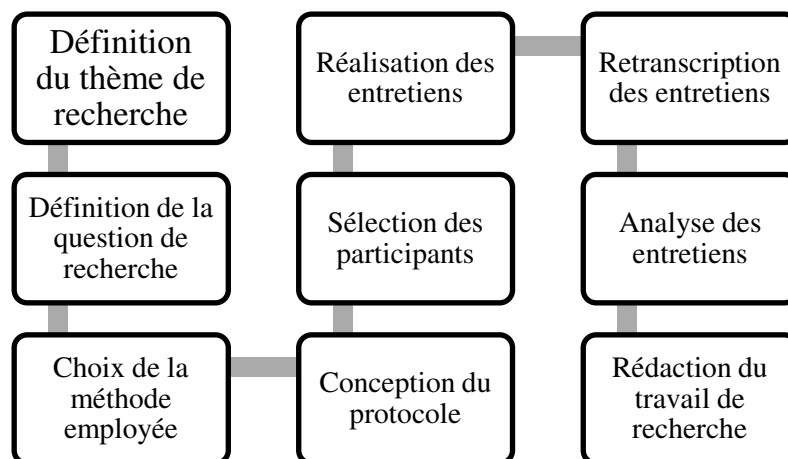


Figure 2 : Déroulement de l'étude

2. Type d'étude et méthodologie utilisée

Cette étude de recherche qualitative repose sur la réalisation d'entretiens semi-directifs. Ces entretiens ont été menés à l'aide d'une grille d'entretien construite et rédigée en amont. La conception de cette grille n'a pas fait suite ni à des entretiens exploratoires ni à des séquences d'observation préalables.

3. Population

3.1. Population visée

La population visée lors de cette étude de recherche qualitative est celle des masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État libéraux exerçant sur le territoire français, spécifiquement formés, ou non, à la prise en charge de la douleur.

3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude

Les *critères d'inclusion* étaient les suivants :

- Masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État
- Exercice libéral
- Territoire français

Les *critères d'exclusion* étaient les suivants :

- Diplôme obtenu à l'étranger
- Autre mode d'exercice
- Expression d'un refus de participation à l'étude

3.3. Sélection et recrutement des participants

3.3.1. Recrutement des participants

La sélection des participants s'est faite via des posts publiés sur différents groupes Facebook. Ces groupes étaient les suivants : « *Gérer la douleur* » et « *Elsass kinés* ».

Le groupe « *Elsass kinés* » a été retenu afin de rentrer en contact avec des masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans un secteur géographique proche. Toutes les spécialités y sont représentées.

Le groupe « *Gérer la douleur* » a été choisi dans le but de rentrer en contact avec des masseurs-kinésithérapeutes s'intéressant plus particulièrement au fonctionnement ainsi qu'à la prise en charge de la douleur.

La publication postée dans ces différents groupes est disponible en annexe. (ANNEXE I)

3.3.2. Prise de contact avec les participants

Suite à cette publication, une vingtaine de réponses venant de masseurs-kinésithérapeutes de tout le territoire français ont été récoltées. La première prise de contact a été réalisée via la messagerie de Facebook. Ce choix a été réalisé pour des raisons pratiques.

Lors des échanges par message, les informations suivantes ont été données aux sujets intéressés :

- Nom et prénom de l'enquêteur
- Qualité de l'enquêteur (étudiant de K4 à l'IFMK d'Alsace)
- Modalités possibles de réalisation des entretiens (rencontre, entretien téléphonique, visio-conférence via Skype)
- Anonymat des participants
- Enregistrement sonore des entretiens

Les participants avaient connaissance du thème de l'étude, de la méthodologie employée ainsi que de la nature du travail (mémoire de fin d'études).

3.4. Caractéristiques des participants retenus

Les participants retenus ont été ceux ayant répondu le plus rapidement et ayant accepté les différentes modalités de réalisation des entretiens.

	Sexe	Age (Années)	Durée d'exercice (Années)	Département d'exercice	Formations suivies
MK1	M	25	2	Var (83)	- McKenzie - Clinique du coureur - Trigger point - Crochetage - K-Tape
MK2	M	35	10	Charente-Maritime (17)	- McKenzie - Clinique du coureur - Préparateur physique - Thérapie manuelle - Formation douleur - Crochetage - K-Taping
MK3	F	30	7	Bas-Rhin (67)	- Micro-kinésithérapie
MK4	M	28	6	Loire-Atlantique (44)	- Formation douleur - Neurodynamique - Ergonomie - Thérapie manuelle - PEC lombalgie chronique
MK5	M	30	8	Haut-Rhin (68)	- Thérapie manuelle du sport
MK6	M	27	5	Côte-d'Or (21)	- Prévention de la douleur chronique - Education à la douleur - Retrain pain - Thérapie manuelle - Explain pain - No pain - McKenzie - PhysioMind - Exercices thérapeutiques - Hypnose - Effet placebos - Sensibilisation centrale

Figure 3 : Caractéristiques des participants sélectionnés



Figure 4 : Répartition géographique des participants de l'étude

3.5. Aspects particuliers de la population et influence possible sur les résultats

La population retenue a été sélectionnée via un recrutement « inversé ». C'est-à-dire que ce sont les participants intéressés par l'étude qui sont venus vers le recruteur, et non pas l'inverse comme il est coutume de faire.

Ce mode de sélection constitue un biais de sélection et peut éventuellement influencer les résultats obtenus de par l'intérêt porté au sujet étudié.

Cet aspect sera développé dans la partie « Discussion ». (III. Discussion, 1.2.)

4. Matériel

4.1. Annonce du matériel utilisé

Le matériel nécessaire à la réalisation de cette étude de recherche qualitative a été le suivant :

- Un ordinateur équipé d'une imprimante, d'un logiciel de traitement de texte et d'une connexion Internet
- Un support d'enregistrement (dictaphone ou téléphone portable)
- Un carnet et un stylo pour la prise de note
- La grille d'entretien en 6 exemplaires
- Attestations pour l'autorisation de l'enregistrement audio et/ou l'exploitation des données orales/écrites en 6 exemplaires.

4.2. Préparation préalable aux entretiens

4.2.1. Rédaction et impression d'une grille d'entretien

Une grille d'entretien a été construite et imprimée sur un support papier en amont de la réalisation de chaque entretien.

4.2.2. Rédaction de questions de relance

Des questions de relance semi-directives ont été rédigées en amont des entretiens afin de pouvoir assurer la fluidité ainsi que le caractère complet des entretiens. Ces questions se référaient à chacun des thèmes et sous-thèmes traités dans la grille d'entretien.

Ces questions de relance étaient à portée de main lors des entretiens en cas de difficultés à rebondir sur certaines réponses.

4.2.3. Autorisation d'entretien, d'enregistrement audio, et de retranscription des données

Un exemplaire de l'attestation pour l'autorisation de l'enregistrement audio et/ou l'exploitation des données orales/écrites a été préparé en amont de chaque entretien. En version numérique ou en version papier selon les modalités de déroulement de l'entretien.

Cette autorisation nous a été fournie par l'IFMK et devait être présentée, remplie et signée par chacun des participants de l'étude. Elle autorise, une fois renseignée, l'enregistrement audio, l'utilisation des données, et garantit l'anonymat du participant. Elle permet également au participant d'imposer une contrainte supplémentaire à l'enquêteur s'il le juge nécessaire.

Un exemplaire vierge de cette attestation est présenté en annexe. (ANNEXE II)

4.3. Outils utilisés

4.3.1. Les questions de recherche et de départ

Ces deux questions figuraient sur la grille d'entretien.

Question de recherche : « Comment aborder les comptes-rendus d'imageries médicales avec les patients douloureux chroniques ? »

Question de départ : « Comment abordez-vous les comptes-rendus d'imageries médicales avec vos patients douloureux chroniques ? »

La question de départ fut celle qui a permis de démarrer les entretiens. Elle s'est voulue générale et ouverte pour laisser place au champ de réponse le plus large possible. Elle a été formulée de la même manière pour tous les entretiens réalisés.

4.3.2. La grille d'entretien

La grille d'entretien (ANNEXE III) a été construite autour de 5 grands thèmes : l'imagerie médicale, la douleur, le discours thérapeutique, les croyances des patients, et les nocebos. Ces mots-clés ont été retenus suite aux différentes recherches effectuées lors de la réalisation de la revue de la littérature. Ces thèmes ont alors été déclinés en différents sous-thèmes allant de 3 à 7 selon les thèmes.

La grille a été construite au fur et à mesure des lectures. La version finale est celle validée par le directeur de mémoire.

Le premier thème de la grille est l'imagerie médicale. Il explore l'abord des comptes-rendus ainsi que l'importance qui leur est donnée et l'impact sur la prise en charge. Le second thème est celui de la douleur : ce thème s'intéresse à la fois aux connaissances du thérapeute et du patient sur le sujet. Le troisième thème est celui du discours thérapeutique employé : le choix des mots et des expressions, la vulgarisation seront développés. Ensuite on abordera la place des autres professionnels de santé non masseurs-kinésithérapeutes dans le discours tenu. Le thème suivant est celui des croyances des patients. Enfin le dernier thème s'intéresse aux nocebos, aux méthodes inadaptées ou improductives.

5. Déroulement des entretiens

5.1. Planification et modalités

5.1.1. Modalités des entretiens réalisés

Les entretiens ont été réalisés de différentes manières selon les disponibilités de l'enquêteur et des participants, ainsi que de la localisation géographique de ces derniers.

Ainsi, sur les 6 entretiens réalisés, 3 ont été réalisés au détour d'une rencontre physique (MK3, MK4 et MK5), 2 ont été réalisés via une visioconférence Skype (MK1 et MK6) et l'entretien avec MK2 a été réalisé lors d'un appel téléphonique.

Aucun tiers n'a été présent au cours d'aucun des entretiens.

5.1.2. Planification de l'entretien

5.1.2.1. Date

La date et l'heure des différents entretiens ont été fixés en fonction des disponibilités de l'interrogeant et des interrogés. Tous les entretiens ont été réalisés entre septembre et novembre 2019.

5.1.2.2. Lieu

Pour les entretiens réalisés au cours d'une rencontre physique, le lieu a été choisi en fonction des participants. Ainsi, ils ont eu lieu soit à l'IFMK (MK4), au domicile du masseur-kinésithérapeute (MK3) ou encore au cabinet d'exercice du masseur-kinésithérapeute (MK5).

5.2. Déroulement des entretiens et recueil des données

5.2.1. Déroulement des entretiens

Tous les entretiens ont été réalisés de la même manière d'un point de vue chronologique :

- Présentation rapide de l'enquêteur
- Rappels concernant l'anonymat et l'enregistrement de la conversation
- Présentation de la question de recherche et de la question de départ
- Réalisation de l'entretien
- Recueil des données concernant le participant (âge, durée d'exercice, formations suivies depuis le diplôme, lieu d'exercice) (Voir figure 2).
- Remerciements au sujet pour sa participation à l'étude.

5.2.2. Recueil des données

5.2.2.1. Grille d'entretien

La grille d'entretien n'a pas été testée au préalable au cours d'« entretiens blancs ». Elle est restée placée près de l'enquêteur au cours de l'entretien, de sorte à ce que la personne interrogée ne puisse pas la lire. A aucun moment le participant n'a donc eu connaissance du contenu de cette grille d'entretien.

5.2.2.2. Entretiens uniques et non répétés

Aucun des entretiens réalisés n'a été répété ou recommencé pour quelque raison.

5.2.2.3. Durées des entretiens

La durée des entretiens avait été préalablement estimée à 30-45 minutes avant le début des entretiens. Les durées réelles des entretiens ont été relevées et sont présentées dans le tableau suivant :

MK	Durée de l'enregistrement (h :min :sec)
MK1	00:18:46
MK2	01:16:38
MK3	01:59:51
MK4	00:32:39
MK5	00:43:24
MK6	00:30:36

Figure 5 : Durées des différents enregistrements

5.3. Retranscription des entretiens

Les entretiens ont tous été réécoutés dans leur intégralité. La retranscription a été réalisée mot pour mot sur différents fichiers de traitement de texte. Ainsi, les tournures de phrases ainsi que le vocabulaire employé est fidèle au discours tenu par le participant lors de l'entretien. Les onomatopées et les moments d'hésitation ont été conservés.

La seule modification ayant été apportée au cours de la retranscription sont la correction des fautes de frappe ainsi que l'ajout de la ponctuation, afin de rendre les données le plus lisible possible.

Un exemplaire complet d'un de ces entretiens est disponible en annexe. (ANNEXE IV)

6. Analyse des données

6.1. Première lecture

Une première relecture des entretiens a permis à l'enquêteur d'avoir une vision générale et globale des idées et des thèmes les plus récurrents chez les différents participants.

6.2. Choix d'un outil d'analyse : le tableau

Pour classer et organiser au mieux les données de l'ensemble des entretiens, il a fallu trouver un outil adapté. C'est pourquoi l'idée du tableau à double entrée a été retenue par l'enquêteur. Chaque colonne du tableau représentait un participant et chaque ligne correspondait à un thème évoqué lors de l'entretien.

Cette mise en forme a fourni une vue générale de l'ensemble des données et a permis de regrouper l'ensemble des données sur un même document sans perdre en lisibilité.

6.3. Analyse verticale

L'analyse verticale des différents entretiens a permis la création des différentes entrées dans le tableau.

Pour chaque entretien, les thèmes abordés ont été classés par ajout de nouvelles entrées au tableau. L'entretien de MK1 a permis d'initier la création de nouvelles entrées, il a permis de servir de trame. Les thèmes abordés par MK1 ont servi de trame à l'analyse de l'entretien de MK2, mais si d'autres thèmes, non évoqués par MK1 ont été cités par MK2, d'autres entrées ont été rajoutées au tableau. Et ainsi de suite pour MK3, MK4, MK5 et MK6. De la même manière, si des thèmes abordés par MK2 par exemple n'ont pas été évoqués par MK3, la case correspondante de MK3 s'est vu rester vierge.

Au fur et à mesure de l'analyse des entretiens, les données collectées dans le tableau ont été surlignées sur le fichier d'origine afin que les données ne soient pas présentes en doublon dans le tableau.

6.4. Analyse horizontale

Une fois toutes les analyses verticales réalisées, une analyse horizontale a été effectuée. La présentation en tableau a permis une réalisation simplifiée de l'analyse horizontale.

Cette analyse a permis de confronter et de comparer les opinions de chaque participant sur les différents thèmes évoqués.

7. Détermination des principaux thèmes

Les analyses verticales et horizontales ont permis de mettre en évidence les thèmes les plus récurrents, mais aussi les thèmes ayant fait débat.

A la vue des conclusions des analyses verticales puis horizontales, les principaux thèmes retenus pour la suite de ce travail ont été :

- Imageries : le 1^{er} abord
- Les patients face à leurs imageries
- Explications aux patients
- Rassurer, installation d'un contexte protecteur
- Confrontation entre compte-rendu et examen clinique
- Place des proches du patient et des autres professionnels de santé

- Ce qu'il faut retenir de la littérature
- Réflexions personnelles et perspectives des participants de l'étude

8. Vérification des participants

Les participants n'ont exprimé ni le désir d'avoir des retours sur l'analyse de leurs données personnelles, ni une envie de vérifier les données qui avaient été extraites de leurs entretiens respectifs. Cette proposition avait été émise par le recruteur à l'issue de chaque entretien. Cependant ils ont évoqué le souhait de l'envoi en version numérique de l'ensemble du document une fois la soutenance effectuée.

9. Aspects réglementaires

Aucune information concernant l'identité des participants n'a été ou ne sera divulguée. Les données obtenues lors des entretiens ont été entièrement anonymisées en effaçant l'ensemble des informations permettant d'identifier le participant ou l'un des patients évoqués lors de l'entretien. Ainsi, les lieux précis d'exercice, les noms de confrères, de médecins prescripteurs, de patients ou d'autres professionnels de santé ont été retirés.

Le consentement écrit du participant a été recueilli au début de l'entretien par la signature du formulaire (ANNEXE II).

Ces documents n'apparaissent jamais dans ce mémoire de recherche.

II. Résultats

1. Imageries : le 1^{er} abord

1.1. Comment ?

Les participants interrogés sont quotidiennement confrontés à de nouveaux patients qui viennent au cabinet avec leurs imageries. Quatre des six participants de l'étude disent consulter les imageries de manière systématique. Elles sont soit présentées spontanément par les patients, soit demandées par le MK.

S'ils ne sont pas présentés de façon spontanée par le patient, MK2, MK3, MK4 et MK5 abordent le sujet : *« Je leur demande déjà simplement : Est-ce que vous avez une imagerie ? », « C'est vrai que moi je dis toujours aux gens de ramener leurs clichés s'ils en ont », « En général, quand j'ai un nouveau patient qui arrive, je leur demande de venir avec les résultats d'imageries les plus récents. Et même s'il n'y en a pas eu récemment, de reprendre tout ce qu'ils ont eu, tout ce qu'ils ont en stock en résultats d'imagerie », « Quand un patient arrive avec des douleurs chroniques, il n'arrive pas toujours avec l'imagerie mais systématiquement moi je leur demande toujours. Je ne demande pas à ce qu'elle soit faite si elle n'est pas faite, mais quand elle est faite, s'il oublie à la 1^{re} séance, obligatoirement qu'il la ramène à la 2^{ème} ou à la 3^{ème} séance ».*

Pour deux des participants interrogés, les imageries ne sont pas forcément un passage obligé lors du bilan initial. C'est le cas de MK6 : *« Ce n'est pas forcément le 1^{er} truc sur lequel je vais m'attarder. »*. MK1 quant à lui : *« Je te dirai même que les patients sont surpris que je ne les regarde pas. »*, il ajoute même *« alors c'est la vie de libéral, quand t'as trente minutes, tu fais ton bilan clinique c'est vrai que des fois t'oublies de les regarder. »*

Mais tous s'accordent pour dire que leur comportement dépend beaucoup de la façon dont les patients leur présentent ces imageries. MK1 nous dit : *« Déjà tout va se passer dans les premières minutes, secondes avec ton patient, comment il va te les présenter. »*, MK6 : *« Ça dépend beaucoup de comment les patients me les présentent. Certains ils me les mettent, c'est la première chose qu'ils me donnent, limite ils me les tendent en arrivant ; ils me tendent leurs images. »*

Cependant MK5 et MK6 s'accordent pour dire qu'ils ne demandent pas à voir des imageries, sauf en cas de suspicion de pathologie(s) sous-jacente(s) plus grave(s) : *« Si elle n'a pas été faite l'imagerie, je ne vais pas forcément systématiquement demander, renvoyer vers le médecin pour en faire, sauf si je trouve des drapeaux rouges ou des choses comme ça dans le bilan initial, là évidemment on renvoie chez le médecin. Mais sinon, moi je ne demande pas systématiquement dans ma pratique. », « Si les patients ne me les tendent pas je ne les réclame pas. Sauf si cas particulier en fait. Parce que, dans des cas, on peut avoir des hypothèses cliniques, ben justement des pathologies graves comme, qui nécessitent des soins différents. Comme par exemple une myélopathie cervicale. »*

1.2. Quand ?

Tous les participants de l'étude ne procèdent pas de la même manière. Les comptes-rendus sont soit consultés en amont soit en aval de l'examen clinique et de l'anamnèse du patient.

Ainsi, MK2, MK3 et MK4 m'ont confié consulter les imageries médicales avant d'entamer un examen clinique ou de restituer l'anamnèse du patient. MK5 confie : *« Je ne sais pas comment font les autres que t'as déjà vu, s'ils regardent l'imagerie au départ de la consultation ou non, c'est vrai que moi j'ai pris l'habitude de regarder tout de suite l'imagerie au début de la séance. »* ; il ajoute cependant : *« Ce qui n'est pas forcément une bonne chose puisque ça peut influencer sur, ça peut créer un biais dans ton bilan clinique ou tu vas chercher un peu à retrouver ce que t'as vu, c'est toujours la facilité. Mais bon au moins ça permet de l'avoir quand même déjà en tête et comme dit de pouvoir rebondir dessus s'il y a quelque chose qui n'est pas cohérent. »*.

Pour les deux autres MK interrogés, la consultation des imageries se fait uniquement après examen clinique et après anamnèse. MK1 explique : *« Je ne commence pas par ça. Je leur fais comprendre que c'est mon test clinique qui prône l'imagerie, et pas l'inverse. »* Il en est de même pour MK6 : *« Quand j'ai vu [à l'examen clinique] qu'il n'y a absolument rien du tout d'important ou de grave, je les oublie. Je ne m'y intéresse quasiment pas. »*

2. Les patients face à leurs imageries

2.1. Se présenter au travers d'une image

Chaque patient a son individualité, mais cependant les témoignages relevés chez les six participants se rejoignent pour dire que les patients se présentent avant tout au travers de leurs imageries avant de parler de leurs propres ressentis.

MK1 nous dit : *« Tu as le cas extrême du patient qui vient te voir, il ne te dit même pas ce qu'il ressent, il te dit : j'ai une discopathie dégénérative L4-L5 à gauche avec une protrusion... Donc en fait il ne fait que lire le compte-rendu. »*. *« Ce qui se passe des fois c'est qu'ils te les donnent en te disant : Tenez voilà comme ça vous comprendrez ce que j'ai »*. MK2 nous cite : *« Et là les patients me disent : « j'ai une énorme hernie en L3 L4 » par exemple. »* Ou encore MK4 : *« on a des patients qui sont persuadés que leurs imageries reflètent ce qu'ils ont et que c'est grave »*.

2.2. Mon corps, ce fascinant étranger

Les MK interrogés au cours de cette étude ont souvent relevé l'intérêt porté par les patients à ces clichés, représentatifs d'un corps qu'au final ils ne connaissent que très peu pour la plupart.

MK3 rapporte : *« Souvent ils sont déjà intéressés, parce que ouais le corps humain c'est toujours un peu fascinant quoi »*. Plus loin il ajoute : *« Alors déjà il y a des gens qui ne savent même pas ce que c'est un tendon, ou alors ils s'imaginent un truc. Ils se disent « ouais tendon c'est le ligament ». Non ce n'est pas un ligament ce n'est pas pareil. »*

3. Les croyances des patients

Il a été relevé que les patients associaient leurs douleurs aux lésions perçues à l'imagerie. MK4 confie : *« Par exemple on va avoir des personnes douloureuses chroniques qui vont passer des radios par exemple pour le dos et qui vont dire : Ah ben on m'a dit que j'avais*

de l'arthrose et que c'était normal que j'ai mal », MK5 rapporte quant à lui : « Donc souvent quelqu'un qui avait fait une IRM, qui avait vu une hernie, il l'a associée à sa douleur, et pour lui c'est fichu, ça va faire que s'aggraver ».

MK4 soulève également le cas d'un patient douloureux dont les imageries ne révèlent rien d'anormal : *« il y a des patients, c'est un peu plus rare, on fait plein d'imageries, on ne trouve rien. Mais le rien n'est pas corrélé selon eux : Ce n'est pas possible qu'on ne trouve rien, j'ai quelque chose, ce n'est pas normal que j'ai mal. »*

MK4 introduit également la notion de catastrophisme : *« Du coup en fait on va commencer à avoir du catastrophisme et à détériorer la représentation que le patient a de lui-même et de sa pathologie dans l'avenir en fait, une difficulté à se projeter, dans sa situation professionnelle, sportive donc ouais voilà les influences qu'on va avoir de ses croyances véhiculées par ses comptes-rendus d'imagerie ».*

MK5 a aussi relevé le lien créé entre lésions et douleurs chez ses patients : *« Il faut un peu déconstruire l'association entre la lésion en imagerie et la douleur vécue, qui pour eux est un lien direct, sans chercher à réfléchir ».*

MK2 conclut sur le sujet en disant : *« À partir de là s'il a toujours cette croyance-là, on n'avancera pas dans notre traitement. Il faut que la personne comprenne vraiment que son problème vient du cerveau et que son cerveau surinterprète toutes les informations qu'il a. »*

4. Réponse spontanée des MK

Que répondre spontanément aux patients lorsqu'ils se présentent à nous en récitant une liste de symptômes ?

MK1 dit arrêter assez rapidement le patient : *« Déjà ce genre de patients, je leur dis direct : « Stop ! ne dites pas ce qu'il y a écrit dans le compte rendu, dites-moi où vous avez mal, tout simplement, qu'est-ce qui vous arrive, où avez-vous mal ? ».* Le but pour MK1 est de recentrer le patient sur sa douleur et non plus sur le bout de papier qu'est le compte-

rendu :« *Donc voilà, tu les recadres un peu plus, tu arrives à plus les concentrer sur leur douleur que sur un bout de papier.* ». En parlant du compte-rendu il dit : « *Non non non, je vais le mettre de côté, je vais faire mon bilan clinique et on va voir si votre compte-rendu valide ce que je teste, et pas l'inverse, et pas est-ce que mon test valide l'imagerie ?* »

MK2, quant à lui, interroge le patient sur ses connaissances : « *Et là je leur dis : Qu'est-ce que vous savez de ça ? Est-ce que ça vous inquiète des choses comme ça ? Et après là-dessus le patient réagit, donc déjà j'ouvre le discours* ».

MK4 fait quant à lui intervenir le ressenti du patient lui-même avant de consulter les imageries et leurs comptes-rendus : « *Avant même de les regarder je leur demande : Ok, qu'est-ce que vous pouvez me dire sur les imageries qu'on vous a faites ? Qu'est-ce qu'on vous a dit ? qu'est-ce que le radiologue vous a dit ? Qu'est-ce que vous en avez retenu ? Et qu'est-ce que vous en pensez ?* »

MK4 rajoute : « *Ce que je leur demande c'est : Qu'est-ce que vous a dit le radiologue ? Ou qu'est-ce que vous a dit le médecin ? Et donc je leur demande après ce qu'ils ont ressenti. En général une question que je pose c'est : Bon, on vous a pas fait trop peur ?* »

MK4 introduit la notion de croyances : « *C'est la représentation du patient que je cherche à avoir. Ce que je vais demander c'est : « quelle métaphore vous avez reçu ? quel sentiment on vous a amené, quelles croyances on vous a inculquées au cours de vos résultats d'imageries ?* »

MK5 interroge lui aussi les patients sur leur compréhension de la situation : « *En général déjà je demande ce que lui il en a retenu. Déjà parce que parfois ce sont des examens qui datent de plusieurs années* »

5. Expliquer, une nécessité

Les MK interrogés soulèvent la nécessité d'apporter des explications aux patients. Car bien souvent ils constatent que rien ne leur avait été expliqué jusque-là.

MK3 relate : *« Les patients parfois ils me disent : « oui donc euh c'est voilà les termes médicaux je ne comprends rien ». « Je leur dit : Ah on vous a un peu expliqué ce que vous avez ? Et souvent, je dis bien souvent, allez deux fois sur trois, on me dit « non », alors soit parce qu'ils ont de toutes façons ils avaient plus de rendez-vous avec le médecin de prévu, donc la radio a été faite, ils viennent chez le kiné. Ou alors ils avaient rendez-vous chez le médecin avant d'avoir les clichés ». « Et du coup, alors bien souvent ils me disent : Non on ne m'a pas expliqué ».*

MK3 rajoute : *« Et pareil on n'explique pas vraiment aux gens. Alors ouais : « vous avez une tendinite ». Alors déjà il y a des gens qui ne savent même pas ce que c'est un tendon, ou alors ils s'imaginent un truc. »*

En parlant du médecin prescripteur, MK5 nous livre : *« il y en a qui vont prendre le temps d'expliquer, mais souvent quand les gens arrivent avec leurs imageries, ils n'ont pas compris, ils n'ont pas compris ce qu'ils avaient, ils ont vu les mots marqués en noir dans la conclusion, mais personne n'a pris le temps de leur expliquer. ».*

MK5 y voit un réel intérêt, et une réelle différence une fois les explications faites : *« Par contre quand certains [Les médecins prescripteurs] ont pris le temps de leur expliquer, et là c'est déjà un petit peu plus facile avec ces gens-là. Parce qu'ils ont peut-être déjà plus ou moins vu et compris qu'il va pouvoir y avoir une amélioration, une évolution possible. Mais globalement quand on prend le temps de leur expliquer, ils adhèrent et je trouve que majoritairement les gens ils s'intéressent aussi, parce qu'au final c'est quand même eux, c'est leur problème, ça les concerne, c'est leur corps, [...], ça les intéresse qu'on leur explique déjà comment ça fonctionne normalement, et pourquoi là ça ne fonctionne pas normalement. Ils sont assez intéressés et ça par contre pour le coup je trouve que c'est utile quand on met des exercices en place après. Parce que si la personne sait pourquoi elle va les faire, sait ce que ça va améliorer comme paramètre, ben elle va adhérer beaucoup plus facilement ».*

6. Recours aux études scientifiques

Trois des six MK participants nous ont confié avoir recours à des études scientifiques sur le sujet pour étoffer et illustrer leurs explications.

MK1 rappelle que beaucoup de sujets asymptomatiques présentent ces lésions dans la population générale : *« Alors j'arrive assez bien à leur expliquer, il y a une étude, ils ont pris une population et ils ont regardé ce qu'ils avaient dans leurs dos en fonction de l'âge. Ben en fait il y a un nombre vachement important de protrusions asymptomatiques au cours de l'âge. Et on sait à peu près qu'à l'âge de trente ans, une personne sur trois présente une protrusion discale, et elle est totalement asymptomatique. Et je me sers souvent de cet exemple-là. »* Ou encore : *« Ben vous savez quoi ? Il y a déjà 30% des gens de notre âge qui ont la même chose que ce que vous voyez à votre radio et qui ont pas mal. Donc est-ce que ça veut forcément dire que c'est ce qu'il y a sur l'image qui vous fait mal ? Si autant de monde l'a sans avoir mal, c'est que ça peut venir d'autre chose ».*

MK2 également leur montre les études qui ont été faites sur le sujet : *« Donc là-dessus déjà, soit ils tiquent soit ils ne tiquent pas et vont te répondre : « Ah ouais d'accord donc je ne m'inquiète pas pour l'imagerie » donc là dans ce cas, c'est facile et puis tu en as d'autres qui restent sur leurs idées. »* Il ajoute : *« J'utilise les revues systématiques. Il y en a une qui est très visuelle, je n'ai pas le nom là. En fait ils ont fait ça sous forme de schémas un petit peu avec toutes les pathologies des imageries avec les différentes tranches d'âge. Ils ont mis en face de ça des pourcentages de gens qui ont vraiment ces affections-là mais qui n'ont pas mal du tout. »*

MK2 propose également de varier les supports : *« Tout ça tu le référencies, tu as tous les articles possibles et imaginables, c'est souvent en anglais donc pour les patients ça pose problème, après tu as des vidéos, tu as des podcasts, il y a pleins de trucs comme ça à leur proposer. Et au bout de cent informations qui vont dans le même sens, le patient il a tendance à te croire ».* *« Donc je leur donne la référence, ils vont regarder etcetera etcetera. Et puis là-dessus le dialogue est ouvert et tu commences à prendre en crédibilité. »* Il propose également des supports audiovisuels : *« Ce que je fais beaucoup moi c'est que je leur donne des extraits de bouquins, des vidéos YouTube, et je mets des images sur ce que je leur raconte. »*

MK4 a aussi recours à des infographies : *« Notamment moi ce que je fais c'est que je me base sur des résultats d'études qui avaient été mises sous forme d'infographies que j'ai toujours dans un coin secret, un petit raccourci sur mon ordinateur. Donc c'est la prévalence des résultats d'imageries en population saine en fonction de l'âge ».*

MK6 dit aussi avoir recours à des infographies, il explique que ce format constitue un « argument d'autorité » : *« Alors, je me sers des infographies pour faire passer certains concepts. Parce que c'est une sorte d'argument d'autorité. Une fois que c'est mis sous forme d'infographie ça n'est plus mes paroles à moi. C'est des paroles sur infographie. Du coup ça devient plus facile de faire accepter ça au patient. Et souvent les gens trouvent ça intéressant, et comme c'est disponible sur internet ça leur permet de revenir dessus un peu plus tard. »*

7. Changement de vocabulaire

Pour tous les participants de cette étude, un point d'honneur est mis au changement de vocabulaire. Le jargon médical étant jugé trop hermétique aux patients.

MK1 relève le caractère nocebo des termes médicaux : *« Ben j'étais très médical au début dans mes explications, mais j'ai vu que c'était très nocébo. Donc j'essaie de vulgariser. ».*

MK2 confie reformuler le compte-rendu d'imagerie : *« L'idée pour moi c'est de changer un peu la sémantique pour dédramatiser un peu l'imagerie. Donc il y a ça, après je change le vocabulaire de ce qu'il y a sur leurs comptes rendus de radio pour éviter de créer de la nociception en plus. Si on reste dans les mots « hernie », « c'est normal que vous ayez mal », « attention à votre dos », « protégez votre dos », en fait la douleur ne passe jamais. » « Donc tous les gros mots je les reformule. Où j'essaye en tout cas. Des fois tu es obligé de les aborder mais tu les reformules le mieux possible. »*

MK3 propose de prendre le compte-rendu ligne par ligne, mot par mot. Il lui arrive également de faire des schémas s'il estime cela nécessaire : *« Alors moi j'explique beaucoup, j'explique en décrivant avec les mains, parfois je fais même des schémas. Moi je rassure toujours, je pose les choses. Et euh ouais du coup quand sur une imagerie tu as le compte-*

rendu, moi je regarde tout, bien sûr je me concentre sur ce qui est en gras, et là ouais je leur explique. Alors souvent moi je prends quand même ligne par ligne. Je leur dis « Voilà il y a marqué lombarthrose, lombarthrose ça signifie qu'il y a de l'arthrose dans les lombaires ». Je leur explique tout ça, ce que c'est l'arthrose »

Après avoir demandé au patient ce qu'il a retenu du compte-rendu, MK5 lui aussi reprend les mots les uns après les autres : *« Donc déjà ce qu'il en a retenu, déjà là à la base il y a des choses qui sont à réexpliquer, à reprendre. Parce qu'ils sont un peu débordés par la masse d'informations qu'il peut y avoir dans le compte-rendu du radiologue et du coup ils retiennent que des gros mots qui seraient pour eux associés à leur douleur et à quelque chose d'inexorable entre guillemets. », « J'aime bien prendre le temps de leur expliquer à quoi ça correspond plus ou moins chaque terme sans rentrer trop dans le détail non plus, leur expliquer à quoi ça correspond ».*

MK6 aussi vulgarise le discours des radiologues qu'il estime mal adapté : *« Sinon je leur dis que les mots sont très compliqués pour définir des choses toutes simples. Et du coup par exemple, c'est comme si on disait pour quelqu'un qui perd un peu ses cheveux qu'il a une « capillopathie dégénérative », c'est juste pour dire qu'il perd ses cheveux quoi. Et des fois c'est ce qu'on utilise dans les termes d'imageries ».* Il veille également à ne pas tenir un discours qui puisse effrayer son patient : *« Je cherche à vulgariser, à rendre ça assez facile à comprendre mais tout en essayant de faire attention à ce que ce ne soit pas effrayant pour les patients. »*

8. Le choix des mots

8.1. Le poids des mots

Chaque mot employé au détour d'une explication peut impacter la compréhension de nos patients.

La notion de l'importance dans le choix des mots employés a été introduite par MK6 : *« Dans une étude de Parker en 2009 il me semble, on avait dit à des patients « Neurologique, ça veut dire quoi pour vous ? » il y en a certains qui disaient « Ah ben ça veut dire qu'il y a*

une tumeur », D'autres qui disaient « mort dans les 6 mois ». Donc si on ne veut pas que le patient ait l'impression de mourir dans les 6 mois, c'est peut-être mieux de pas utiliser le mot « neurologique » quand on s'adresse à lui. »

MK6 nous relate également une de ses expériences personnelles dans laquelle un discours très alarmiste avait été tenu à une de ses patientes : *« Parfois il y a vraiment des personnes qui ne font pas attention à ce qu'elles disent, ou alors qui font attention à ce qu'elles disent et qui sont malveillantes. J'ai une dame une fois on lui a dit, en voyant ses radios cervicales, elle avait vingt ans, « Bon, ben faudra prévoir un fauteuil roulant pour plus tard ». Alors que en réalité pas du tout, juste parce qu'il y avait une rectitude du rachis cervical. Il y avait absolument aucun problème. Son médecin avait tenté de la rassurer, son kiné avait tenté de le faire, moi j'étais remplaçant à l'époque j'avais aussi tenté. Et c'est vrai que c'est compliqué, et deux ans après elle avait toujours mal cette dame-là. »*

8.2. Le recours aux métaphores

L'avis sur la pertinence du recours aux métaphores est partagé au sein des participants de l'étude.

MK2 sort du champ lexical de la médecine dans ses explications : *« Par exemple, l'arthrose je vais plus te dire que c'est un plateau vertébral plus stable, des choses comme ça. Sinon l'arthrose je vais dire que c'est comme les rides de l'extérieur qui ne font pas mal, l'arthrose c'est juste les rides de l'intérieur, ça ne fait pas mal non plus. Des choses comme ça. »*. Il dit totalement supprimer les termes anatomiques dans son discours : *« Je ne leur parle jamais de zone anatomique, je parle toujours d'autres choses, comment t'expliquer ? Par exemple pour parler d'un manque de mobilité du rachis lombaire je prends comme image un tiroir, jamais je ne leur dis : « ton disque il bouge un petit peu en dessous ou au-dessus de la vertèbre », je leur dis : « c'est un tiroir qui a du mal à s'ouvrir et à se fermer ». Tout ça pour ne pas devenir kinésiophobe »*

MK4 confie être moins à l'aise avec les métaphores en ce qui concerne les comptes-rendus d'imagerie : *« Alors en général j'utilise beaucoup de métaphores sur tout ce qui va être éducation à la neuroscience de la douleur pour les patients. Après pour expliquer ce qu'il y*

a sur les radios, je n'ai pas de souvenir d'en utiliser particulièrement. En général je suis très factuel justement avec les patients là-dessus, je pense que les métaphores c'est ce que vont utiliser les radiologues, et c'est là-dessus qu'ils perdent les patients justement ».

Il ajoute : « C'est peut-être ça qui peut faire un peu peur aux patients, c'est-à-dire des métaphores négatives. Alors que là-dessus en général moi je suis très factuel, si maintenant : « vous avez ça, bon la norme c'est ça, vous êtes dans la norme, ce que vous avez n'est pas un problème ». Donc non là-dessus j'utilise pas spécialement de métaphores. J'en utilise beaucoup après pour l'éducation de manière générale, surtout à la douleur ».

MK5 est lui aussi méfiant quant à l'utilisation de métaphores : « Les métaphores, je n'utilise pas forcément trop de métaphores parce que parfois je trouve que c'est trop simpliste. C'est bien de donner des informations que les patients peuvent assimiler rapidement et facilement, mais quand c'est trop simpliste je ne sais pas si c'est lui rendre service parce que, ça va faire naître des idées reçues chez lui plus facilement je pense que si on prend un peu de temps, c'est clair c'est un peu plus compliqué pour la personne à comprendre, mais si on prend un peu plus de temps pour développer les différentes problématiques je trouve que c'est plus bénéfique ».

MK6 nous propose une métaphore qu'il utilise : « Ça m'arrive aussi parfois d'utiliser des métaphores par exemple en leur disant : Ah ben sur une photo de famille, est-ce que vous pouvez dire si les gens sont heureux ou pas ? Et parfois juste avant la photo ils étaient en colère, parfois pour plein d'autres raisons. Et du coup à ce moment-là je leur dis ben c'est pareil sur vos radios. On peut regarder un peu à quoi elles ressemblent mais on ne peut pas savoir s'ils sont contents ou s'ils ne sont pas contents. Si vos disques ils vont bien, s'ils sont heureux ou pas heureux ».

8.3. Les mots « interdits »

MK2 estime qu'il y a des mots ou expressions à bannir : « Toutes les expressions qui vont créer un potentiel nocebo il faut les éviter. Donc tous les mots comme « hernie », « arthrose » tous faut les éviter en fait. Pour parler d'hernie discale tu dis : « bah vous avez un hamburger sur lequel vous avez un peu trop croqué vers l'avant » par exemple. Pour

l'arthrose je dis que : « c'est encore plus stable en fait », pour la dégénérescence discale je dis « que c'est des rides, et que les rides ne font pas mal ».

A propos de l'origine de la douleur, : « Moi je ne leur dis pas que c'est dans leur cerveau. Alors j'ai fait la bêtise de leur dire, et je me suis rendu compte qu'il y avait quelques patients qui ne revenaient pas. Et pour en avoir parlé avec eux après : « ouais nan vous m'avez dit que ma douleur c'était dans ma tête, vous ne me croyez pas », donc j'ai vite arrêté de m'exprimer comme ça ».

9. Adaptation du discours à chaque patient

Bien que des pistes de réponses peuvent être données, le discours utilisé doit être adapté au mieux à chaque patient.

MK2 met un point d'honneur à adapter son discours à l'environnement de son patient : *« J'essaie dans la mesure du possible d'adapter mes exemples à la personne que j'ai en face de moi. Un cuistot, ça l'impactera plus l'histoire du hamburger qu'un militaire. Tu vois ce que je veux dire ? un militaire j'utiliserai peut-être plutôt le champ sémantique de la guerre plutôt que le champ sémantique de la cuisine. Parce que en fait, à chaque fois que le militaire va se retrouver dans le cadre de son travail, mon image va lui revenir en tête et va stimuler l'aire cérébrale en question. Plus de fois dans la journée en fait. Vu qu'il est toujours dans ce contexte-là, mon histoire va potentiellement lui revenir en tête à chaque fois. Alors que si je lui parle de la cuisine, ça va peut-être lui revenir en tête que à midi. Il faut essayer de contextualiser un maximum pour que la personne s'en souvienne et puis que potentiellement elle le raconte à ses collègues et que ça parle aussi à ses collègues. Et puis s'il en parle à ses collègues c'est que t'as fait une bonne partie du travail ».*

MK3 dit adapter son discours en fonction du niveau de connaissance du patient sur le domaine médical : *« Après ça dépend qui tu as en face de toi. Moi j'explique toujours simplement. Après si tu as des gens du métier tu peux un peu aller plus loin, après souvent ils savent. »*

MK4, quant à lui, introduit la notion d'entretien motivationnel : *« Il faut beaucoup je pense se former sur tout ce qui va être entretien motivationnel, ça c'est vraiment une part*

importante de notre travail, et pour travailler sur l'éducation, et sur la vision du patient et sur justement la lutte contre les croyances, apprendre à parler au patient, ce n'est pas toujours évident. Déjà faut apprendre à l'écouter, et ensuite faut apprendre à lui parler »

10. Abord des neurosciences de la douleur

L'enquêteur a cherché à savoir si les participants abordaient les neurosciences de la douleur avec leurs patients douloureux chroniques. Voici leurs réponses :

MK1 dit ne pas les aborder, il ne se sent pas assez informé et redoute l'impact sur les patients : *« Non parce que ce n'est pas un sujet que je maîtrise à fond, je pense vraiment que déjà juste en parlant d'imageries on les perd, donc si on commence à parler de neurophysiologie de la douleur, c'est le pompon ! »*

MK2 quant à lui aborde ces notions pour introduire celle de la sensibilisation centrale : *« J'ouvre plutôt le débat en leur disant : « Est-ce que vous savez ce que c'est que la douleur ? » et donc là les patients te disent : « la douleur c'est par exemple vous vous cognez, ça fait mal », enfin tu vois tout ce qu'un patient peut te dire là-dessus. Et là toi tu lui expliques un petit peu, moi je leur sors la définition de l'INSERM, donc c'est : « Une lésion, ou pas, liée à un état émotionnel etcetera etcetera », tu connais mieux la définition que moi normalement. »* Il note l'intérêt des patients sur le sujet : *« Là les patients ça commence à les faire réfléchir »*

C'est également par manque de connaissances sur le sujet que MK5 dit ne pas aborder ces notions avec ses patients présentant des douleurs chroniques : *« Très peu. Là aussi c'est par manque de connaissances, clairement. Sur la douleur je pense qu'il y a tellement de choses à savoir et à comprendre que je n'ai pas forcément eu l'occasion de voir, ni dans ma formation initiale, ni dans les formations supplémentaires que j'ai faites. Je ne m'aventure pas trop parce que j'ai peur de dire trop de bêtises en fait. C'est plus par méconnaissance on va dire qu'autre chose. C'est aussi un thème sur lequel il faudrait que j'essaie de me former dans les années qui viennent parce que les patients chroniques c'est central comme souci et si on résume juste la douleur à la stimulation des fibres nociceptives on passe à côté de plein de choses »*

MK6 a quant à lui changé sa façon de faire au cours de ses années de pratique : *« Au tout début de mon diplôme, je faisais des séances complètes d'éducation. J'expliquais pendant 30 minutes comment fonctionne la douleur. Avec plus ou moins l'accord des patients. Puis j'ai arrêté ça parce que ce n'était pas quelque chose qui était bien accueilli je trouvais. J'ai donné des cours d'éducation à la douleur en groupe. En groupe de trois. C'était pas mal en fait, mais souvent le problème c'était que sur les trois en fait, il n'y avait qu'un seul qui bénéficiait, parce qu'il accaparait l'attention de tous les autres. Il parlait, il parlait tout le temps. ».*

Actuellement, MK3 modifie sa manière d'expliquer les choses en impliquant davantage le patient à ses explications. : *« Là actuellement je suis plutôt dans une optique de « Le patient n'a pas besoin de tout savoir », mais parfois c'est peut-être intéressant pour lui d'avoir quelques éléments et donc ça m'arrive de lui faire faire des expériences pour qu'il comprenne certains aspects de la douleur. Par exemple, lui faire sentir ses chaussettes. Du coup je lui demande : « est-ce que vous sentez vos chaussettes ? », souvent la réponse c'est soit « non », soit « ben maintenant que vous le dites ... oui ».*

« Ou après je leur fait faire des tests, comme le test de sommation temporelle, du coup je leur dit ben vous voyez finalement, là ben vous avez une réaction qui devient de plus en plus intense avec le même stimulus, donc forcément, la sommation temporelle c'est donc on pique les gens de manière répété, un pic par seconde, et du coup les gens au fur et à mesure, finissent par retirer leur bras ou leur main, parce qu'ils supportent plus du tout. Et du coup ça sert vachement d'exemple. »

« Ou alors je leur fais faire la chaise et ils voient qu'ils ont de moins en moins de douleurs, ça permet de leur montrer l'hypoalgésie induite par l'exercice. »

11. Rassurer, installer un climat protecteur

C'est le point le plus récurrent dans les discours des participants de cette étude. Rassurer avant toute chose, installer un climat protecteur pour ces patients emprisonnés dans leur douleur chronique.

MK2 positive au maximum la situation : *« Du coup je reste positif le plus possible c'est-à-dire que leur dos va bien, le problème n'est pas anatomique, qu'ils soient rassurés là-dessus. Dans le pire des cas, que leur IRM ou la radio nous permet de voir qu'il n'y a rien de grave toujours dans leur dos, toujours dans cette logique de rassurer. »*

MK3 tient également un discours rassurant avant tout : *« Moi, d'après moi-même, je suis déjà quelqu'un d'assez sensible, je m'inquiète vite pour ma santé, donc moi j'aime les thérapeutes qui rassurent, qui dédramatisent. Donc moi déjà le premier truc, je rassure toujours. »* Il ajoute : *« moi je pars du principe qu'il faut être hyper positif. Les gens ils viennent, ils ont mal, tu leur dis encore « ah c'est grave, le dos est abimé... » enfin c'est horrible quoi »*

MK4 propose un discours semblable : *« Donc ça c'est vraiment la première chose, c'est dédramatiser c'est essayer de mieux expliquer les différentes lésions, et souvent leur faire prendre conscience que c'est pas du tout lié à ça, que leurs douleurs ne sont pas liées à ça et que l'évolution, comme dit encore une fois, est très souvent favorable. »*

MK5 tient également un discours rassurant et anticipe même en proposant une explication de l'évolutivité de ces lésions : *« C'est important et c'est utile d'expliquer les différentes lésions qu'on peut voir, à quoi elles correspondent, comment elles peuvent évoluer avec le temps. Et c'est aussi une façon je pense de rassurer la personne, donc quand le problème est bien identifié, que son évolution on peut plus ou moins la prédire, je pense que c'est assez rassurant aussi pour ceux qui pensaient que, qui avaient accepté qu'il y avait une lésion, que c'était comme ça, qu'ils auraient mal toute leur vie, quoi qu'on fasse, ça n'irait qu'en s'aggravant... »*

MK2 introduit la notion de SIMs (Safe In Me) et DIMs (Danger In Me) : *« Je pense qu'au niveau de la douleur, et qu'au niveau soulagement de la douleur, tout n'est que DIMs et SIMs. », « Donc sur la prise en charge de la douleur, je pense qu'il faut beaucoup penser en DIMs et SIMs. Et en contextes... voilà. Mais déjà si tu raisones comme ça, que tu fais passer les imageries de DIMs à SIMs, que tu réussis à faire passer une partie des choses de DIMs à SIMs, tout va bien se passer. Sachant qu'un DIM et un SIM ne sera pas la même chose d'une personne à une autre. Par exemple j'ai lu un bouquin qui disait que les sados-masos, les coups pour eux c'était des SIMs. Alors que pour toi, tu te fais fouetter, ça va être un DIM,*

tu ne vas pas trop prendre du plaisir tu vois. Mais après les zones du cerveau entre la douleur et le plaisir sont les mêmes donc du coup ... »

12. Confrontation entre compte-rendu & examen clinique

L'interrogeant a cherché à savoir comment les participants de cette étude confrontaient les résultats des imageries médicales à leurs examens cliniques.

MK1 dit faire beaucoup de tests cliniques et confronte les résultats de ces tests au compte-rendu. : *« Je fais beaucoup de tests cliniques, Lasèque les trucs comme ça... »*

MK2 quant à lui élimine d'abord toutes les hypothèses « biomécaniques » : *« Déjà pour commencer j'enlève toute probabilité que ça vienne d'une structure mécanique donc tendinopathie, dérangement cervical, enfin tout ce à quoi tu peux penser en biomécanique. »*. Il fait ensuite intervenir des échelles et des scores : *« Et puis après tu fais passer des échelles genre SSS, [...] Tu as le CSI, donc le Center Sensibilisation Inventory pour la sensibilisation centrale, [...] »*.

MK4 déplore le manque de tests cliniques fiables : *« On a malheureusement très peu de tests cliniques fiables. Il me semble que pour le genou on a pas mal de tests structurels fiables, par exemple avec tous les tests de Lachman, de tiroirs, on a des bons regroupages de tests sur tout ce qui va être méniscal, le syndrome fémoro-patellaire où là c'est simple, mais autrement ... »* Il ajoute ensuite : *« Je leur dis on va comparer avec d'autres tests qui ne sont pas fiables à 100% et comme ça on va comparer pour le diagnostic clinique. »*. Il réalise ainsi une synthèse entre résultats d'imageries et tests cliniques. MK4 relate également une expérience passée avec un de ses patients avec un compte-rendu diagnostiquant une rupture ligamentaire partielle, il confronte les résultats à la clinique : *« Ben voilà au niveau pronostic, vous n'avez pas le handicap moteur que vous devriez avoir si c'était une entorse fraîche. »*

En ce qui concerne MK5, il réalise son bilan clinique en « oubliant l'imagerie », il n'y revient qu'après s'il révèle des incohérences : *« Je fais le bilan clinique en oubliant un peu*

l'imagerie, et par contre s'il y a des incohérences, je reviens rapidement dessus en essayant de simplifier aussi un petit peu ».

MK5 place aussi le patient face à l'incohérence entre imageries médicales et examen clinique : *« Si c'est pour une tendinopathie, je les mets quand même face à cette incohérence, en insistant toujours sur le fait que les lésions d'imageries ne sont pas forcément des lésions responsables de déficits fonctionnels ».*

13. Se détacher du papier

Comme déjà cité au-dessus, MK1 utilise son examen clinique pour le confronter au compte-rendu d'imagerie : *« Et comment dire, tu leur expliques un peu genre que tu vas mettre en tension certaines racines et ils te disent « Ah tiens ça c'est ma douleur », tu regardes le compte rendu : c'est pas du tout les mêmes racines. Donc déjà tu vois, tu leur dis : « Vous voyez, on arrive à reproduire vos douleurs mais ce n'est pas ce qu'il y a écrit sur le compte rendu. Donc qui c'est qui a raison ? Est-ce que c'est le test clinique où on reproduit votre douleur ou un bout de papier ? »* Le but pour lui est le suivant : *« Centraliser le patient sur sa douleur et pas sur le papier ».*

MK5 essaye quant à lui de mettre le patient face à l'incohérence présente entre la clinique relevée par son examen clinique et le contenu du compte-rendu d'imagerie : *« Il y a des échographies où on va retrouver des lésions ou même des arthroscanners avec des lésions et qui ne sont pas forcément reliées au bilan clinique qu'on fait. Et dans ces cas-là je ne m'appuie pas trop dessus, parce qu'au final je préfère me fier à la clinique, au bilan et aux tests qu'on va faire plutôt qu'à l'imagerie. », « Alors c'est difficile parce que des tests cliniques c'est difficile, c'est difficile de globalement les expliquer aux patients, mais très simplement j'essaie quand même quand je vois qu'il y a une incohérence entre l'imagerie et le test clinique ».* Il finit en disant : *« Donc ça permet justement de leur faire prendre conscience que y'a ça d'un côté, l'imagerie c'est important, ça permet quand même de faire un diagnostic dans une grande majorité des cas, mais qu'à côté de ça, faut pas oublier que le plus important c'est concrètement ce dont la personne souffre et comment ça retentit sur sa vie professionnelle et personnelle. Donc, j'aime bien quand même, quand il y a une incohérence entre les deux, le confronter à ça. »*

14. Oublier la biomécanique

MK2 introduit la notion de détachement du modèle biomécanique : *« Si tu lis toute la littérature sur les douloureux chroniques tout le monde en vient à exactement la même conclusion : il faut s'éloigner du modèle biomécanique et de l'anatomie et de la lésion. Donc déjà pour un patient qui n'est pas chronique il faut s'en éloigner mais c'est encore plus le cas sur un patient chronique. »*

15. Pas de diagnostic, mais un pronostic

Cette notion a été introduite par MK4 : *« Parce que en fait, le bilan diagnostic on n'en a pas besoin en fait. On n'a pas besoin du diagnostic pour traiter son patient. Ça c'est le paradigme de la médecine d'aujourd'hui et de la médecine d'hier où il faut qu'on trouve ce que le patient a et qu'on pose nécessairement un nom dessus sinon on ne peut pas le traiter... Ben en fait non »*. Il ajoute : *« Ce que j'essaie de faire comprendre à mes patients c'est que le diagnostic on s'en fiche. « Oui si vous voulez je peux vous formuler une hypothèse diagnostique si vous voulez mettre un nom dessus ». En fait ce qui va être le plus important c'est le pronostic. »*

Il invite l'ensemble des soignants à raisonner en termes de pronostics et non de diagnostics : *« Et donc commencer à considérer que le diagnostic n'est pas primordial dans ce genre de pathologies. Sur des pathologies avec des urgences vitales évidemment qu'il nous en faudra un. Le diagnostic pour les troubles musculo-squelettiques déjà il n'est pas fiable, et en plus il n'est pas nécessaire et en général quand on le pose ben souvent on a faux. Donc plutôt regarder le pronostic en fait voilà ce que moi je pourrais espérer de l'ensemble des thérapeutes et des praticiens qui gravitent autour du patient. »*

16. Utilité et utilisation concrète des comptes-rendus

Dans un contexte de douleur chronique, l'ensemble des MK interrogés s'accordent pour qualifier les imageries d'inutiles en tant que telles. Cependant, elles peuvent servir d'outil pédagogique pour engager une éducation thérapeutique.

Pour MK2, l'imagerie réalisée dans un contexte chronique n'a que très peu de sens : *« Déjà les imageries sont toujours que d'un côté, il faudrait les faire des deux côtés. Parce que du coup on ne compare à rien du tout. Et généralement, quand les imageries sont faites des deux côtés, tu vois souvent l'épaule qui est bien qui est plus endommagée que l'épaule qui n'est pas bien. Donc du coup tu as un maximum de gens qui se font opérer de la coiffe alors qu'il n'y avait pas besoin. »*

L'avis de MK3 penche aussi vers une inutilité des imageries dans le contexte de la douleur chronique : *« Et moi parfois je me dis mais ça doit être horrible d'être abonné limite chez les radiologues, je veux dire euh. Ouais il y a même une banalisation : « Oui moi je fais une radio » et puis c'est la n^{ième} de la liste. Mais en fait limite l'imagerie elle ne sert à rien, tu dis ok j'ai l'imagerie sous les yeux, qu'est-ce que je peux encore lui amener ? Il est déjà allé voir plein de spécialistes, l'imagerie elle sert à rien quoi. »*

Pour MK4, c'est le discours qui accompagne ces imageries qui définit l'utilité de ces dernières : *« On va plutôt avoir tendance avec les radios inutiles à faire peur au patient et leur inculquer de fausses croyances. Donc ça c'est extrêmement dangereux. Par contre si on faisait des radios qui ne servent à rien mais qu'on disait « voilà ce que vous avez c'est normal, la radio ne nous a servi à rien », là par contre l'impact ne serait pas le même. »*

MK4 confie utiliser ces imageries pour entamer son éducation thérapeutique : *« Souvent c'est mon premier pied dans la porte pour commencer à faire de l'éducation à la douleur et de l'éducation médicale en fait. »*

Il en est de même pour MK5 : *« L'imagerie, après je n'en demande pas forcément comme j'ai dit : s'il y en a qui ont été faites, on l'utilise, on s'en sert d'appui pour répondre à certaines questions ». Il ajoute plus loin : « Je m'en sers plutôt justement pour expliquer. C'est que je ne m'en sers moins voire pas pour la suite du traitement ».*

MK6 confie quant à lui que les résultats des imageries en eux-mêmes n'impactent en rien la suite de sa prise en charge : *« Pas du tout, les signes d'imageries sont bien trop fréquents pour que je puisse tirer des conclusions dessus et pour que je puisse orienter ma prise en charge. »*

17. Cas particuliers où l'imagerie est intéressante

Les participants de cette étude ont tout de même mis le doigt sur des situations où ils jugent l'intervention des imageries médicales nécessaire.

MK5 relève la situation où il existe une pathologie neurologique centrale : *« Dans le cas de maladies neurologiques centrales ce genre de choses, c'est sûr que l'imagerie là-dessus elle est plus qu'utile, et on a moins cette facilité à dédramatiser, les lésions elles sont là, on sait que c'est des maladies évolutives qui vont s'aggraver de toutes façons, là pour le coup inexorablement. »*. En cas de symptomatologie neurologique, MK5 apprécie d'avoir des résultats d'imageries médicales : *« Après comme dit ça peut aussi être utile, c'est là où l'imagerie on en demande quand même, quand il y a un test, prenons le test de compression neurologique qui est positif, où là on va demander quand même systématiquement de faire de l'imagerie mais pour vérifier s'il y a bien une lésion compressive qu'on peut retrouver à l'IRM pour guider le traitement. »*

Pareil pour MK6, qui demande un recours à l'imagerie médicale en cas de symptomatologie neurologique : *« Si je vois par exemple, des douleurs diffuses un peu partout et des signes de neuropathie, voir même de syndrome pyramidal, ça peut être intéressant d'avoir des imageries. Et du coup je leur demande s'ils ont du coup passé des examens. »*

18. Vrai frein ou vrai plus ?

En conclusion de la partie précédente, la question suivante a été posée à chaque intervenant : « *Alors finalement, dans un contexte chronique, les imageries : plutôt un vrai plus ou un vrai frein ?* ». Les avis finaux recueillis sont les suivants :

MK1 se dit être en pleine réflexion : « *Je t'avoue que je l'étudie encore* »

MK4 pense qu'elles constituent un frein quand leurs prescriptions à l'origine ne sont pas nécessaires ou justifiées : « *Ben en fait si on se base sur les recommandations pratiques, sur les données de la science ben oui, elles sont un plus parce qu'elles sont nécessaires. Quand on ne va faire que celles qui sont nécessaires. Sinon elles vont être plutôt un frein où on va avoir des variantes anatomiques.* »

MK5 trouve que les imageries constituent un plus pour la prise en charge, il s'agit pour lui d'un support concret et utile voir nécessaire à la compréhension du patient : « *Je reste persuadé que c'est un plus parce que c'est quelque chose sur lequel on peut s'appuyer justement pour commencer, pour expliquer quelque chose, ramener, donner, transmettre certaines connaissances au patient. Et du coup lui permettre de comprendre aussi. Si on n'a pas l'imagerie, on aura beau faire des schémas et expliquer, ou utiliser des métaphores, je pense que ce ne sera pas aussi parlant que la réalité, l'imagerie vraiment, la réalité du corps humain tel qu'on peut le voir avec les techniques qui sont utilisées.* » Plus loin il continue en disant que c'est la manière dont on les utilise qui change tout : « *Si c'est utilisé juste pour diagnostic et merci au revoir, c'est plutôt l'inverse. C'est plutôt nocif, la personne va se poser plein de questions mais si c'est utilisé à bon escient, bien expliqué, je pense que c'est plutôt positif.* », « *Mais c'est utile que quand ça sert justement à démonter un peu l'image que le patient a en tête* ».

MK6 les voit aussi plutôt comme un frein : « *Une fois qu'on a exclu les pathologies, ben c'est plutôt un frein moi je dirais. Parce que même une fois qu'on prouve qu'il n'y a rien du tout sur la radio, et ben la plupart du temps ça rassure les gens trois quatre secondes puis ils se disent, mais si ça se trouve ils ont raté un truc. Peut-être qu'il faut faire une autre radio ou un truc un peu plus poussé. Et donc du coup c'est vrai que ce n'est pas forcément*

suffisant pour rassurer. » Il termine son idée en disant : « Ça complique beaucoup beaucoup les choses ces histoires d'imageries. »

19. Impact sur la prise en charge

MK2 dit ressentir un réel impact de ces imageries sur la suite de sa prise en charge : *« Oui sur la suite du traitement parce que si la personne, ou un douloureux chronique quel qu'il soit, s'il est toujours convaincu que la douleur vient de son dos et que toi tu ne fais rien en rapport avec son dos va y avoir un problème quoi, le patient ne va pas adhérer, le patient ne va pas être à 100% dans le truc, il ne va pas comprendre que tu ne lui fasses pas un massage dans le dos. »*

Pour MK4 c'est le compte-rendu et le discours du radiologue et des autres professionnels de santé qui influent sur la suite des événements : *« Comme je disais, le compte-rendu du radiologue, et souvent c'est le discours qu'il y a du radiologue, du médecin ou des autres thérapeutes qui ont pu passer, souvent ça va induire de fausses croyances. On va avoir énormément de kinésiophobie, du catastrophisme, on peut avoir également l'apparition de drapeaux noirs... »*

20. Place du médecin prescripteur

L'ensemble des MK interrogés sont unanimes : le médecin prescripteur tient un rôle charnière dans l'interprétation des comptes-rendus d'imageries médicales.

Pour MK2, si lui et le médecin prescripteur appuient le même discours, l'effet est démultiplié : *« Parce que oui ce que dit le médecin est souvent considéré comme « parole d'évangile » pour les patients, mais tu t'apercevras qu'au bout de dix ans d'exercice, ta patientèle sera constituée de gens qui vont chez le médecin juste pour avoir l'ordonnance pour être remboursé, au bout d'un moment. Mais du coup si le médecin pouvait aller en plus dans ton sens, ça t'aiderait. Parce que sur certains trucs il a moins de poids que toi, mais s'il rajoute du coup le poids est surmultiplié. »* Il ajoute même que travailler ensemble est primordial : *« Seuls on n'y arrivera pas facilement. Là il faut déjà que le médecin aille dans ton sens ».*

« Parce que si tout le monde va dans le même sens ça sera beaucoup plus simple. Et puis si le médecin dit « faites confiance au kiné, votre douleur c'est pas votre hernie etcetera », que lui en rajoute une couche, que toi tu en rajoutes une couche, que tu rajoutes un bon vocabulaire adéquat, que tu désamorces les bombes des imageries, de la croyance du mouvement et de l'activité physique »

« Mais si tu travailles avec des médecins et que tu leur expliques comment tu travailles, comment toi tu comptes travailler à l'avenir, du coup ils vont s'adapter à toi, et s'ils sont intelligents ils vont dire : « bon vous allez voir cette dame-là, elle va vous expliquer et on adaptera le traitement en fonction de ce qu'elle, elle dit » ; c'est comme ça qu'il faut que ça marche. »

MK2 termine cependant son propos en disant : *« Mais c'est la formation des médecins qui doit être améliorée. »*

MK5 évoque le fait que le discours des médecins n'aborde que très peu ce sujet, mais selon lui c'est le temps qui joue en leur défaveur. : *« Après s'ils ne font pas cet effort là avec le patient, je pense qu'ils n'ont pas le temps tout simplement. Je pense que ce n'est pas de la mauvaise volonté, je pense que c'est, tu sais ce que c'est les salles d'attente chez les médecins, s'ils doivent prendre dix minutes pour expliquer l'imagerie ils se mettent dedans, et donc ils ne le font pas. Ou certains le font, mais comme dit de ce que je vois ce n'est pas la majorité, et c'est dommage. »*

Comme l'a déjà évoqué MK2, MK6 pointe le fait que le discours du médecin a un plus fort impact que celui des masseurs-kinésithérapeutes auprès des patients : *« Ouais ça nous faciliterait le travail pour une simple et bonne raison c'est qu'il y a des études qui ont montré à quel point les patients croyaient à ce qu'on leur disait. Et au niveau des kinés on était moyen mais les médecins eux sont beaucoup plus capables que nous dans cette étude-là en tous cas, de faire changer les croyances des patients. Les patients ont davantage confiance en les paroles des médecins que dans les nôtres. »*

21. Place des autres professionnels de santé

L'entourage médical du patient ne se limite pas au seul médecin prescripteur.

21.1. Les radiologues

MK2 : *« Dans ton mémoire tu peux dire que normalement les médecins ils sont censés suivre le protocole qui leur dit que normalement, un radiologue par exemple, doit mettre que son compte-rendu ne fait pas office de diagnostic. Et là s'il faisait ça, nous ça nous faciliterait déjà beaucoup de travail. »*

« Parce qu'on pourrait dire au patient « Regardez ce qu'il y a écrit à la dernière ligne ». Mais ça normalement ils sont obligés de le faire, mais ce n'est pas fait. Tout ça c'est écrit normalement sur le guide pratique du radiologue. Alors je n'ai pas le nom exact mais c'est un truc comme ça. C'est une charte qu'ont les radiologues, et normalement ils sont censés mettre que ça ne fait pas office de diagnostic et que ça doit être confronté à l'examen clinique. Donc déjà ça, ça serait une bonne chose, et puis après pour les médecins j'ai envie de te dire, faut avoir une bonne relation avec les médecins, et être installé depuis un petit moment pour avoir une crédibilité à leurs yeux, et qu'ils daignent te faire confiance. »

21.2. Les chirurgiens

MK2 : *« Après s'il y a le chirurgien en plus qui pouvait aller dans le même sens ça sera bien mais là je pense que ça ne se fera jamais. En pensant comme ça pour les douleurs chroniques tu vas à l'encontre de ce qu'un chirurgien peut penser, et tu vas à l'encontre de son gagne-pain. Parce que si le chirurgien, toutes ses opérations qu'il fait, du dos ou quoi ou qu'est-ce il les fait plus, il va y avoir un problème. Donc là tu vois il y a un conflit d'intérêt pour le chirurgien quand-même. Lui il a tout intérêt à opérer. Donc eux tu ne pourras jamais les convaincre. ».*

« Je pense que malheureusement c'est peine perdue de chez peine perdue. Et puis en plus pour leur parler ... je ne sais pas comment il faut faire pour parler à un chirurgien. Si ce n'est te prendre un grand coup dans ton égo et te sentir comme une merde »

21.3. Les psychologues

C'est MK2 qui introduit cette idée de faire intervenir un ou une psychologue dans le parcours des douloureux chroniques. Au cours de l'entretien, il avoue avoir déjà réorienté certains de ses patients vers ces professionnels de santé.

« Il faut s'aider d'un professionnel de santé là-dessus quoi. Parce que toi tu pourras..., si c'est une femme par exemple qui a un enfant et qui n'a pas voulu avoir cet enfant et qui se retrouve avec cet enfant-là et que sa douleur selon ton bilan est basée là-dessus, qu'est-ce que tu vas bien pouvoir y faire toi ? tu n'es pas formée pour ça, tu vas te perdre. Et ce n'est pas ton travail d'ailleurs de le faire. Donc là il faut orienter vers une psychologue qui elle-même déjà a conscience que la douleur et la tête peuvent être liés, déjà ça ce n'est pas si évident que ça, et après faut être vraiment en lien avec elle. »

« Parce que tant que le problème est la croyance de l'imagerie, un problème de peur du mouvement ou de croyances que c'est l'activité physique qui pose un problème, si le problème c'est juste ça c'est très facile. Tu vas pouvoir avoir de très bons résultats toi en tant que kiné. Le problème c'est quand tu as une situation familiale, professionnelle ou financière qui se rajoute à ça. Là toi concrètement tu ne pourras rien faire, c'est la psychologue qui va devoir prendre le relais. Et donc là il faut s'aider d'un professionnel de santé là-dessus quoi. »

22. Place des proches et de l'entourage du patient

MK2 relève aussi l'impact fort que peut avoir l'entourage sur les croyances du patient douloureux chronique : *« Suffit que tu aies le mari qui dise « Ouais mais ton kiné il raconte que des conneries », tu vois bien le genre de mari que ça peut être, qui boit des bières le soir avec une pizza, qui lui raconte « T'as une hernie t'as une hernie, faut aller te faire opérer, mon pote Robert il a eu le même problème, il s'est fait opérer et ça allait mieux après ». Tu vois ? ».*

Il pense qu'en tant que masseur-kinésithérapeute, on peut apporter tous les arguments du monde, si l'entourage ne suit pas, ça n'a pas grand poids : *« Il ne faut pas que l'entourage*

mette trop la pression. Si tu as les copains qui disent certains trucs, plus le mari, plus le médecin plus le chirurgien, toi en tant que « petite kiné » tu vas avoir du mal à lui faire changer sa manière de voir. Et ce malgré tous les articles que tu vas pouvoir lui donner et toutes les images que tu vas pouvoir lui proposer. Malheureusement. »

MK2 conclut son discours sur l'interdisciplinarité en disant : *« Donc effectivement si tu arrives à faire travailler les gens ensemble, c'est très bien ».*

23. Ce qu'il faut retenir de la littérature

Cinq des six participants de cette étude ont cité des références à des études de recherche lors des entretiens. En voici des exemples :

MK1 : *« Il y a une étude, ils ont pris une population et ils ont regardé ce qu'ils avaient dans leurs dos en fonction de l'âge. Ben en fait il y a un nombre vachement important de protrusions asymptomatiques au cours de l'âge. Et on sait qu'à peu près à l'âge de trente ans, une personne sur trois présente une protrusion discale, et elle est totalement asymptomatique. »*

MK2 : *« Dans toutes les études, le niveau socio-économique et intellectuel est une des valeurs prédictives de la réussite d'un traitement. Parce que justement ce sont des personnes qui sont capables de sortir de leurs croyances, de se remettre en question, de t'écouter, de te faire confiance sans écouter l'ostéo du coin, ou les chirs ou le médecin qui lui disent qu'il a une hernie et qu'il va lui faire rentrer sa hernie ou que je sais pas quoi ».*

MK6 : *« Et d'un autre côté on a vu dans pas mal d'études que finalement, la prescription d'imageries précoces à tendance à empirer les résultats à long terme chez les patients lombalgiques par exemple. Donc c'est vrai on ne sait pas vraiment comment les estimer. »*

« Je lui montre [au patient] où sont les ostéophytes et je lui explique que dans des études on a montré que les ostéophytes ça multipliait par trois la résistance de la colonne vertébrale, et que donc du coup c'était beaucoup plus dur de casser sa colonne parce que c'est beaucoup plus large et plus costaud maintenant, et que c'est un processus d'adaptation. »

24. Réflexions personnelles et perspectives des participants

MK1 s'est dit être en pleine réflexion sur le sujet de « *comment aborder ?* », c'est donc pour cela qu'il a accepté de participer à cette étude : « *Je suis en plein travail sur moi-même à savoir comment bien aborder l'imagerie, c'est d'ailleurs pour ça que j'ai trouvé intéressant de te répondre. Je suis moi-même en train de travailler dessus* ».

MK6 a émis une proposition d'amélioration quant à la présentation des comptes-rendus d'imageries médicales : « *Et peut-être que c'est sur ça qu'il faudrait axer les études plus tard : comment présenter les radios et les imageries de manière rassurante quand on est obligé d'en faire* ». *Est-ce qu'il faudrait faire comme pour les prises de sang ? mettre des pourcentages de personnes asymptomatiques pour avoir des « normes » à côté ? ou s'il faudrait faire autrement ? Ça serait une idée.* »

MK5 dénonce un manque de formation lors de ses 3 années passées à l'IFMK : « *Je pense qu'il y a complètement un manque de formation à la base aussi. L'imagerie on a dû faire 2h dessus, on a dû voir IRM, radio, échographie, et c'était plié. Tu me donnes une échographie je ne sais pas la lire.*

J'ai regretté que ça n'ait pas été mieux abordé en formation initiale. Parce qu'au final quand tu essaies de t'en servir un peu tu aimerais que les connaissances qu'on te donne à la base soient un peu plus solides. Mais je pense qu'avec la réforme en 4 ans ils ont de la place maintenant. »

III. Discussion

1. Discussion sur la méthodologie

1.1. Choix du sujet

Beaucoup d'études en lien avec les imageries médicales et la douleur sont disponibles dans la littérature. Ces études portent beaucoup sur les lombalgies, mais aussi sur les douleurs d'épaules, ou encore sur les gonalgies. Elles ont permis de montrer l'absence de lien de causalité entre les symptômes et les lésions observées sur les imageries par un constat simple : beaucoup de sujets présentent les mêmes lésions à l'imagerie mais n'éprouvent aucune douleur et sont asymptomatiques. Cependant, peu d'études sur le comportement et le discours à adopter avec les patients sont actuellement répertoriées.

1.2. Sélection des participants

1.2.1. Recrutement inversé

Le mode de recrutement des participants de cette étude peut constituer un biais dans la qualité des données récoltées par l'enquêteur. Pour rappel, les masseurs-kinésithérapeutes ont été sélectionnés via un « recrutement inversé », c'est-à-dire qu'ils ont d'eux-mêmes choisi de se porter volontaire pour cette étude après avoir pris connaissance du sujet de l'étude.

Les participants ayant été recrutés de la sorte, leur intérêt porté au sujet était important, d'autant plus pour ceux issus du groupe « *Gérer la douleur* ». Les informations ainsi que les documents qui y sont partagés ont pu influencer leur façon de penser et de raisonner. Cela a aussi pu contribuer à une uniformisation des opinions au sein des participants de cette étude.

De plus, la population retenue n'est pas forcément le reflet de la population générale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux français.

1.2.2. Faible échantillon

Le nombre de sujets inclus dans cette étude de recherche qualitative représente un faible échantillon. Il aurait été judicieux d'inclure davantage de participants, d'autant plus que les critères de sélection n'étaient que très peu sélectifs. Le milieu libéral apporte son lot de contraintes, les MK contactés ont évoqué leur intérêt pour le sujet mais dans plusieurs cas la difficulté à libérer un créneau pour la réalisation d'un entretien a mis un terme à la participation.

D'autres potentiels participants ont également contacté le recruteur pour lui signaler l'intérêt qu'ils portaient au sujet de l'étude, mais ont exprimé un manque de connaissances pour pouvoir y participer, ils ont cependant émis le souhait d'avoir un retour sur les résultats une fois l'étude terminée.

1.3. Réalisation des entretiens

1.3.1. Absence d'entretiens préalables

Il n'y a pas eu d'entretiens exploratoires ni de séquences d'observation en amont de cette étude de recherche qualitative. Une telle démarche aurait sans doute permis la construction d'une grille d'entretien plus complète et plus pertinente. Il aurait donc fallu davantage de MK qui n'auraient donc pas pu être sujets pour les véritables entretiens.

1.3.2. Difficultés lors des 1ers entretiens

Les entretiens ayant été réalisés pour ce mémoire de recherche qualitative furent les premiers entretiens menés par l'auteur. De ce fait, des difficultés se sont fait ressentir lors de la réalisation des premiers entretiens, et surtout du premier. Le temps de préparation a sans doute été insuffisant et le déroulement de l'entretien n'avait pas été assez anticipé. Ceci explique sans doute sa courte durée (18 minutes et 46 secondes) et le fait que tous les sous-thèmes n'ai pas été abordés.

Le recruteur a cependant pris notes de ces difficultés, les a analysés pour y pallier et a ensuite constaté une évolution favorable de ces paramètres au fur et à mesure des entretiens réalisés.

1.3.3. Phrases coupées

Lors de la réécoute des entretiens, l'enquêteur a relevé plusieurs points. Tout d'abord l'enquêteur s'est rendu compte avoir involontairement coupé les intervenants dans leurs phrases à plusieurs reprises. Ceci a pu entraîner une perte d'un certain nombre d'informations ayant pu être intéressantes.

1.3.4. Question de relance trop guidées

Des questions de relance en rapport avec tous les sous-thèmes de la grille d'entretien avaient été rédigées en amont des entretiens. Ces questions étaient sous la forme de question semi-ouvertes, voir fermées pour certaines. Elles n'ont donc pas toujours amené de réponses riches en informations selon les interlocuteurs. Elles auraient gagné à être rerédigées ou reformulées de manières à être des questions ouvertes et ainsi appeler à des réponses plus complètes et davantage diversifiées.

1.3.5. Ne pas avoir réussi à recadrer la personne interrogée

Un autre point ayant été relevé par l'enquêteur au détour de la réécoute des entretiens est le fait de ne pas avoir réussi à recadrer les participants lorsque leurs propos dépassaient de trop loin le cadre de l'étude menée. En effet de multiples passages d'entretiens n'ont pas été exploités par l'enquêteur au moment de l'analyse des données car sans aucun rapport avec le sujet étudié. Ceci s'explique par le fait que ce dernier n'a soit pas osé arrêter le parlant dans son discours, soit par le fait que l'enquêteur lui-même, pris dans la narration, ne s'est pas rendu compte de la divagation de son interlocuteur.

1.3.6. Disparité dans les durées des entretiens

A l'issu de la synthèse des entretiens il a été remarqué une certaine disparité entre les durées des six entretiens menés lors de cette étude de recherche qualitative. En effet, l'entretien le plus court n'a duré que 18 minutes et 46 secondes, alors que le plus long est d'une durée de 1 heure 59 minutes et 51 secondes. Cette différence a pu être à l'origine d'un biais dans la collecte des données.

1.4. Grille d'entretien

La grille d'entretien a légèrement évolué au fur et à mesure des entretiens. Elle n'a donc pas été exactement la même entre le 1^{er} et le dernier entretien. En effet, des sous-thèmes ont été supprimés car ils se sont révélés être redondants et n'ont pas amené d'informations supplémentaires.

1.5. Premier travail de recherche

Cette étude de recherche qualitative représente le premier gros travail de recherche scientifique pour son auteur. De ce fait, des erreurs de réalisation ainsi que de méthodologie peuvent être à l'origine de certaines faiblesses dans cette étude de recherche.

2. Discussion sur les résultats

2.1. Un diagnostic avant tout

Les patients recherchent des certitudes face à leurs problèmes. En effet, il semblerait que les patients soient rassurés à la pose d'un diagnostic. Mettre un nom ou trouver une cause structurelle à leurs douleurs la rend légitime. (22,23)

Cependant, l'impact psychologique négatif potentiel de l'étiquetage des patients en fonction des résultats du diagnostic plutôt que des symptômes cliniques a été souligné dans la littérature. (20)

Dans le même temps, les personnes souffrant de lombalgie ont exprimé un vif désir d'obtenir des informations claires, cohérentes et personnalisées sur le pronostic, les options de traitement et les stratégies d'autogestion. (10,11)

Cette non-nécessité absolue de poser des noms sur des faits cliniques a été soulevée par MK4. Poser un diagnostic est un art difficile et complexe, il ne serait donc pas inapproprié de ne pas chercher à poser un diagnostic à tout prix. Peut-être faudrait-il mieux s'abstenir plutôt que de prononcer des mots qui risquent au mieux d'envenimer les pensées de nos patients et au pire d'être faux.

2.2. Douleur = lésion et lésion = douleur

Il semblerait que cela soit la croyance la plus ancrée chez les patients. Ceci s'explique vraisemblablement par un manque de connaissances sur les complexes mécanismes de la douleur.

Lorimer Moseley propose cette analogie pour démontrer que la douleur n'est pas le simple reflet d'une lésion tissulaire : *« Qu'est-ce que la douleur ? S'agit-il simplement d'un symptôme de lésions tissulaires ou d'un problème plus complexe ? Une façon d'aborder cette deuxième question est de déterminer s'il est possible d'avoir l'une sans l'autre, à savoir s'ils existent des lésions tissulaires sans douleur ou des douleurs sans lésions tissulaires. Et vous*

pouvez répondre à cette question vous-même. Avez-vous déjà remarqué une ecchymose que vous ne vous souvenez absolument pas avoir eu ? Si vous avez répondu oui, alors vous avez subi des lésions tissulaires sans douleur. »(26)

Ou encore dans cet exemple-là, où Monsieur Moseley introduit indirectement la notion de sensibilisation centrale : « *Vous avez déjà pris une douche à la fin d'une longue journée au soleil et avez trouvé l'eau normalement chaude et agréable, douloureusement chaude ? Ce n'est pas la douche qui vous blesse, c'est juste l'activation des récepteurs sensibilisés dans votre peau.* » Ainsi, une stimulation qui serait en temps normal totalement indolore, voire même agréable, peut devenir génératrice de nociception et entraîner l'apparition d'une douleur. (26)

De ce fait, associer systématiquement la douleur à une lésion tissulaire ne semble pas approprié.

2.3. Prévalence de lésions chez les populations saines et asymptomatiques.

Dans leurs explications, cinq des six MK interrogés disent avoir recours aux études ayant démontré la présence de lésions à l'imagerie chez des individus asymptomatiques.

En effet, il existe une forte prévalence de lésions perçues en imagerie dans des populations asymptomatiques. (11–13)

Des dégénération discales et bombements discaux de la colonne lombaire sont fréquents, et ce déjà chez les jeunes adultes. Salminen et coll. ont dans leurs travaux mis en évidence qu'il existe au moins une dégénérescence discal chez 31% des jeunes de 15 ans et chez 42% des jeunes de 18 ans. (11)

Il semble en être de même pour la colonne cervicale, à en croire l'étude publiée en 2015 par Nakashima et al. (14) En effet, dans cette étude menée sur 1211 sujets asymptomatiques, des bombements discaux au niveau cervical ont été observés chez plus de 70% des sujets âgés de 20 ans. Et à partir de 50 ans, ces mêmes bombements ont été retrouvés chez près de 90% de la population.

Ce même fait se constate au niveau de l'épaule. En effet, 65.4% des lésions de la coiffe des rotateurs ne seraient pas douloureuses (15), il en est de même pour 67% des tendinites calcifiantes. (16)

Ainsi, les signes d'imageries se retrouvent même quand tout va bien. De plus, l'état des patients s'améliore, alors que leurs imageries non. Il serait donc inapproprié de penser que ces lésions sont à l'origine des douleurs ressenties par nos patients.

De la même manière, une étude (17) menée en 2019 par Farrel et al., a mis en évidence que les IRM de sujets ayant subi un « *fléau cervical* » et souffrant de cervicalgies, n'étaient pas significativement différentes des sujets indolores.

Il en ressort donc l'importance de la prudence et de la connaissance de la prévalence des signes d'imagerie chez les patients de différents âges et dans les populations asymptomatiques pour interpréter la signification clinique des résultats de l'imagerie.

MK6 nous a suggéré ceci. : « *Est-ce qu'il faudrait faire comme pour les prises de sang ? mettre des pourcentages de personnes asymptomatiques pour avoir des « normes » à côté ? ou s'il faudrait faire autrement ? Ça serait une idée.* » Cette dernière idée se retrouve également dans la littérature. (27)

Ainsi, les résultats d'imagerie doivent être interprétés dans le contexte de l'état clinique du patient. (13). D'où l'importance de mener un examen clinique adapté.

2.4. Confrontation à l'examen clinique

Car la puissance de l'imagerie ne doit pas faire oublier celle de l'examen clinique, tous les participants de cette étude ont évoqué l'examen clinique lors de leurs entretiens.

2.4.1. Le recours aux test cliniques

Chez plusieurs participants de cette étude, le recours aux tests cliniques lors de l'examen clinique a été évoqué. Cependant, l'avis sur la pertinence de ceux-ci est discuté. En effet, MK1 nous a confié en réaliser beaucoup alors que MK4 déplore le manque de tests cliniques fiables. MK2, quant à lui, nous a plutôt parlé d'échelles et de scores.

Dans un ouvrage (28) paru en 2017, Chad Cook et Eric Hegedus se sont intéressés à la validité de plus de 870 tests orthopédiques. Ils en ont conclu que seuls 4 % des tests sont suffisants à eux-mêmes, et que seuls 4 % parmi eux se sont avérés d'une grande utilité clinique.

2.5. Les patients accordent de l'importance aux imageries

Les imageries apparaissent comme un des éléments centraux lors d'une première consultation en cabinet libéral. En effet, quand on demande au patient le motif de sa consultation, ce dernier nous tend d'abord les images avant de nous parler de sa symptomatologie, cela prouve l'importance et la valeur que le patient accorde à ses clichés. (18).

Il semble que la majorité des patients soient rassurés à l'idée de pouvoir « voir » l'intérieur de leur corps. Bien qu'il s'agisse d'un passage imposé pour certains patients, pour d'autres, en être privé leur donne une impression qu'on ne considère pas leur douleur, voire d'être moins bien soigné. (29)

Il existe une sorte de fascination pour ces images. (18) Ceci a été évoqué par deux des masseurs-kinésithérapeutes interrogés qui confirment l'intérêt de leurs patients pour leurs imageries.

2.6. Connaissances des patients sur leurs propres corps et sur les imageries médicales

Il semblerait que les patients aient, pour la plupart, au final très peu de connaissances sur leurs propres corps. De ce fait, pour eux, interpréter une imagerie reste complexe voire impossible.

Dans une consultation, c'est de leurs corps qu'il s'agit et l'examen témoigne du fait qu'ils n'en savent rien et que le spécialiste, lui, sait tout. La réalité de l'examen médical plonge ainsi les patients dans un virtuel non familier dans lequel ils n'ont aucun repère. (30)

Pour les patients, les clichés issus des examens sont souvent illisibles et opaques à toute compréhension. (31) De ce fait, seuls leur restent les comptes-rendus pour tenter une compréhension de la situation.

Cependant, le savoir médical nourrit bien la langue et les représentations mais reste hermétique aux patients. Ainsi, le jargon médical employé dans la plupart des comptes-rendus reste difficilement compréhensible pour la plupart d'entre-eux.

2.7. Les croyances des patients...

Les maux de dos sont généralement associés par les patients à des dommages tissulaires ou à un dysfonctionnement mécanique. (22) Ceci a été relevé par MK4 nous citant un patient lui ayant dit : « *J'ai de l'arthrose, c'est normal d'avoir mal* ». Il en est de même pour MK5 qui nous a parlé d'un patient ayant associé ses douleurs à la hernie qui avait été repérée sur ses imageries, ou encore d'un patient à qui aucune anomalie n'avait été décelée et qui affirmait : « *on ne trouve rien. [...], Ce n'est pas possible qu'on ne trouve rien, j'ai quelque chose, ce n'est pas normal que j'ai mal* »

De la même manière, les patients pensent que l'imagerie est nécessaire pour identifier la cause de la douleur, car elle existe, et pouvoir mettre en place un traitement adapté à cette douleur-ci. (22) MK2 confirme plus ou moins cette idée puisqu'il estime nécessaire de

déconstruire cette idée de lien de causalité entre douleur et lésion parce que sinon « *on avancera pas dans notre traitement* ».

2.8. ... plus fortes que la biomécanique

Les participants de cette étude ont tous évoqué, à un moment ou un autre de leur entretien, la notion de « *croyances* » ainsi que leurs impacts sur la prise en charge.

Les patients qui rapportent leurs maux de dos à une cause structurelle ou pathologico-anatomique présentent des niveaux plus élevés d'invalidité et de moins bonnes récupérations. (22)

La recherche a montré clairement que les facteurs psychosociaux sont de meilleurs prédicteurs que les facteurs biomécaniques. Les facteurs psychologiques sont des facteurs plus influents que les facteurs pathologico-anatomiques sur la douleur. (23) C'est ainsi qu'a été développé le concept de « *drapeaux jaunes* » (*yellow flags* en anglais).

Dans leurs travaux (32), Kendall et al., exposent leur approche des drapeaux jaunes basée sur trois hypothèses : les blessures et les déficiences sont rarement dues principalement à des causes psychologiques, le signalement des blessures et la douleur est généralement médiée par une interaction complexe de croyances et de comportements médicaux liés au travail, et de facteurs psychosociaux, l'incapacité (perte de fonctions, retrait d'activité et perte de travail) secondaire à l'invalidité et l'expérience subjective de la douleur est généralement influencée par des facteurs psychosociaux. Cet ensemble de facteurs psychosociaux serait associé à un pronostic défavorable et à une chronicisation des douleurs.

La valeur prédictive de ces facteurs psychosociaux dans le développement des lombalgies chroniques est largement confirmée par la littérature, même si le poids relatif des différents facteurs reste discuté. (33) D'après Demoulin et al., (2016), les facteurs de risques de chronicité de la douleur sont identifiés, et parmi eux se trouvent ces drapeaux jaunes. Il faut comprendre les croyances sous-tendues et comment elles ont été formées. (22,23)

Car, comme le dit le Dr Lorimer Moseley, « *tout ce qui change l'évaluation du danger par votre cerveau changera la douleur* ».

Ainsi l'investigation des représentations des patients apparaît donc comme une composante essentielle pour une prise en charge optimale de la douleur chronique.

2.9. Se présenter au travers d'une imagerie

L'imagerie nous renseigne et nous représente, elle est aussi l'interface à travers laquelle le corps est rencontré et « *lu* » par les médecins et les professionnels de santé.

Cette habitude qu'ont les patients de présenter spontanément leurs imageries avant même de parler d'eux-mêmes prouve à quel point ils se sentent représentés par ces clichés.

Les progrès technologiques proposés par la médecine moderne ont comme contrecoup un manque d'attention concernant le malade, son environnement social et familial ainsi que les dimensions psychologiques qui ne manquent pas d'accompagner le vécu de la pathologie. (31)

2.10. Les croyances du thérapeute versus les croyances du patient

Comme MK5 a pu le dire au cours de son entretien : « *On reproduit d'abord ce en quoi on croit, ce qu'on ferait nous-même* ». Ainsi, les croyances du thérapeute lui-même ont une influence sur sa manière d'agir.

En 2012, Darlow et al. ont observé une association forte entre les représentations et croyances des soignants et celles de leurs patients.

Des entretiens semi-structurés chez des personnes souffrant de lombalgie montrent que les discours des soignants ont une influence importante et durable sur les représentations et croyances des patients. Ces discours sont habituellement de nature biomédicale. (34)

Une revue systématique (22) a mis en évidence que les croyances du patient au sujet des maux de dos sont associées aux croyances du clinicien, des niveaux élevés de croyances

d'évitement et de peur chez les cliniciens sont associés à des niveaux élevés de croyances d'évitement et de peur chez leurs patients.

Les cliniciens ont donc une réelle influence sur les croyances de leurs patients.

En conséquence, les messages verbaux et non verbaux des soignants doivent viser à dédramatiser sans banaliser. (33)

Les cliniciens peuvent influencer positivement les facteurs psychosociaux.

2.11. Installation d'un contexte protecteur

2.11.1. Rassurer avant tout

« *Rassurer* », avec dix-sept occurrences au cours des six entretiens menés, ce terme se place en tête des notions les plus citées.

Une étude menée par Dave Walton, PhD, s'est intéressée à la question suivante : « *What makes a good physio ?* », se traduisant par : « *Qu'est-ce qui fait un bon physio ?* ». Les réponses rapportées sont plutôt surprenantes. En effet, il serait logique de penser que l'expérience professionnelle contribue à la qualité de notre prise en charge. Et ben il semblerait bien que non, puisque cet aspect ne constituerait que 1% d'un « *bon physio* ». A côté de cela, l'item ayant récolté le plus de point est celui de la « *force de la communication* » (16%) suivi de près par ceux de « *l'empathie et de la compréhension* » (15%) et de la « *connexion avec les patients* » (14%).(voir ANNEXE XII)

Il est donc intéressant de noter qu'il s'agit en grande partie des valeurs du praticien en tant qu'humain plutôt qu'en tant que clinicien ! Et ces valeurs humaines sont transmises à nos patients à travers notre discours, d'où l'importance de peser chacun de nos mots.

Rassurer, c'est-à-dire dissiper les craintes et les inquiétudes sur la maladie, est un aspect essentiel de la pratique médicale quotidienne.

La réassurance affective sous-tend la notion d'empathie et l'établissement d'une connexion avec le patient. Cependant, rassurer ne doit pas se limiter à cet aspect-là et doit faire intervenir un aspect cognitif chez le patient. La réassurance cognitive explique et éduque. Il est de notre devoir d'écouter et de prendre le temps, de donner une information claire et non menaçante ainsi que des explications qui ont du sens pour le patient et qui lui donne le sentiment de pouvoir agir sur ses symptômes. (35)

2.11.2. Introduction de la notion d'auto-efficacité

Pour Bandura (36), psychologue canadien, le système de croyance sur son auto-efficacité personnelle est au fondement de la motivation, du bien-être et des accomplissements humains. Aussi, pour lui, si les gens ne sont pas convaincus de pouvoir obtenir les résultats qu'ils souhaitent grâce à leur propre action, ils auront peu de raisons d'agir ou de persévérer face aux difficultés.

Pour Bandura, « *les systèmes sociaux qui entretiennent les compétences de gens, leur fournissent des ressources utiles, et laissent beaucoup de place à leur autodirection, leur donnent plus de chances pour qu'ils concrétisent ce qu'ils veulent eux-mêmes devenir.* »

Ainsi, il faut faire naître chez nos patients l'idée qu'ils sont en capacité de résoudre leur problème en leur faisant prendre conscience qu'ils ont les ressources et les aptitudes pour répondre à leur plainte. (37)

Donc permette à nos patients de comprendre leur rôle dans leur rééducation c'est aussi leur permettre d'aller mieux.

2.12. Le changement de vocabulaire

L'importance du changement de vocabulaire a été souligné par l'ensemble des participants de cette étude.

Le savoir médical nourrit bien la langue et les représentations mais reste hermétique aux patients. (31)

En effet, il a été remarqué que des explications pathologico-anatomiques contribuaient à une évaluation négative des symptômes et au développement de comportements d'évitement. (34).

Cette incompréhension des comptes-rendus pourrait être facilitée si les radiologues étaient plus accessibles pour une consultation. (38)

2.13. Le poids des mots

L'attitude des médecins vis-à-vis du lombalgique est donc en soi un facteur favorisant le passage à la chronicité. (39)

De plus, le discours et les prescriptions des soignants s'écartent souvent des recommandations. (33) Selon une communication faite lors du congrès mondial du rachis en 2005, plus de la moitié des comptes rendus utilisent des termes de pathologie pour décrire des phénomènes liés au vieillissement, mais ne précisent que dans 2% des cas, qu'il s'agit de phénomènes normaux pour l'âge. (39)

Les effets nocebo induits verbalement sont aussi forts que ceux induits par une exposition réelle à une forte douleur. Par exemple, les effets du nocebo pourraient être réduits en adaptant la communication patient-praticien afin d'équilibrer l'information véridique sur les événements indésirables en explorant les croyances thérapeutiques des patients et leurs éventuels antécédents thérapeutiques négatifs. (40)

Sti Rudyard Kipling, écrivain britannique a dit : « *Words are, of course, the most powerful drug used by mankind* », qui se traduit par « *Les mots sont, bien évidemment, la drogue la plus puissante utilisée par l'humanité* ».

Les mots utilisés ont un impact significatif sur les résultats obtenus, en effet, ils ont le pouvoir de blesser et de guérir. Le langage médical et les concepts qu'ils véhiculent ne sont pas sans effets sur les représentations de l'interne corporel. (41) Ainsi, il est important d'avoir

conscience du poids que peuvent avoir les mots employés sur le rétablissement du patient.
(23)

En tant que masseur-kinésithérapeute nous avons un rôle pivot dans la vie des patients souffrant de douleurs chroniques. Nous sommes en capacité, à travers notre discours, de changer leur manière de penser et leur ressenti, de générer de bonnes et de mauvaises émotions qui peuvent conduire à de bons ou de mauvais comportements.

Il faut une vigilance de tous les instants quant à l'interprétation qui est faite des mots que nous prononçons.

Il en va de même à la lecture des comptes-rendus d'imageries. Certaines formules de prudence parfois employées peuvent elles aussi être source d'angoisse : pas de lésions « visibles », « à ce jour », « absence de mise en évidence de... »..(42). De la même manière, une imagerie « normale » peut aussi être anxiogène en l'absence d'explication. (43)

Dans un article(23) publié en 2018 dans le « *Journal of orthopaedic & sports physical therapy* », Michael Stewart et Stephen Loftus proposent une liste de mots typiques à éviter en rééducation musculo-squelettique, et suggèrent une série de termes alternatifs à utiliser avec les patients. Ce tableau est disponible en annexe (ANNEXE V), une version traduite en français y est également consultable (ANNEXE VI).

Mike Stewart a dit « *Les mots sont comme du dentifrice, une fois qu'ils sont sortis on ne peut plus les faire rentrer.* »

Il est donc de notre ressort d'être sensibles au vocabulaire que nous employons, mais aussi, et surtout à la manière dont les patients interprètent ce que nous disons. (34)

2.14. Adapter le discours à chaque patient

L'adaptation du discours à chaque patient est une notion récurrente chez l'ensemble des participants de cette étude.

Se baser sur le langage du patient...pour mieux le faire évoluer. Il est indispensable de s'appuyer sur le langage du patient pour qu'il se sente compris. Cependant, nous devons assez vite faire évoluer ce vocabulaire pour pouvoir orienter le regard de ce dernier vers d'autres zones et lui proposer progressivement d'autres façons de voir son problème. Il est surtout fondamental de lui faire oublier l'idée qu'il est ou qu'il a un problème. (37)

2.15. Recommandations de la HAS

En mars 2019, la Haute Autorité de santé de Santé (HAS) publie une mise à jour des recommandations sur la prise en charge de la lombalgie commune afin de limiter les risques de chronicité de la lombalgie et de désinsertion professionnelle.

Parmi les recommandations s'y trouvent l'évaluation du risque de chronicité avec la recherche précoce des facteurs de risque psychosociaux (drapeaux jaunes).

En ce qui concerne les imageries médicales, il y est rappelé l'absence d'indications de renouveler l'imagerie en l'absence de modification des symptômes(21). De plus, expliquer aux patients l'absence de corrélation systématique entre les symptômes et les signes radiologiques fait partie de ces nouvelles recommandations ainsi que l'explication et la dédramatisation des termes médicaux et techniques des comptes rendus d'imageries.

2.16. La place particulière du médecin prescripteur

2.16.1. Le premier interlocuteur

L'ensemble des participants de cette étude s'accorde pour dire que le médecin prescripteur des imageries médicales tient une place prépondérante. Il tiendrait un rôle charnière dans l'interprétation des comptes-rendus d'imageries médicales.

La prévention et l'éducation pour la santé font partie des missions des médecins généralistes. (44) La visite chez le médecin généraliste constitue bien souvent la première étape d'entrée dans le système de soins.

En 2009, ils étaient 57.6% à conseiller et à informer leurs patients présentant des pathologies chroniques et 6.8% à les réorienter vers d'autres intervenants pour des activités éducatives. En ce qui concerne la douleur, ils étaient 6.9% à utiliser des questionnaires préétablis sur le sujet. (45)

2.16.2. La relation médecin-patient

L'importance de la relation médecin-malade a été soulignée par les travaux de Michael Balint datant d'un demi-siècle. Sa désormais célèbre phrase « *Le médicament le plus utilisé en médecine est le médecin lui-même* » fait encore écho à de nombreuses personnes. Dans les années suivantes, les études sur l'effet placebo ont renforcé cette conception et montré que l'effet d'une thérapie peut être démultiplié au travers d'une relation médecin-malade de qualité.(2)

Il a été constaté que les patients ne consultaient qu'une fois le médecin par épisode douloureux même en cas de persistance des symptômes. Les infos et les conseils reçus lors de cette consultation perdurent des mois voire des années après celle-ci. (34)

L'enseignement de la psychologie médicale, c'est-à-dire de la relation soignant-soigné et la communication médicale, fait partie intégrante du deuxième cycle des études médicales. (46)

Pourtant, l'Académie Nationale de médecine (47) constate une « *dégradation de l'humanisme médical* ». En cause les évolutions sociétales, les coûts, la sélection et la formation des futurs médecins mais aussi le facteur temps. Ce dernier aspect avait été évoqué par MK5.

2.17. Place des autres professionnels de santé

L'importance de l'intervention d'autres professionnels de santé a été relevé par tous les participants de cette étude. En effet, les masseurs-kinésithérapeutes interrogés s'accordent pour dire que la prise en charge d'un patient atteint de douleurs chroniques doit être pluridisciplinaire. Qu'il s'agisse de médecins spécialisés en centre de la douleur, de médecins du travail, de radiologues, de psychologues ou de chirurgiens, la prise en charge se doit d'être pluridisciplinaire.

Cette notion est en accord avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), dont les textes ont été mis à jour en mars 2019. En effet, il y est indiqué que la prise en charge du patient devait s'appuyer sur une décision médicale partagée. En ce qui concerne la lombalgie chronique, ou à risque de chronicité, la prise en charge multidisciplinaire doit être envisagée. En cas d'échec de la prise en charge multidisciplinaire, un avis chirurgical peut être envisagé au cas par cas, mais la chirurgie ne doit pas être le premier recours dans le traitement de la lombalgie chronique.

2.18. Une approche bio-psycho-sociale

La HAS rajoute également que cette prise en charge se doit être biopsychosociale, c'est-à-dire centrée sur le patient, prenant en compte son vécu et le retentissement de sa douleur dans ses dimensions physique, psychologique et socioprofessionnelle. Cette notion a été mise en évidence par MK2, qui nous a souligné l'importance de l'impact fort que peut avoir l'entourage du patient sur son expérience de la douleur.

Le terme « *bio-psycho-social* » n'a volontairement pas été utilisé par l'enquêteur au cours des entretiens. Après retranscription de tous les scripts, ce terme n'apparaît à aucun moment bien que certaines idées soulevées par les participants s'y rapportent.

2.19. L'utilisation des métaphores

L'avis sur l'utilisation des métaphores dans notre discours de soignant est partagé au sein des participants de cette étude. Entre méfiance et manque de confiance, leur pertinence fait débat.

La métaphore est utilisée pour désigner une chose par une autre, quand il existe entre deux objets, un rapport d'analogie. Elle sert à créer un écho à un autre domaine. Cet usage vise à frapper les esprits, alors que pour certains le sens interroge de nos jours encore. La kinésithérapie s'approprie régulièrement la terminologie médicale, mais crée aussi son propre registre.

Cette réflexion ambivalente sur l'utilisation, ou non, des métaphores a été soulevée par Remi Remondière, dans son article (48) publié en 2016 et intitulé : « *Écrire pour être lu, parler pour être entendu : les professionnels s'expriment pour être compris* »

Dans son écrit, l'auteur affirme que cette forme de langage ne doit pas être interprétée ni comme un signe de faiblesse de la part de son auteur, ni comme un manque de vocabulaire ou d'idées, mais plutôt comme une volonté d'adaptation qui débouche sur une plus grande facilité de compréhension pour la personne à qui elle est présentée.

Les métaphores permettraient ainsi de passer d'un langage vernaculaire à un langage véhiculaire. Elles se veulent ainsi être une « fonction sociale » pour communiquer avec les autres.

Pour désigner un phénomène, une situation, ou ici un fait perçu en imagerie, cette approche permet d'orienter vers une représentation mentale déjà existante chez nos patients et ainsi favoriser et simplifier la compréhension de ces derniers.

2.20. Manque de connaissances des masseurs-kinésithérapeutes

Au détour des entretiens, MK1 et MK5 avait déploré le manque de formation dans leurs cursus de base en ce qui concerne les imageries médicales et la douleur en général. Cela a aussi été mis en évidence par le refus de certains potentiels participants de participer à cette étude à cause d'un manque de connaissances sur le sujet. (cf. III. 1.2.2.)

En effet, une étude menée en 2017 rapporte que 71% des kinésithérapeutes n'ont jamais suivi de formation spécifique sur la douleur, alors qu'une autre menée cette fois-ci en 2015 avait mis en évidence l'absence de cours spécifiques dédiés à la douleur dans les IFMK français. (1)

3. Discussion sur les perspectives

Après avoir discuté autour de la méthodologie puis des résultats de cette étude, l'auteur propose d'élargir la réflexion déjà commencée en créant du lien avec d'autres domaines qui sortent du champ médical.

3.1. « Ceci n'est pas une pipe »

« *Ceci n'est pas une pipe* » ou « *La trahison des images* ». Avec son célèbre tableau (ANNEXE VII), René Magritte bouleverse le rapport entre l'objet proprement dit, sa représentation et le langage utilisé pour le décrire. Cette réflexion fait étrangement écho au sujet de notre étude, portant sur un objet (la structure tissulaire), sa représentation (les imageries médicales) et le langage utilisé pour le décrire (les termes présents sur le compte-rendu).

Son titre « *La trahison des images* » est particulièrement explicite. Il entend par là qu'une image n'est jamais « l'objet en soi » mais une représentation de cet objet qui est sujette à interprétation. De la même manière, un cliché d'imagerie est une représentation à un instant T d'une structure qui sera ensuite sujet à interprétation, tout d'abord par le radiologue, puis éventuellement par le médecin généraliste ou un autre professionnel de santé et enfin par le patient lui-même.

Pour la même raison que celle qui veut que « *le mot "chien" n'aboie pas*, ou « *qu'il n'a jamais mordu personne* », comme l'avait fait remarquer William James, psychologue et philosophe américain. Cette association d'image et de texte fait analogie à une imagerie médicale et à son compte-rendu. Le mot « *chien* » n'aboie pas, au même titre que les mots « *hernie discale* » ne devraient pas générer de nociception.

3.2. L'effet Koulechov

Lev Koulechov, cinéaste russe, a mené en 1921 une expérience dans laquelle il a cherché à montrer que la continuité de deux plans distincts au cinéma poussait intuitivement le

spectateur à trouver un lien ou une signification liant ces deux plans. Signification, qui, à l'origine, n'est présente dans aucun des deux plans. (Voir ANNEXE VIII)

Ceci est dû au fait qu'une image soit polysémique, à savoir qu'elle laisse au spectateur la possibilité de multiples interprétations. Les réactions face à une image sont fonction du vécu, des codes socio-culturels de celui qui la regarde, mais aussi du contexte dans lequel elle est placée.

Koulechov a ainsi démontré l'influence que peut exercer une image sur la perception de celles qui l'entourent et notre volonté de donner sens à ce que nous voyons. « Donner du sens à ce que nous voyons », cette observation s'applique aussi à notre sujet.

En effet, le patient, confronté à ses imageries, va toujours chercher à donner du sens et à interpréter ce qu'il voit. D'un côté, « *quelque chose qui semble dépasser de sa colonne vertébrale* », de l'autre, sa douleur dans le dos qu'il ressent depuis déjà si longtemps. Il y a forcément un lien, ça ne paraît pas possible autrement.

Conclusion

Parce que le symptôme ne colle pas toujours à l'image et que l'image ne doit pas devenir douleur, la confrontation aux résultats d'imageries, quels qu'ils soient, ne devrait pas être synonyme d'obstacle ni à la prise en charge de la douleur ni à la guérison.

Les résultats obtenus dans cette étude ont montré qu'il n'existe pas de façons de faire toutes faites face à la situation. Comme le disait MK6 au cours de son entretien : « *On reproduit d'abord ce en quoi on croit, ce qu'on ferait nous-même. Et je pense que c'est pour ça qu'il y a une telle variabilité entre les différents praticiens dans leur manière d'approcher l'imagerie.* » Ainsi ; notre façon d'agir dépendra avant tout de nos croyances personnelles, de notre expérience, mais aussi de notre propre vécu face à la douleur.

Cependant, certains points semblent être récurrents et incontournables pour chacun des participants de cette étude. En effet, l'idée première est de rassurer son patient en l'installant dans un contexte protecteur ; ceci à l'aide d'un vocabulaire allégé, d'explications simples, éventuellement appuyées par des études, et d'une éducation thérapeutique individualisée. Aussi, l'aider à se détacher de la biomécanique et l'amener à se recentrer sur son ressenti et son expérience semble être pertinent.

Le second point mis en évidence par cette étude est l'importance d'un travail pluridisciplinaire, entre-autre et surtout, avec le médecin prescripteur de l'imagerie, qui semble tenir une place charnière dans cette démarche. Pour les recherches à venir, il serait intéressant de mener le même type d'étude auprès de médecins généralistes, afin de mettre en évidence d'éventuelles divergences dans nos discours ou alors faciliter notre travail pluridisciplinaire futur.

Il semblerait que ce qui définisse un « *bon kiné* » soit avant tout ses qualités humaines, aussi serait-il intéressant de se former sur l'éducation thérapeutique et sur le discours médical.

Le mot de la fin est laissé à MK5 qui a clôturé son discours en disant : « *Le patient ce qu'il attend c'est qu'on lui donne plutôt de l'espoir en fait. C'est ce qu'il manque à certains de nos patients, de l'espoir.* »

Bibliographie

1. Société Française d'Étude, et de Traitement de la Douleur (SFETD). Livre blanc de la douleur 2017. 2017.
2. Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade. Cah Psychol Clin. 2007;28(1):167.
3. Louw A, Butler DS, Diener I, Puentedura EJ. Development of a preoperative neuroscience educational program for patients with lumbar radiculopathy. Am J Phys Med Rehabil. mai 2013;92(5):446-52.
4. Plans douleur [Internet]. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur/>
5. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
6. Steven Haines. La douleur, quelle chose étrange. Ca Et La Eds. 2018.
7. Chen J. History of pain theories. Neurosci Bull. oct 2011;27(5):343-50.
8. Germossa GN. History Pain and Pain Management. Res Med Eng Sci [Internet]. 13 févr 2018 [cité 28 avr 2020];3(4). Disponible sur: <http://crimsonpublishers.com/rmes/fulltext/RMES.000567.php>
9. IASP Terminology - IASP [Internet]. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Nociception>
10. G. Lorimer Moseley, David S. Butler. Explain Pain Supercharged. 2017. 238 p.
11. Takatalo J, Karppinen J, Niinimäki J, Taimela S, Näyhä S, Järvelin M-R, et al. Prevalence of Degenerative Imaging Findings in Lumbar Magnetic Resonance Imaging Among Young Adults: Spine. juill 2009;34(16):1716-21.
12. Matsumoto M, Okada E, Toyama Y, Fujiwara H, Momoshima S, Takahata T. Tandem age-related lumbar and cervical intervertebral disc changes in asymptomatic subjects. Eur Spine J. avr 2013;22(4):708-13.
13. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, et al. Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations. Am J Neuroradiol. avr 2015;36(4):811-6.
14. Nakashima H, Yukawa Y, Suda K, Yamagata M, Ueta T, Kato F. Abnormal Findings on Magnetic Resonance Images of the Cervical Spines in 1211 Asymptomatic Subjects: Spine. mars 2015;40(6):392-8.

15. Yamamoto A, Takagishi K, Kobayashi T, Shitara H, Osawa T. Factors involved in the presence of symptoms associated with rotator cuff tears: a comparison of asymptomatic and symptomatic rotator cuff tears in the general population. *J Shoulder Elbow Surg.* oct 2011;20(7):1133-7.
16. Sansone V, Consonni O, Maiorano E, Meroni R, Goddi A. Calcific tendinopathy of the rotator cuff: the correlation between pain and imaging features in symptomatic and asymptomatic female shoulders. *Skeletal Radiol.* janv 2016;45(1):49-55.
17. Farrell SF, Smith AD, Hancock MJ, Webb AL, Sterling M. Cervical spine findings on MRI in people with neck pain compared with pain-free controls: A systematic review and meta-analysis. *J Magn Reson Imaging.* juin 2019;49(6):1638-54.
18. Ka - L'imagerie médicale et son intérêt en rééducation
(2ème partie) [Internet]. [cité 27 août 2019]. Disponible sur: <https://www.kineactu.com/article/2038-l-imagerie-medecale-et-son-interet-en-reeducation-br-2eme-partie>
19. All you ever wanted to know about back pain. 3 févr 2018 [cité 28 avr 2020]; Disponible sur: <https://www.rte.ie/brainstorm/2018/0130/937071-all-you-ever-wanted-to-know-about-back-pain/>
20. Ash LM, Modic MT, Obuchowski NA, Ross JS, Brant-Zawadzki MN, Grooff PN. Effects of Diagnostic Information, Per Se, on Patient Outcomes in Acute Radiculopathy and Low Back Pain. *Am J Neuroradiol.* juin 2008;29(6):1098-103.
21. Guide de bon usage de l'imagerie [Internet]. [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: https://www.irsu.fr/FR/professionnels_sante/documentation/Documents/guide_bon_usage_imagerie.pdf
22. Darlow B. Beliefs about back pain: The confluence of client, clinician and community. *Int J Osteopath Med.* juin 2016;20:53-61.
23. Stewart M, Loftus S. Sticks and Stones: The Impact of Language in Musculoskeletal Rehabilitation. *J Orthop Sports Phys Ther.* juill 2018;48(7):519-22.
24. Lim YZ, Chou L, Au RT, Seneviwickrama KMD, Cicuttini FM, Briggs AM, et al. People with low back pain want clear, consistent and personalised information on prognosis, treatment options and self-management strategies: a systematic review. *J Physiother.* juill 2019;65(3):124-35.
25. Chou L, Ellis L, Papandony M, Seneviwickrama KLMD, Cicuttini FM, Sullivan K, et al. Patients' perceived needs of osteoarthritis health information: A systematic scoping review. Agarwal S, éditeur. *PLOS ONE.* 16 avr 2018;13(4):e0195489.
26. 50 Shades of Pain with Prof. Lorimer Moseley [Internet]. Trust me, I'm a Physiotherapist. 2017 [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://trustmephysiotherapy.com/50-shades-of-pain-with-lorimer-moseley/>
27. Mazzola O. Indications à l'imagerie dans la lombalgie chez l'adulte. *Rev Médicale Suisse.* 2013;5.
28. Chad Cook, Eric Hegedus. *Orthopedic Physical Examination Tests: An Evidence-Based Approach.* Pearson. Vol. 2nd edition. 2017. 548 pages.

29. Florence Vincent. A quoi sert l'imagerie médicale ? Le magazine de l'institut régional de médecine du sport de Haute-Normandie. 2015;
30. Potier R. L'imagerie médicale à l'épreuve du regard: Enjeux éthiques d'une clinique face à l'image. Clin Méditerranéennes. 2007;76(2):77.
31. Potier R. L'image du corps à l'épreuve de l'imagerie médicale. Champ Psychosom. 2008;n° 52(4):17.
32. Kendall NAS, Linton SJ, Main C. Psychosocial Yellow Flags for acute low back pain: 'Yellow Flags'; as an analogue to 'Red Flags'; Eur J Pain. mars 1998;2(1):87-9.
33. Berquin A, Grisart J. Lombalgie : le poids des mots, le choc des radios. In: Les défis de la douleur chronique [Internet]. Wavre: Mardaga; 2016. p. 455-76. (PSY-Émotion, intervention, santé). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-defis-de-la-douleur-chronique--9782804703233-p-455.htm>
34. Darlow B, Dowell A, Baxter GD, Mathieson F, Perry M, Dean S. The Enduring Impact of What Clinicians Say to People With Low Back Pain. Ann Fam Med. 1 nov 2013;11(6):527-34.
35. Traeger AC, Hübscher M, Henschke N, Moseley GL, Lee H, McAuley JH. Effect of Primary Care–Based Education on Reassurance in Patients With Acute Low Back Pain: Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 1 mai 2015;175(5):733.
36. Jacky Beillerot. DE L'APPRENTISSAGE SOCIAL AU SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNEL Autour de l'oeuvre d'Albert Bandura. L'Harmattan. 2004.
37. 65 outils pour accompagner le changement individuel et collectif. Editions d'Organisation. 2011. 380 p.
38. Fine B, Dhanoa D. Critères de pertinence de l'imagerie. Can Fam Physician. mars 2014;60(3):e144-6.
39. Nguyen C, Poiraudau S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. Rev Rhum. juin 2009;76(6):537-42.
40. Colloca L. Nocebo effects can make you feel pain. Science. 6 oct 2017;358(6359):44-44.
41. Defontaine Catteau M-C. Représentations psychiques de l'intérieur du corps: étude rétrospective des dessins de l'intérieur du corps de 31 patients douloureux chroniques. Douleur Analgésie. déc 2010;23(4):213-8.
42. pratique professionnelle - Le compte-rendu radiologique : à fond la forme - EM[consulte [Internet]. [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/122132>
43. Morvan G. L'imagerie médicale diagnostique est-elle iatrogène ? Bull Académie Natl Médecine. avr 2014;198(4-5):725-43.

44. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. *Santé Publique*. 2008;20(5):489.
45. Fournier C, Buttet P. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. 2009;39.
46. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.
47. 11-07 Un humanisme médical pour notre temps [Internet]. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2011 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/11-07-un-humanisme-medical-pour-notre-temps/>
48. Remondière R. Écrire pour être lu, parler pour être entendu : les professionnels s'expriment pour être compris. *Kinésithérapie Rev*. avr 2016;16(172):1-2.

Liste des annexes

ANNEXE I : Post publié sur Facebook

ANNEXE II : Autorisation pour l'enregistrement audio et/ou l'exploitation de données orales/écrites

ANNEXE III : Grille d'entretien

ANNEXE IV : Exemple de retranscription d'un entretien : Entretien de MK2

ANNEXE V : Typical Words to Avoid and Alternatives for Patients

ANNEXE VI : Mots typiques à éviter et des alternatives pour les patients

ANNEXE VII : « *La trahison des images* »

ANNEXE VIII : L'effet Koulechov

ANNEXE IX : Le « *protectomètre* »

ANNEXE X : La neuromatrice de Melzack

ANNEXE XI : Les niveaux de communication

ANNEXE XII : « *What makes a good physio ?* »

ANNEXE XIII : Vignette réalisée par l'auteur pour l'épreuve du « *Mémoire en 180 secondes* ».

ANNEXE I : Post publié sur Facebook

[ENTRETIENS MÉMOIRE KINÉ]

Bonjour,

Actuellement étudiante de K4 à l'IFMK d'Alsace, dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse aux croyances véhiculées par les comptes-rendus d'imageries médicales chez les patients douloureux chroniques et de leurs impacts sur la prise en charge de la douleur.

Je souhaiterais donc m'entretenir avec des masseurs-kinésithérapeutes afin de mettre en évidence la manière concrète dont ils abordent ces imageries avec leurs patients.

Si mon thème vous intéresse vous pouvez me contacter par message privé ou par mail

Merci beaucoup !

Laëtitia

ANNEXE II : Autorisation pour l'enregistrement audio et/ou l'exploitation de données orales/écrites



Autorisation pour l'enregistrement audio et/ou l'exploitation de données orales/écrites

Présentation de l'enquête

Titre du travail : Imageries médicales et croyances chez le patient douloureux chronique.

Nom et prénom de l'étudiant : GRIESEMER Laëtitia

Directeur de mémoire : M. WENGER Yannick

Ces recherches ne sont possibles que grâce au consentement libre et éclairé des personnes qui acceptent d'être interrogées.

Autorisation

Je soussigné(e)

- autorise par la présente à être enregistré(s) en audio lors des différentes rencontres avec l'étudiant cité au début de ce document ;

- autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonymisée ;

- autorise la collecte de données sur M. ou Mme représenté(e) légalement par moi-même ;

- prends acte que pour toutes ces utilisations scientifiques des données ainsi enregistrées seront *anonymisées* ; ceci signifie que les transcriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants ;

- souhaite que la contrainte supplémentaire suivante soit respectée :

Lieu et date :

Signature :

GRILLE D'ENTRETIEN

Mémoire de recherche qualitative :

Des mots sur des maux :

L'abord des comptes-rendus d'imageries médicale chez le patient douloureux chronique

Question de recherche : « Comment aborder les comptes-rendus d'imageries médicales avec les patients douloureux chroniques ? »

Question de départ : « Comment abordez-vous les comptes-rendus d'imageries médicales avec vos patients douloureux chroniques ? »

Imagerie médicale	Douleur	Discours thérapeutique	Croyances	Nocebos
Regardée / non regardée	Initiation à la neurophysiologie de la douleur ?	Choix des mots : médicaux, vulgarisation ?	Connaissances des MK sur les croyances des patients	Poids des mots
Demandées aux patients ou tendues par les patients ?	Abord de la douleur avec le patient	Métaphores, comparaisons	Stratégies d'identification	Termes/ expression à éviter
Temps passé à les regarder en moyenne ?	Evaluation de la douleur ?	Recours à la littérature (études, des chiffres, des exemples)	Stratégies d'évitement	Rattraper un lapsus
Abord du compte rendu avant ou après examen clinique	Examen clinique	Réception du discours par les patients	Fatalité ?	Imageries : utilité ?
Impact sur la suite du traitement ?	Education à la douleur		Perturbation de la prise en charge	
Vrai « plus » ou vrai « frein » ?		Place des médecins	Conscience des patients sur le phénomène	
Discours des autres professionnels de santé		Place des autres professionnels de santé	Nocebos	

ANNEXE IV : Exemple de retranscription d'un entretien : Entretien de MK2

ENTRETIEN 2	23/10/19	01:16:38
K2 : téléphone	35 ans	
Exerce depuis 10 ans	Milieu urbain	
Formations suivies	Mc Kenzie Clinique du coureur Préparateur physique dans le milieu du sport Thérapie manuelle Formation sur la douleur Crochetage K-taping	
« <i>Comment abordez-vous les imageries médicales avec vos patients douloureux chronique ?</i> » Bah déjà on en parle au départ des fois il y a des gens qui n'en n'ont pas dans ce cas le travail il est hyper facilité et des fois, forcément, vu que c'est des douloureux chroniques ça fait ben admettons deux ans qu'ils vont de cabinet en cabinet et qu'ils ont fait toutes les imageries du monde. Sauf que toutes les imageries vont trouver forcément quelque chose qui, dans le cadre d'un douloureux chronique, n'a pas de rapport en fait avec l'affection. Donc jusque-là normalement je ne t'apprends rien. Donc du coup, moi comment je l'aborde, je leur demande déjà simplement : « <i>est-ce que vous avez une imagerie</i> », « <i>oui j'en ai</i> » et les patients me disent : « <i>j'ai une hernie en L3 L4</i> » par exemple. Et là je leur dis : « <i>qu'est-ce que vous savez de ça ? est-ce que ça vous inquiète des choses comme ça ?</i> » et après là-dessus le patient réagit donc déjà j'ouvre le discours, et après je leur montre les études qui ont été faites sur le sujet. Je ne sais pas si tu as l'étude où ils ont fait des imageries et des IRM sur tous les patients asymptomatiques, c'est une revue systématique par tranches d'âge en fait, ils ont montré que par exemple entre quarante et cinquante ans, soixante-dix pourcents des gens ont une dégénérescence discale. Donc là-dessus déjà, soit ils tiquent soit ils ne tiquent pas et vont te répondre : « <i>Ah ouais d'accord donc je ne m'inquiète pas pour l'imagerie</i> » donc là dans ce cas, c'est facile et puis tu en as d'autres qui reste sur leurs idées. Et dans ce cas-là l'idée pour moi c'est de changer les mots déjà pour commencer. Par exemple, l'arthrose je vais plus te dire que c'est un plateau vertébral plus stable des choses comme ça. Sinon l'arthrose je vais dire que c'est comme les rides de l'extérieur qui ne font pas mal, l'arthrose c'est juste les rides de l'intérieur, ça ne fait pas mal non plus. Des choses comme ça. Donc je change un peu la sémantique pour dédramatiser un peu l'imagerie. Quand ils ne me croient pas sur parole et que la revue systématique ne les persuade pas qu'on n'en a rien à foutre de ce qu'il y a écrit sur ce compte-rendu.		

Si tu lis toute la littérature sur les douloureux chroniques tout le monde en vient à exactement la même conclusion : il faut s'éloigner du modèle biomécanique et de l'anatomie et de la lésion. Donc déjà pour un patient qui n'est pas chronique il faut s'en éloigner mais c'est encore plus le cas sur un patient chronique. Plus un patient est chronique plus il a tendance à vouloir que sa lésion soit purement biomécanique ou anatomique. À partir de là s'il a toujours cette croyance-là, on n'avancera pas dans notre traitement. Il faut que la personne comprenne vraiment que son problème vient du cerveau et que son cerveau surinterprète toutes les informations qu'il a. Donc à partir de là, l'anatomie il faut vraiment qu'ils comprennent que c'est un des premiers pas à faire dans la rééducation d'un patient douloureux chronique. Donc avec ça j'utilise les revues systématiques. Il y en a une qui est très visuelle, je n'ai pas le nom mais je te la mettrai après dans la conversation qu'on a. En fait ils ont fait ça sous forme de schémas un petit peu avec toutes les pathologies des imageries avec les différentes tranches d'âge. Ils ont mis en face de ça des pourcentages de gens qui ont vraiment ses affections-là mais qui n'ont pas mal du tout.

Donc il y a ça, après je change le vocabulaire de ce qu'il y a sur leurs comptes rendus de radio pour éviter de créer de la nociception en plus. Du coup je reste positif le plus possible c'est-à-dire que leur dos va bien, le problème n'est pas anatomique, qu'ils soient rassurés là-dessus. Dans le pire des cas, que leur IRM ou la radio nous permet de voir qu'il n'y a rien de grave toujours dans leur dos, toujours dans cette logique de rassurer.

Voilà pour les imageries c'est déjà pas mal parce que les imageries ont un réel impact sur leur douleur.

Et donc sur la suite du traitement ?

Et donc sur la suite du traitement parce que si la personne, ou un douloureux chronique quel qu'il soit, s'il est toujours convaincu que la douleur vient de son dos et que toi tu ne fais rien en rapport avec son dos va y avoir un problème quoi, le patient ne va pas adhérer, le patient ne va pas être à cent pour cent dans le truc, il ne va pas comprendre que tu ne lui fasses pas un massage dans le dos. Vu que pour lui il a mal au dos. Tu vois le truc ? Du coup pour moi ça fait partie quasiment du premier pas, premier contact avec les patients douloureux chroniques. Sachant que la première séance où tu le vois ce patient-là, tu as une petite idée s'il est douloureux chronique mais tu n'es pas sûre à cent pour cent donc tu prends deux ou trois séances à rechercher ce côté biomécanique malgré tout. Et puis à un moment quand tu vois que tu lui proposes des exercices et que tu vois que ça n'a rien changé : « non j'ai toujours mal le matin, j'ai toujours mal à droite à gauche » tu vois vite un petit peu quel patient est sujet à ça. Sachant que ça c'est valable pour un patient douloureux chronique mais c'est aussi valable pour un patient non chronique en fait. Ce n'est pas parce que à l'échographie tu vois qu'il y a une tendinopathie qu'il a une tendinopathie. Mais alors après je ne sais pas si tu as déjà abordé ce sujet-là à l'école C'est pour ça que dans les messages je te disais que tu allais gagner des années de pratique, c'est que si tu as intégré ça dès maintenant c'est que tu as tout compris quoi. Je te dirais même que sur une entorse fraîche la douleur ressentie elle n'est pas forcément liée à la gravité

de la lésion, elle est aussi liée à ton expérience de l'entorse : si tu en as déjà fait cent cinquante tu n'auras pas mal, tu la gèreras et tout va bien se passer. Elles ont mal été traitées avant mais tu vas gérer la douleur il n'y aura pas de souci. Un rugbyman il s'est fracassé cinquante fois l'arcade dans l'année il a pas mal hein, alors tu une danseuse étoile tu lui fracasse l'arcade une fois elle est en arrêt de travail pendant quinze jours et il y a un traumatisme derrière. Donc du coup c'est valable en fait pour tous tes patients. Et que ce soit pour une IRM pour le cou, pour l'épaule, pour le dos un tendon ou quoi ou qu'est-ce. Tu peux avoir un tendon inflammé avec une douleur au coude mais que le problème ne soit pas une tendinopathie et que ce soit un problème purement cervical par exemple. Je ne sais pas si je t'ai parlé chinois là ou pas.

Ah non pas du tout ça va ça me parle beaucoup.

Toi vu que tu n'as pas encore de patients à proprement parler entre tes mains c'est, je sais qu'à ton niveau, à ton âge, j'aurais peut-être tiqué un peu sur l'information tu vois ?

Parce que ça va à l'encontre de ce qu'on nous enseigne ?

Parce que ça va à l'encontre de ce qu'on nous enseigne, oui. Si on reste dans les mots « hernie », « c'est normal que vous ayez mal », « attention à votre dos », « protégez votre dos », en fait la douleur ne passe jamais. C'est du catastrophisme pur et dur il ne faut surtout pas faire ça il ne faut surtout pas se baser sur les comptes rendus. Du coup ça t'oblige à travailler avec des médecins qui sont dans la même optique sinon ...C'est une des difficultés que tu as quand tu traites des douloureux chroniques, c'est que les médecins, je n'ai pas l'impression que la majeure partie des médecins, attention je vais pas tous les mettre dans le même sac, mais la plupart n'ont pas intégré ça. Les radiologues on n'en parle même pas, parce que sinon ils arrêteraient de faire ce boulot-là.

Le médecin, sa seule arme c'est le médicament : donc il donne des médicaments. Quand ta seule arme c'est un marteau tu as tendance à penser que tous les problèmes sont des clous. Donc ils filent des médicaments et après c'est nous qui récupérons les patients avec des douleurs pendant des mois des mois voire des années. Mais si tu travailles avec des médecins et que tu leur expliques comment tu travailles, comment toi tu comptes travailler à l'avenir, du coup ils vont s'adapter à toi, et si ils sont intelligents ils vont dire : « bon vous allez voir cette dame-là, elle va vous expliquer et on adaptera le traitement en fonction de ce qu'elle, elle dit » ; c'est comme ça qu'il faut que ça marche.

Justement pour rebondir là-dessus la question de mon mémoire à la base n'était pas celle qu'elle est maintenant, je voulais justement aller interroger les médecins pour remonter à la source du « problème » entre guillemets mais je me suis pris refus sur refus de leurs parts.

Ah bah là tu vas te faire remballer parce qu'ils ne sont pas sensibilisés à ça, nous dans notre travail on commence à le faire et à faire passer des infos tu vois. Mais au compte-

goutte. Cet avis tu ne l'auras jamais, ou difficilement, c'est comme si tu demandais à un élève de CM2 son avis sur les asymptotes, il ne sait pas, il va te dire de « quoi tu me parles ?! ». Et du coup vu qu'ils sont au-dessus de nous, ça veut dire que quelqu'un qui est en dessous d'eux saurait mieux... Du coup il y a aussi une histoire d'ego.

Ça c'est moi qui le dis ce n'est pas prouvé mais bon je pense que c'est comme ça que ça marche. Il y a une histoire d'ego qui fait que « non le kiné il ne sait pas mieux que moi ce que c'est que la douleur », mais après dans ton mémoire tu peux dire que normalement les médecins ils sont censés suivre le protocole qui leur dit que normalement, un radiologue par exemple, doit mettre que son compte-rendu ne fait pas office de diagnostic. Et là si il faisait ça, nous ça nous faciliterait déjà beaucoup de travail. Parce qu'on pourrait dire au patient « regardez ce qu'il y a écrit à la dernière ligne ». Mais ça normalement ils sont obligés de le faire, mais ce n'est pas fait. Tout ça c'est écrit normalement sur le guide pratique du radiologue. Alors je n'ai pas le nom exact mais c'est un truc comme ça. C'est une charte qu'ont les radiologues, et normalement ils sont censés mettre que ça ne fait pas office de diagnostic et que ça doit être confronté à l'examen clinique. Donc déjà ça, ça serait une bonne chose, et puis après pour les médecins j'ai envie de te dire, faut avoir une bonne relation avec les médecins, et être installé depuis un petit moment pour avoir une crédibilité à leurs yeux, et qu'ils daignent te faire confiance. Mais j'ai envie de te dire c'est un faux problème parce que les patients, au bout d'un certain temps ils se rendent compte que les médecins sont dépassés par ça. Au bout de deux ans où quelqu'un a mal, ils se disent : « bah en fait mon médecin il ne va rien changer », donc si toi tu arrives avec des vrais arguments et une vraie prise en charge, le patient va aller tout le temps dans ton sens. Et ce n'est pas compliqué vu que normalement tu vas lui proposer deux cents fois ce que le médecin lui a proposé. Ce que je fais beaucoup moi c'est que je leur donne des extraits de bouquins, des vidéos YouTube, et je mets des images sur ce que je leur raconte. Je ne leur parle jamais de zone anatomique, je parle toujours d'autres choses, comment t'expliquer ? Par exemple pour parler d'un manque de mobilité du rachis lombaire je prends comme image un tiroir, jamais je ne leur dis : « ton disque il bouge un petit peu en dessous ou au-dessus de la vertèbre », je leur dis : « c'est un tiroir qui a du mal à s'ouvrir et à se fermer ». Tout ça pour ne pas devenir kinésiophobique. Tout ça tu le références, tu as tous les articles possibles et imaginables, c'est souvent en anglais donc pour les patients ça pose problème, après tu as des vidéos, tu as des podcasts, il y a pleins de trucs comme ça à leur proposer. Et au bout de cent informations qui vont dans le même sens, le patient il a tendance à te croire, quand la seule réponse de son médecin c'est : « prenez un peu de morphine ». Parce que la seule réponse du médecin c'est ça, ou « on va faire une infiltration » ou tous les trucs qu'on peut entendre. On pourrait faire un bouquin sur les trucs qu'on entend quoi.

Et du coup par rapport à ça, selon vous il y aurait des termes ou des expressions à éviter justement ?

Ah ben oui toutes les expressions qui vont créer un potentiel nocebo il faut les éviter. Donc tous les mots comme « hernie », « arthrose » tous faut les éviter en fait. Pour parler d'hernie discale tu dis : « bah vous avez un hamburger sur lequel vous avez un peu trop

croqué vers l'avant » par exemple. Pour l'arthrose je dis que : « c'est encore plus stable en fait », pour la dégénérescence discale je dis « que c'est des rides, et que les rides ne font pas mal ». Après il y a que ton imagination qui peut te limiter la.

Après tu as plein de bouquins là-dessus qui te donnent plein d'idées à raconter au patient. Tu vois par exemple un patient qui assimile l'effort physique ou le sport à une douleur parce que deux jours après avoir fait une séance que toi tu as fait du style cardio et tout, dix minutes de step, cinq minutes de marche et trois soulevés de poids et qui te dit : « punaise trois jours après j'ai eu mal, on ne refait plus jamais cette séance là c'était trop douloureux ». Tu lui dis : « est-ce que c'est vraiment le sport qui a fait mal ou pas ». Moi j'ai toujours l'image du marsupial qu'on envoie dans la baignoire, sachant que dans la baignoire, le patient il est en train de se baigner avec un hippopotame, un crocodile et un lion, et qu'on inculpe le marsupial d'avoir fait déborder la baignoire. Donc la baignoire elle est déjà remplie à rabord avec de gros animaux et c'est le petit rat que tu vas mettre dedans qui va faire déborder la baignoire. Du coup comme ça en imageant tout le temps ça laisse un petit impact au patient. Et vu qu'on sait que le problème est dans le cerveau tous les impacts positifs vont avoir un effet positif. Donc tous les gros mots je les reformule. Où j'essaye en tout cas. Des fois tu es obligée de les aborder mais tu les reformules le mieux possible.

Quand vous parlez de douleur qui vient du cerveau, vous n'avez pas peur que ce soit mal interprété par le patient ? Par exemple j'ai déjà -entendu des patients me dire : « Le kiné m'a dit que ma douleur c'était dans ma tête », alors que je sais pertinemment que ce n'est pas ça qui a été dit, et que ça a juste été mal interprété.

Moi je ne leur dis pas que c'est dans leur cerveau. Alors j'ai fait la bêtise de leur dire, et je me suis rendu compte qu'il y avait quelques patients qui ne revenaient pas. Et pour en avoir parlé avec eux après : « ouais nan vous m'avez dit que ma douleur c'était dans ma tête, vous ne me croyez pas » et tout. Donc après il faut insister sur le fait que leur douleur elle est vraiment présente, que tu les crois, et qu'ils ont vraiment mal. Parce que la majeure partie des gens disent qu'ils sont psys, donc il ne faut surtout pas partir là-dessus. Donc je ne leur dis pas que la douleur est dans leur tête, j'ouvre plutôt le débat en leur disant : « Est-ce que vous savez ce que c'est que la douleur ? » et donc là les patients te disent : « la douleur c'est par exemple vous vous cognez, ça fait mal », enfin tu vois tout ce qu'un patient peut te dire là-dessus. Et là toi tu lui expliques un petit peu, moi je leur sors la définition de l'INSERM, donc c'est : « une lésion, ou pas, lié à un état émotionnel etcetera etcetera », tu connais mieux la définition que moi normalement. Là les patients ça commence à les faire réfléchir, et là je dis : « c'est comme votre maison, vous mettez le système d'alarme à quarante mètres de la maison, dès qu'il va y avoir un oiseau ou un chat qui va passer, l'alarme elle va sonner. Alors que non, l'alarme elle est faite de telle manière que le réglage soit mis pour que si quelqu'un passe la porte ou défonce la fenêtre, que là ça sonne. Et vous vous êtes plutôt dans le premier cas où l'alarme est mise un peu trop loin et vous sentez trop fort les choses, dès qu'il y a un chat qui passe, ça fait mal ». Du coup à aucun moment j'ai dit que c'était dans leur tête, mais ils ont compris qu'ils étaient

trop sensibles. Donc je leur dis que le but de la rééducation ça va être de ramener le système d'alarme dans un premier temps de quarante mètres à trente-cinq, puis de trente-cinq à trente etcetera etcetera. Là-dessus ils te demandant : « Ah oui mais comment on fait ça ? » alors là tu leur dit : « on va déjà faire un bilan, on va voir si c'est de la kinésiophobie que vous avez, des problèmes de sommeil, d'alimentation, voire même un problème familial, et en fonction de ça on avisera ». Et là quand je leur dis ça je lance des exemples de gens qui ont mal au dos parce que juste dans le contexte du travail, ils lèvent des caisses, alors que quand ils portent leurs fils qui fait le même poids voir plus, ça leur fait pas mal. Du coup les gens ont assimilé un petit peu un contexte à la douleur, donc le cerveau dès qu'il rentre dans une pièce, il va avoir mal. Après des exemples tu en as à la pelle. Je donne aussi des exemples comme quoi le contexte peut faire des réactions inflammatoires à lui tout seul sans avoir besoin de nociception. Alors je ne sais plus qui a fait cette expérience, mais tu sais celle où ils ont mis un rat dans une cage, ils lui ont fait un électrochoc, et du coup ils ont fait une prise de sang, ils ont vu qu'il y avait une protéine inflammatoire, donc ils ont vu qu'il y avait une inflammation, et la fois d'après ils ont ramené le rat dans cette cage-là, et le rat, sans-même avoir l'électrochoc, il a déjà commencé à faire de l'inflammation. Donc je leur donne la référence, ils vont regarder etcetera etcetera. Et puis là-dessus le dialogue est ouvert et tu commences à prendre en crédibilité. Mais à aucun moment je dis que le problème est dans leur cerveau etcetera etcetera.

Donc de manière générale, les patients sont assez ouverts aux chiffres et aux études ?

Ben ça dépend du patient que tu as en face de toi. Un mec qui a fait CFP + tu lui montreras juste les chiffres et il va te croire, et il va aller lire un bouquin même. Un patient qui est CFP-, une vidéo YouTube ça passera mieux.

Là faut adapter. J'essaie dans la mesure du possible d'adapter mes exemples à la personne que j'ai en face de moi. Un cuistot, ça l'impactera plus l'histoire du hamburger qu'un militaire. Tu vois ce que je veux dire ? un militaire j'utiliserai peut-être plutôt le champ sémantique de la guerre plutôt que le champ sémantique de la cuisine. Parce que en fait, à chaque fois que le militaire va se retrouver dans le cadre de son travail, mon image va lui revenir en tête et va stimuler l'aire cérébrale en question. Plus de fois dans la journée en fait. Vu qu'il est toujours dans ce contexte-là, mon histoire va potentiellement lui revenir en tête à chaque fois. Alors que si je lui parle de la cuisine, ça va peut-être lui revenir en tête que à midi. Il faut essayer de contextualiser un maximum pour que la personne s'en souvienne et puis que potentiellement elle le raconte à ses collègues et que ça parle aussi à ses collègues. Et puis s'il en parle à ses collègues c'est que t'as fait une bonne partie du travail. T'as gagné en compréhension, t'as toujours rien guérir, mais le mec va adhérer à ce que tu proposes.

J'avais un autre point, est-ce que justement les patients ont conscience de s'être enrôlés dans un modèle biomédical qu'on leur a du coup plus ou moins imposé ?

Ah bien sûr, ça ça vient très vite. Ils se rendent bien compte. Alors certains ça met du temps, ils vont peut-être voir ailleurs et tout, mais quand un an après ils ont toujours mal, ils sont bien obligés d'admettre que le problème ce n'est peut-être pas ça. Mais pour ça il faut absolument désamorcer la bombe dès le départ. Si tu ne la désamorces pas, et que tu laisses toujours le doute planer comme quoi il y a une possibilité que le problème soit biomécanique et biomédical, tu n'y arriveras pas. L'être Humain est ainsi fait : s'il n'est pas dos au mur, il choisira toujours l'option la plus facile, l'option qui lui parle le plus. Et l'option qui nous parle le plus aujourd'hui en France en 2019, c'est le biomécanique. Et donc du coup, là tu n'avanceras pas dans ton traitement, ou beaucoup moins vite, je pense.

Donc ces croyances ce n'est pas forcément une fatalité si on arrive à les identifier dès le départ ?

Je pense. Après une fois de plus, plus la personne est intelligente, plus ça sera facile de lui faire passer le message. Vu que c'est tellement contextuel, suffit que tu aies le mari qui dise « Ouais mais ton kiné il raconte que des conneries », tu vois bien le genre de mari que ça peut être, qui boit des bières le soir avec une pizza, qui lui raconte « T'as une hernie t'as une hernie, faut aller te faire opérer, mon pote Robert il a eu le même problème, il s'est fait opérer et ça allait mieux après ». Tu vois ? là quand t'as tout qui joue contre toi, plus le médecin, plus le chirurgien plus tout, il faut soit que tu sois très très forte ou qu'il y ai quelque chose qui se passe dans la tête de la personne. Mais il y a des fois où je pense que c'est peine perdue. L'éducation est prépondérante.

Donc ce n'est pas une fatalité... non ce n'est pas une fatalité parce qu'il y a beaucoup de gens qui le comprennent, mais il ne faut pas que l'entourage mette trop la pression. Si tu as les copains qui disent certains trucs, plus le mari, plus le médecin plus le chirurgien, toi en tant que « petite kiné » tu vas avoir du mal à lui faire changer sa manière de voir. Et ceux malgré tous les articles que tu vas pouvoir lui donner et toutes les images que tu vas pouvoir lui proposer. Malheureusement. Et je pense que c'est d'ailleurs un peu pour ça que dans toutes les études, le niveau socio-économique et intellectuel est une des valeurs prédictives de la réussite d'un traitement. Parce que justement ce sont des personnes qui sont capables de sortir de leurs croyances, de se remettre en question, de t'écouter, de te faire confiance sans écouter l'ostéo du coin, ou les chirs ou le médecin qui lui disent que il a une hernie et qu'il va lui faire rentrer son hernie ou que je sais pas quoi, ou qu'il faut lui couper son hernie ..où là... Va y avoir un problème quoi.

C'est justement ce sur quoi j'aimerais ouvrir mon travail justement, la nécessité d'un travail pluridisciplinaire

Oui seuls on n'y arrivera pas facilement. Là il faut déjà que le médecin aille dans ton sens et voir même s'aider de psychologues. Parce que tant que le problème est la croyance de l'imagerie, un problème de peur du mouvement ou de croyances que c'est l'activité physique qui pose un problème, si le problème c'est juste ça c'est très facile. Tu vas pouvoir avoir de très bons résultats toi en temps que kiné. Le problème c'est quand tu as une situation familiale, professionnelle ou financière qui se rajoute à ça. Là toi

concrètement tu ne pourras rien faire, c'est la psychologue qui va devoir prendre le relais. Et donc là il faut s'aider d'un professionnel de santé là-dessus quoi. Parce que toi tu pourras, s c'est une femme par exemple qui a un enfant et qui n'a pas voulu avoir cet enfant et qui se retrouve avec cet enfant-là et que sa douleur selon ton bilan est basée là-dessus, qu'est-ce que tu vas bien pouvoir y faire toi ? tu n'es as formée pour ça, tu vas te perdre. Et ce n'est pas ton travail d'ailleurs de le faire. Donc là il faut orienter vers une psychologue qui soit qui elle-même déjà ai conscience que la douleur et la tête peuvent être liés, déjà ça ce n'est pas si évident que ça, et après faut être vraiment en lien avec elle. Parce que si tout le monde va dans le même sens ça sera beaucoup plus simple. Et puis si le médecin dit « faites confiance au kiné, votre douleur c'est pas votre hernie etcetera », que lui en rajoute une couche, que toi tu en rajoutes une couche, que tu rajoutes un bon vocabulaire adéquat, que tu désamorces les bombes des imageries, de la croyance du mouvement et de l'activité physique, et que la psychologue désamorce la bombe de la relation à la maison, que en plus tu donnes des conseils de sommeil, d'alimentation, de prendre plus l'air et de faire un peu plus de sport, là du coup tu vas commencer à devenir efficace sur la douleur chronique. Donc effectivement si tu arrives à faire travailler les gens ensemble, c'est très bien. Je ne sais pas s'il y a des études qui ont été faites là-dessus mais je pense que les résultats peuvent passer du tout au rien.

Parce que oui ce que dit le médecin est souvent considéré comme « parole d'évangile » pour les patients, mais tu t'apercevras qu'au bout de dix ans d'exercice, ta patientèle sera constituée de gens qui vont chez le médecin juste pour avoir l'ordonnance pour être remboursé, au bout d'un moment. Mais du coup si le médecin pouvait aller en plus dans ton sens, ça t'aiderait. Parce que sur certains trucs il a moins de poids que toi, mais s'il rajoute du coup le poids est surmultiplié. Si le kiné et le médecin vont dans le même sens... après s'il y a le chirurgien en plus qui pouvait aller dans le même sens ça sera bien mais là je pense que ne se fera jamais. En pensant comme ça pour les douleurs chroniques tu vas à l'encontre de ce qu'un chirurgien peut penser, et tu vas à l'encontre de son gagne-pain. Parce que si le chirurgien, toutes ses opérations qu'il fait, du dos ou quoi ou qu'est-ce il les fait plus, il va avoir un problème. Donc là tu vois il a un conflit d'intérêt pour le chirurgien quand-même. Lui il a tout intérêt à opérer. Donc eux tu ne pourras jamais les convaincre. Les médecins oui je pense que c'est quand même faisable. En le faisant bien, en faisant passer un peu de doc, en ayant de bonnes relations je pense que c'est faisable. En théorie, en pratique après ça va te demander beaucoup d'efforts pour peu de résultats. Mais c'est la formation des médecins qui doit être améliorée.

Je ne sais pas du tout ce qu'il leur est enseigné et comment ça leur est enseigné.

Ben on ne leur enseigne pas ça. On leur enseigne que les douleurs c'est des antalgiques, puis si les antalgiques simples ne fonctionnent pas on passe sur des antalgiques plus des antidépresseurs pour les douleurs de type neurologique. Et puis si ça ne marche pas on passe à la morphine etcetera etcetera. Mais après moi là où je suis il y a certains médecins qui disent : « Ben écoutez vos douleurs je ne vous cache pas que je suis un peu perdu, je n'ai pas la main, je ne saurais pas quoi vous conseiller », et puis tu en auras un autre qui

te diras « ah oui vous êtes fibromyalgique, c'est dans votre tête on ne pourra rien faire ». Voilà. Donc ils ne sont pas formés du tout à ça. Dans le meilleur des cas le mec admet qu'il ne va pas pouvoir faire grand-chose, et « si vous avez une autre idée faites-là et j'irai dans votre sens », dans le pire des cas ça sera « vous avez une fibromyalgie » tient prends-toi ça dans les dents, plus « ben on ne pourra rien faire pour vous ». Mais ce n'est pas vrai du tout.

Donc voilà. Et les chirurgiens je pense que malheureusement c'est peine perdue de chez peine perdue. Et puis en plus pour leur parler ... je ne sais pas comment il faut faire pour parler à un chirurgien. Si ce n'est te prendre un grand coup dans ton égo et te sentir comme une merde, je pense que c'est le seul truc que tu auras gagné. Mais c'est encore plus frustrant, tu sais plus que lui et tu fais plus d'efforts que lui et il s'en fout. Après tous ne sont pas pareils tu vois. Il y a bien des endroits, tu vois par exemple à Poitiers, les chirurgiens n'opèrent pas au niveau lombaire tant qu'il n'y a pas un bilan kiné lombaire McKenzie tu vois par exemple. Donc ça va quand même dans le bon sens.

D'accord, ah je ne savais pas que ce genre de procédure existait...

Donc à Poitiers, moi je suis à coté de Poitiers, j'ai la formation McKenzie. Ils n'opèrent pas tant qu'il n'y a pas un bilan lombaire McKenzie. Si toi tu ne dis pas « Ben là moi je ne peux rien faire », ils n'opèrent pas. S'ils voient un résultat de manière objective, que tu leur transmits le bilan et que te disent « Nan c'est bien, on continue la kiné ».

Après à Poitiers t'as quand même des gens qui sont spécialisés McKenzie, ils sont un peu sensibilisés à ça. C'est un peu la maison-mère, c'est pour ça que c'est bien développé.

Ceci-dit, une prise en charge McKenzie n'aidera pas beaucoup la prise en charge du patient chronique. Ça permet juste d'être un peu plus sûr que t'es pas entrain de traiter un patient chronique alors qu'il a juste un dérangement biomécanique dans son dos. Parce que ça aussi ça arrive, tu as des patients qui ont mal depuis deux ans, tu leur fais faire vingt extensions et ils n'ont plus mal. Alors après est-ce que c'était biomécanique ou est-ce que c'était la peur du mouvement d'aller en extension ? ça je ne peux pas te le dire. En tous cas ce qui est sûr c'est que les extensions ont enlevé tous les problèmes.

Mais je pense que ce que tu vas appliquer sur un patient chronique s'appliquera à tous patients. Parce que finalement pour une tendinopathie, si tu réfléchis bien : quand tu remets en charge ta tendinopathie d'Achille par exemple, tu reprends progressivement et tu augmentes la charge progressivement. Tu passes de faire des pointes de pied sur les deux pieds, à pointes de pied sur un pied, puis pointes de pied sur un pied avec du poids, puis pointes de pied sur un pied avec du poids en sautant, puis après un saut de vingt centimètres, de cinquante centimètres, d'un mètre, un sprint, etcetera. Tu passes par plusieurs positions et c'est la même rééducation qu'un patient chronique finalement. Donc finalement, est-ce que tu ne fais pas que réexposer un patient à sa douleur graduellement dans un cas comme dans l'autre ? C'est la question que je suis en train de me poser moi.

Tu vois ce que je veux dire ou pas ? Finalement est-ce la tendinopathie ce n'est pas juste la peur du mouvement, mais fort ? par exemple pour la tendinopathie d'Achille est-ce que ce n'est pas la peur d'aller fort pousser sur ton pied ? que ton cerveau il surprotège et plus tu l'exposes, plus ton cerveau déprotège à la douleur. On a bien vu, beaucoup de tendinopathies s'arranger, que les gens n'ont plus mal, mais que le tendon reste beaucoup plus volumineux. Ou qu'il y ait toujours des espèces de bombements sur le tendon.

C'est comme les tendons calcifiés, on n'en a rien à secouer. Ou les ruptures de la coiffe. Déjà les imageries sont toujours que d'un côté, il faudrait les faire des deux côtés. Parce que du coup on ne compare à rien du tout. Et généralement, quand les imageries sont faites des deux côtés, tu vois souvent l'épaule qui est bien qui est plus endommagée que l'épaule qui n'est pas bien. Donc du coup tu as un maximum de gens qui se font opérer de la coiffe alors qu'il n'y avait pas besoin. Ils étaient juste en fait en douleur chronique, ou en dérangement cervical. Des choses comme ça. Après s'ils se sont opérés et qu'ils ont un traitement médicamenteux là-dessus c'est que le kiné qui l'avait en charge n'a pas été bon. Ou qu'il n'était pas sensibilisé à ça. Parce que d'un côté on peut blâmer les médecins qui ne nous écoutent pas mais d'un autre côté on peut se blâmer nous aussi qui ne sommes pas bons dans beaucoup de prises en charge. Moi-même quand j'ai commencé, dans une prise en charge de la coiffe des rotateurs j'ai pu dire « Ah oui vous avez le sous-épineux qui est pété, on ne peut rien faire à part opérer ». Alors que si ça se trouve la personne elle a juste besoin d'être remise en confiance, de la bouger trois-quatre fois, de voir que ça ne fait pas plus mal quand elle bouge, un petit côté douleur chronique quand même, un petit côté cervical hop ça repart. Sur dix patients qui arrivent chez le chir avec un problème de coiffe des rotateurs, combien ont été traités correctement pour la douleur chronique, pour le dérangement cervical ou pour enlever la peur du mouvement ? Donc si le patient arrive chez le chir en disant : « j'ai fait vingt séances de kiné ça a servi à rien du tout », à un moment le chir il va se dire : « bon ok le kiné il est bien mignon mais bon », alors que si vingt patients arrivent en disant : « ah si la kiné ça fait du bien », là il va peut-être se remettre en question. Je ne pense pas qu'il y ait un retour suffisant de notre part pour changer leurs manières de faire et arrêter de se prendre pour des King. Ça c'est mon point de vue. C'est le même point de vue que nous on a quand on a un patient qui arrive de chez l'ostéo. Le patient dit : « ouais j'ai été chez l'ostéo, l'ostéo il m'a dit ça », et toi t'es là : « ouais mais nan je m'en fiche de ce qu'il t'a dit ton ostéo ». Donc je suppose que c'est la même chose les chirurgiens avec nous. L'ostéo il dit un truc on n'en a rien à secouer. Alors qu'il y en a certains qui ça se trouve une pratique très EBP, qui ne disent pas à leurs patients : « Oh vous avez une hernie », qui disent juste : « je vais vous remettre un peu de mouvement avec mes armes, après le reste ça sera au kiné de le faire ». Mais nous, dès qu'on entend le mot « ostéo », on ne fait pas la différence entre le bon ou le mauvais. On se dit « bon c'est un ostéo, il y a quatre-vingt-dix pourcents de chances qu'il vous ait raconté de la merde ! ». Donc le chirurgien doit se dire la même chose. Si on veut être très critique envers nous-même c'est aussi une valeur à prendre en compte. Parce que ça demande quand même d'être sacrément formé pour être sûr à cent pour cent de savoir qu'un problème ne vient pas des cervicales, donc il faut déjà que tu sois certifié McKenzie pour pouvoir le dire, pour savoir que le problème n'est pas un dérangement d'épaule

purement biomécanique, que tu sois pas sûr que ce ne soit pas une tendinopathie pour après pouvoir dire que c'est une pathologie chronique, et de faire un bilan de pathologie chronique qui englobe tout de l'hygiène de vie à la peur du mouvement, à la situation familiale et professionnelle. Ça demande quand même un certain nombre d'années de pratique pour être capable de faire ça. Ou un niveau de formation ou alors d'avoir la science infuse. Mais je ne crois pas qu'on l'ai encore.

Donc voilà mon point de vue sur les douleurs chroniques, j'espère t'avoir aidé.

Super merci beaucoup. Par rapport à ma grille d'entretien il y a juste encore un point dont on n'a pas trop parlé c'est la place de l'examen clinique dans tout ça ?

Alors l'examen clinique. Déjà pour commencer j'enlève tout probabilité que ça vienne d'une structure mécanique donc tendinopathie, dérangement cervical, enfin tout ce quoi tu peux penser en biomécanique. Et puis après tu fais passer des échelles genre SSS, je ne vais pas avoir les noms à cette heure-là, en plus c'est en anglais, si t'as des noms n'hésite pas hein haha. Tu as le CSI, donc le Center Sensibilisation Inventory pour la sensibilisation centrale, c'est une quarantaine de questions où tu ne réponds « jamais », « toujours », « un petit peu », ... du style « est-ce que vous avez des maux de tête ? est-ce que vous avez mal au dos ? est-ce que vous êtes sensible à la lumière ? », plein de trucs comme ça qui sont un peu globaux sur le corps. Après tu as un score qui sort et qui te dit que bon c'est probable sois en sensibilisation centrale. Et puis après tu as le même test qui est le SSS pour la fibromyalgie. Et puis après sinon c'est des tests tout bêtes à faire : tu prends tous les facteurs qui peuvent influencer la douleur, donc situation familiale, situation professionnelle, le salaire, la relation avec les amis, la nourriture, l'hydratation, le sommeil, enfin tous les items que tu peux imaginer, tu mets une note de zéro à dix, et là-dessus tu vas voir à quels endroits le patient te mets un « zéro » ou un « un » tu vois. Après tu fais une moyenne entre les côtés positifs et les cotés négatifs et tu vois de quel côté la balance penche. Il y a fort à parier que la balance va pencher du côté négatif. Et donc là après tu refait remplir le truc, et tu leur dis « bon cette fois dites-moi à quel endroit vous voudriez être ? » Par exemple si le patient te met le sport à « un », ben tu lui demandes à combien il aimerait le mettre, là il te répond « à cinq » par exemple. Pareil pour le sommeil... Et donc là-dessus ça lui fixe des objectifs, et c'est important d'avoir des objectifs. Des objectifs réalisables en plus. Parce que s'il te dit je veux passer de cent pourcents de douleur à zéro pourcent, il faut leur dire que ça ne va pas être possible. Tu lui dis qu'on va tabler sur vingt pourcents dans un premier temps et après on verra. C'est un objectif réalisable qu'il va certainement atteindre et du coup ça va encore renforcer la prise en charge dans le traitement.

Donc on en était au bilan. Et donc de ce bilan-là, tu sais où tu vas travailler. Si le mec il te met juste « hygiène de vie très bien, alimentation très bien, il est en extérieur la majeure partie de sa journée, il fait du sport et que par contre la famille il est à zéro et que le travail il est à zéro », tu sais que ce n'est pas un patient pour toi. A mon avis. Donc là soit faut envisager une reconversion au niveau du boulot, soit pur le cas de la famille, orienter vers

une psychologue. C'est comme ça que le bilan fonctionne, à mon avis. Parce que les autres bilans du type CSI, ils te disent juste que le patient il a mal partout en fait ; et qu'il est en sensibilisation centrale. Mais jusqu'à-là tu ne sais toujours pas à cause de quoi ...est-ce que c'est à cause de son hygiène de vie ? est-ce que c'est à cause de sa vie familiale ? donc il faut que tu fasses un autre bilan qui te permette d'aller plus loin. Et après tu peux transmettre ça au médecin et tu auras plus ou moins un bon impact. Et au pire des cas tu redonnes le bilan au patient et il va aller voir la psychologue tout seul. Sachant que moi par exemple cette semaine, j'ai eu cette discussion-là avec trois patients, qui m'ont dit « ah oui je ne vous l'ai pas dit, je suis suivi par un psychologue ». Après je pense que ce n'est pas la peine d'aller trop trop loin parce que ça reste quand même du global, et ça reste de la discussion. Après si tu fais tout ça, c'est déjà pas mal. Pour seize euros treize en plus. Donc après il y a vraiment moyen de faire des prises en charge tops tu vois. Parce que ça prend du temps de faire tout ça. Tu peux le faire sur ordinateur par exemple, tu fais un tableau avec une partie éducation à la douleur, plus après une partie où il remplira le bilan, puis une autre partie de conseils sur l'hygiène et tu peux faire une séance de deux heures en n'ayant pas eu le patient en face de toi. Tu vois ce que je veux dire ou pas ? Il te rempli le bilan comme ça au fur et à mesure et t'es pas obligée d'être avec lui pendant deux heures. Parce que ça peut être long à remplir. Il faut aussi savoir qu'un douloureux chronique ne peut pas se concentrer pendant deux heures. Tu peux l'étaler sur plusieurs séances ou lui donner à remplir chez lui carrément à son rythme. Il y a des solutions, je pense qu'on est à un sur dix de comment on exploite un traitement de douloureux chronique. Si tu réussis tout le monde en face de toi qui réagit bien, que tu réussis à mettre en place des cours d'éducation à la douleur... Au Canada c'est ce qu'ils font, ils le prennent par huit et ils leurs font une où ils expliquent ce que c'est la douleur, du coup il y a le phénomène de groupe qui joue, ça fait des expériences en commun avec les gens à côté... mais nous en France on st à vingt milles kilomètres de ça. Déjà peut-être que dans vingt ans tous les médecins seront formés à ça, peut-être. C'est peut-être une vision un peu pessimiste que j'ai, peut-être que ça se fera beaucoup plus tôt. Si déjà en école de kinés c'est appris, mais d'après ce que je ne vois toujours pas vraiment...

Je pense que ça commence à changer, je vois dans notre école il y a eu un renouvellement des formateurs et on commence à ressentir ce changement de « paradigme » dans ce qu'il nous enseigne, je parle du coup de Strasbourg là, je ne sais pas comment c'est ailleurs.

Tant que ça restera sur une approche biomédicale, que tu intègres une approche biomédicale, tu vas essayer de la ressortir au patient et il ne va rien comprendre. Il y a du travail à faire, mais ça pour tous les corps de métier qui sont confrontés à la douleur. Et nous vu que la majorité de nos consultations c'est en lien avec la douleur, je trouve que c'est dommage qu'on ne sache pas ce que c'est.

Ou même qu'on pense savoir, mais à tort ?

Ou ça oui, et c'est encore pire parce qu'on renforce un mauvais schéma chez un patient. Donc du coup le patient il a mal, tu lui mets de la glace... alors qu'enfaite non quoi.

Je ne sais pas si tu as remarqué mais il y a des patients c'est la glace qui leur fait du bien, et d'autres c'est le chaud. Je ne sais pas si tu es au fait de ça mais, les DIMs et les SIMs ça ta parle ?

Oui, les Danger In Me et les Safe In Me ?

Voilà ! et ben en fait c'est des SIMs qu'ils se mettent. Si dans leurs têtes ils ont décidé que le froid ça leur faisait du bien, c'est un SIM et ça lui soulage un peu la douleur. Les dernières études montrent qu'en fait il n'y a pas trop de relation entre le froid et la douleur au niveau biomécanique. Voir même certaines fois ça endommagerait. Je ne sais pas si tu as remarqué, quand tu mets du froid sur un patient en hiver, généralement les douleurs elles augmentent un petit peu. Alors qu'en été quand il fait chaud, tu lui mets du froid la douleur elle diminue. Et c'est l'inverse pour le chaud. Alors qu'actuellement tu mets du chaud sur les patients, et ben ils sont tous ravis et leurs douleurs elles diminuent. Alors qu'en été tu leur mets du chaud, ils ont plutôt tendance à l'enlever... Alors ça c'est une explication que moi j'ai, mais c'est vrai que cette histoire de froid ou de chaud c'est tout simplement une histoire de DIMs ou de SIMs. Comme tout en fait. Un rugbyman, pour lui se prendre un pain dans la gueule c'est un SIM, il est encore plus content le soir quand il a pris un pain dans la gueule. Donc du coup chacun a sa réalité. Par exemple j'ai lu un bouquin qui disait que les sados-masos, les coups pour eux c'était des SIMs. Alors que pour toi, tu te fais fouetter, ça va être un DIM, tu ne vas pas trop prendre du plaisir tu vois. Mais après les zones du cerveau entre la douleur et le plaisir sont les mêmes donc du coup ... Je pense qu'au niveau de la douleur, et qu'au niveau soulagement de la douleur, tout n'est que DIMs et SIMs.

Une question de contexte donc ?

Question de contexte oui. Si tu as été habituée à être au Maroc, et que quand t'étais au Maroc tu as passé tes étés au Maroc, qu'il faisait quarante-cinq degrés et que t'étais avec ta famille et que tout allait bien, que tu prenais un thé à la menthe et que t'avais une odeur de menthe dans la maison. Il y a fort à parier que ce qui va te soulager chez toi ou ici en Charentes-Maritimes, ça va être quand il va faire chaud et qu'il y aura une odeur de menthe, ta douleur elle va diminuer, parce que pour toi c'est un SIM. Alors que la vision du Groenland va te provoquer un DIM. Mais c'est passionnant. Et du coup si tu penses comme ça, tu gagne dix ans d'expérience d'un coup je pense. Parce que l'effet placebo en fait c'est qu'un gros SIM, c'est en parti parce que tu crois qu'entre les mains de l'ostéo, qu'il a une petite pommade qui sent, que tu as assimilé ça à une blouse et à quelque chose qui va te rassurer, et si en plus de ça le praticien en face croit en ce qu'il fait, tu rajoutes encore un bon effet. Et tu diminues la douleur. Mais là le fait que le praticien croit en ce qu'il fait c'est pas du tout un SIM. C'est autre chose.

Donc sur la prise en charge de la douleur, je pense qu'il faut beaucoup penser en DIMs et SIMs. Et en contextes... voilà. Mais déjà si tu raisones comme ça, que tu fais passer les imageries de DIMs à SIMs, que tu réussis à faire passer une partie des choses de DIMs à

SIMs, tout va bien se passer. Sachant qu'un DIM et un SIM ne sera pas la même chose d'une personne à une autre. Comme un rugbyman versus une danseuse. Un massage tout doux peut augmenter la douleur à un rugbyman, alors qu'il va bien convenir à une danseuse. Je suis très cliché mais c'est très vrai. Un coup de poing va être un SIM pour un rugbyman, ça sera le signe d'un bon match bien réussi, alors que pour une danseuse ça va être un gros DIM.

Ok, ben merci beaucoup pour toutes ces réponses.

ANNEXE V : Typical Words to Avoid and Alternatives for Patients

TABLE	TYPICAL WORDS TO AVOID AND ALTERNATIVES FOR PATIENTS
Words to Avoid	Alternatives
Chronic degenerative changes	Normal age changes
Negative test results	Everything appears normal
Instability	Needs more strength and control
Wear and tear	Normal age changes
Neurological	Nervous system
Don't worry	Everything will be okay
Bone on bone	Narrowing/tightness
Tear	Pull
Damage	Reparable harm
Paresthesia	Altered sensations
Trapped nerve	Tight, but can be stretched
Lordosis	The normal curve in your back
Kyphosis	The normal curve in your back
Bulge/herniation	Bump/swelling
Disease	Condition
Effusion	Swelling
Chronic	It may persist, but you can overcome it
Diagnostics	X-ray or scan
You are going to have to live with this	You may need to make some adjustments

Source : Stewart M, Loftus S. Sticks and Stones: The Impact of Language in Musculoskeletal Rehabilitation. J Orthop Sports Phys Ther. juill 2018

ANNEXE VI : Mots typiques à éviter et leurs alternatives pour les patients

<i>Modifications dégénératives</i>	Changement normaux liés à l'âge
<i>Résultats négatifs</i>	Tout apparaît normal
<i>Instabilité</i>	A besoin de plus de force et de contrôle
<i>Usure et détérioration</i>	Changement normaux liés à l'âge
<i>Neurologique</i>	Système nerveux
<i>Ne vous inquiétez pas</i>	Tout ira bien
<i>Os contre os</i>	Rétrécissement / resserrement
<i>Déchirure</i>	Etirement
<i>Dommage</i>	Préjudice réparable
<i>Paresthésie</i>	Altération des sensations
<i>Nerf coincé</i>	Serré mais peut être étiré
<i>Lordose</i>	Courbure rachidienne physiologique
<i>Cyphose</i>	Courbure rachidienne physiologique
<i>Gonflement / hernie</i>	Bosse
<i>Maladie</i>	Condition
<i>Epanchement</i>	Gonflement
<i>Chronique</i>	Persistant, mais surmontable
<i>Diagnostic</i>	Rayon X ou scan
<i>Vous allez devoir vivre avec</i>	Vous devrez peut-être procéder à quelques ajustements

Traduit de l'anglais par Laëtizia Griesemer via <https://www.deepl.com/translator>

Source : Stewart M, Loftus S. Sticks and Stones: The Impact of Language in Musculoskeletal Rehabilitation. J Orthop Sports Phys Ther. juill 2018

ANNEXE VII : « *La trahison des images* »



La trahison des images, René Magritte, 1929

Huile sur toile

59*65*2.54cm

Musée d'art du comté de Los Angeles

Source : <http://wikipedia.org>

ANNEXE VIII : L'effet Koulechov



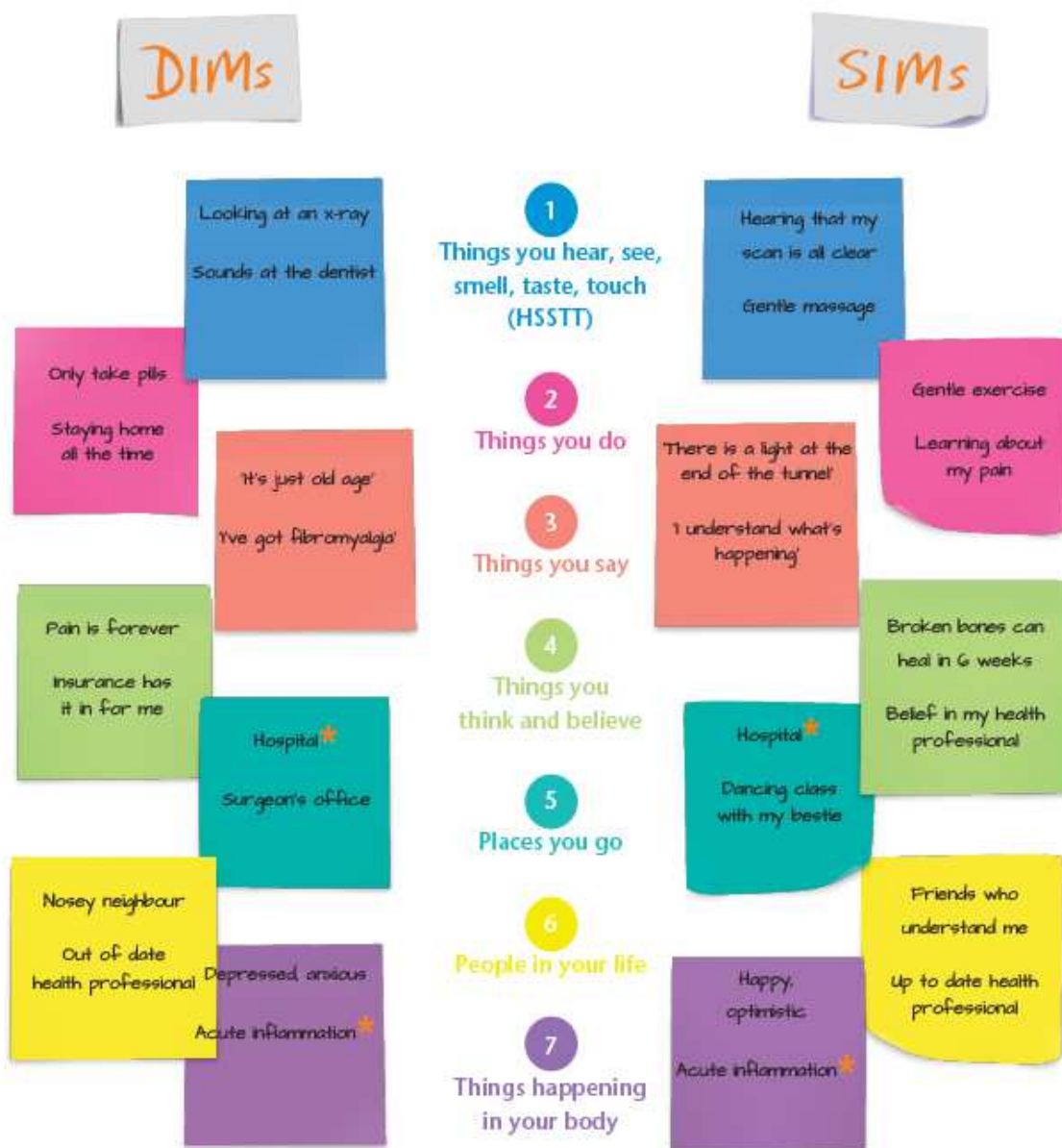
L'expérience de Lev Koulechov

L'effet Koulechov est un biais cognitif de type mnésique, mis en évidence par le théoricien et réalisateur soviétique Lev Koulechov.

L'expérience est ainsi décrite : « D'après le témoignage de Poudovkine, Koulechov choisit dans un film de Bauer trois gros plans assez neutres de l'acteur Ivan Mosjoukine, le regard porté vers l'hors-champ, qu'il monta avant trois plans représentant : 1) Une assiette de soupe sur une table, 2) Une fillette morte gisant dans un cercueil, 3) Une jeune femme en allongé sur un divan. Les spectateurs, écrit-il, admirèrent le jeu de Mosjoukine qui savait merveilleusement exprimer : 1) L'appétit. 2) La tristesse. 3) La tendresse... »

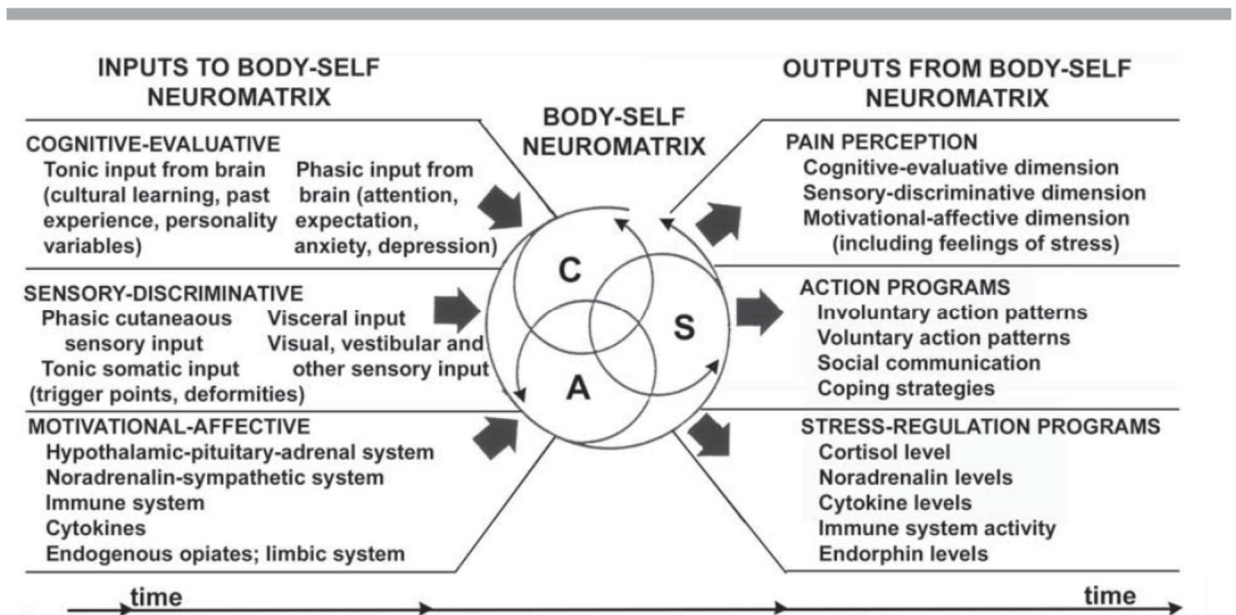
Source : <http://wikipedia.org>

ANNEXE IX : Le « protectomètre »



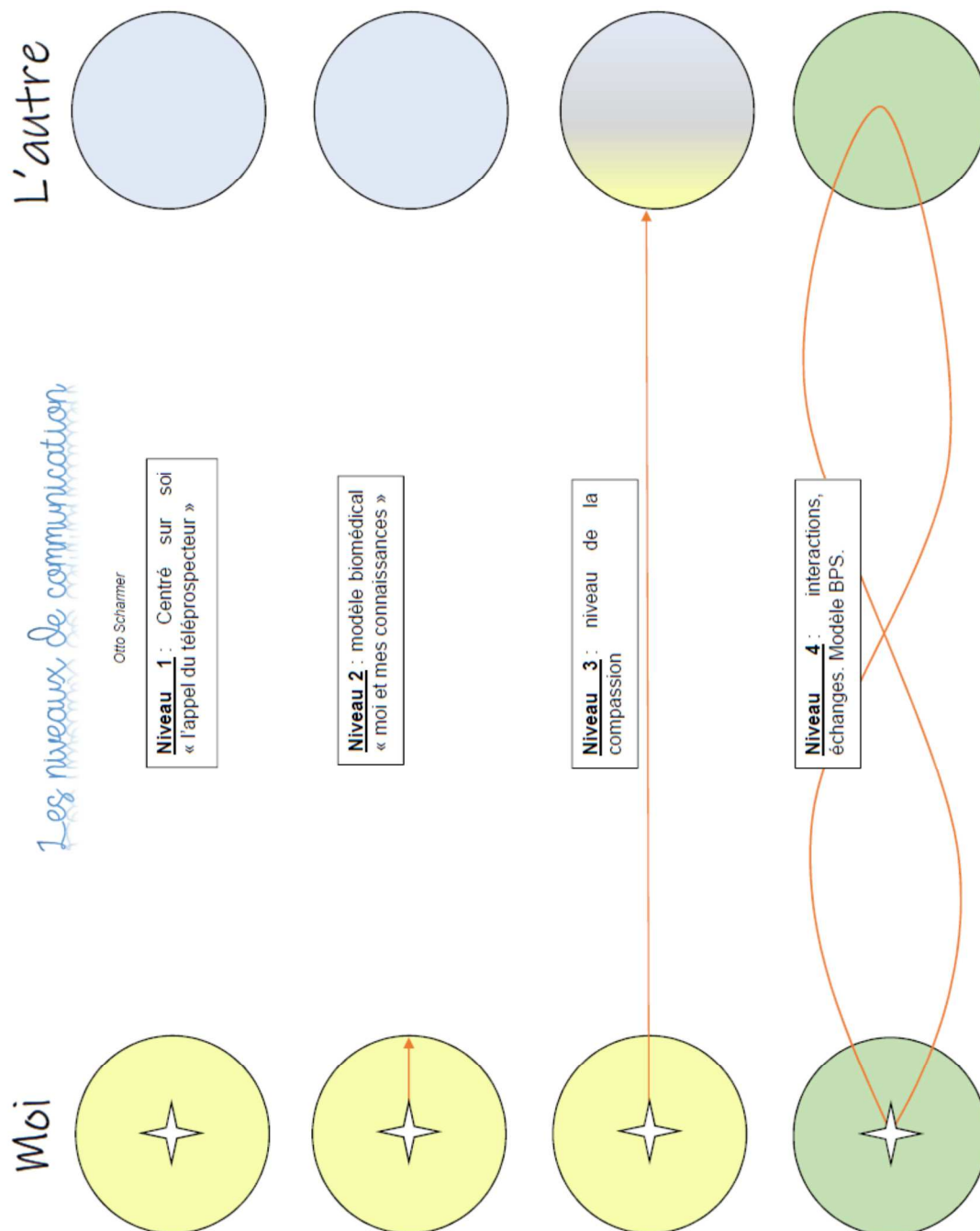
Source : Moseley GL & Butler DS (2015) The Explain Pain Handbook : Protectometer. Noigroup Publications : Adelaide.

ANNEXE X : La neuromatrice de Melzack

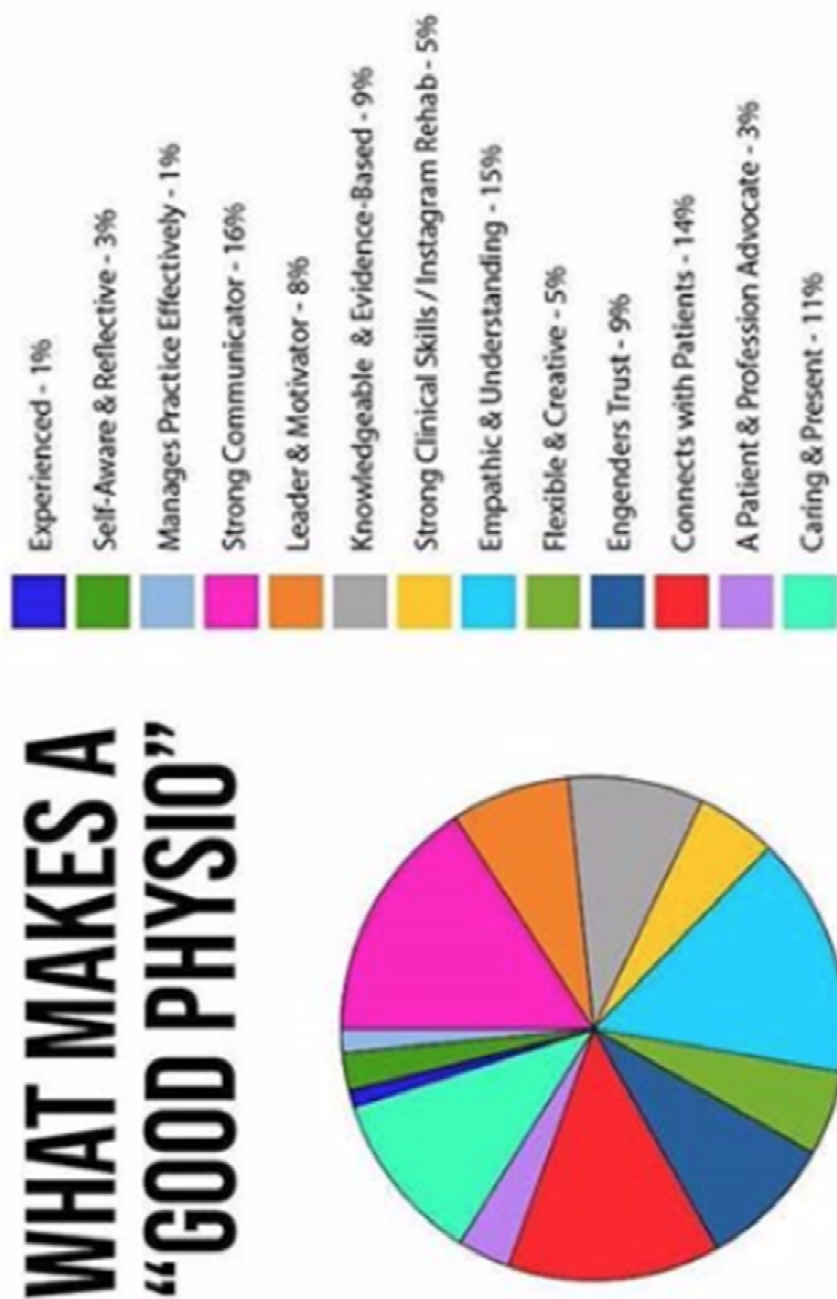


Source : Melzack R. Pain and the Neuromatrix in the Brain. J Dent Educ. 2001.

ANNEXE XI : Les niveaux de communication

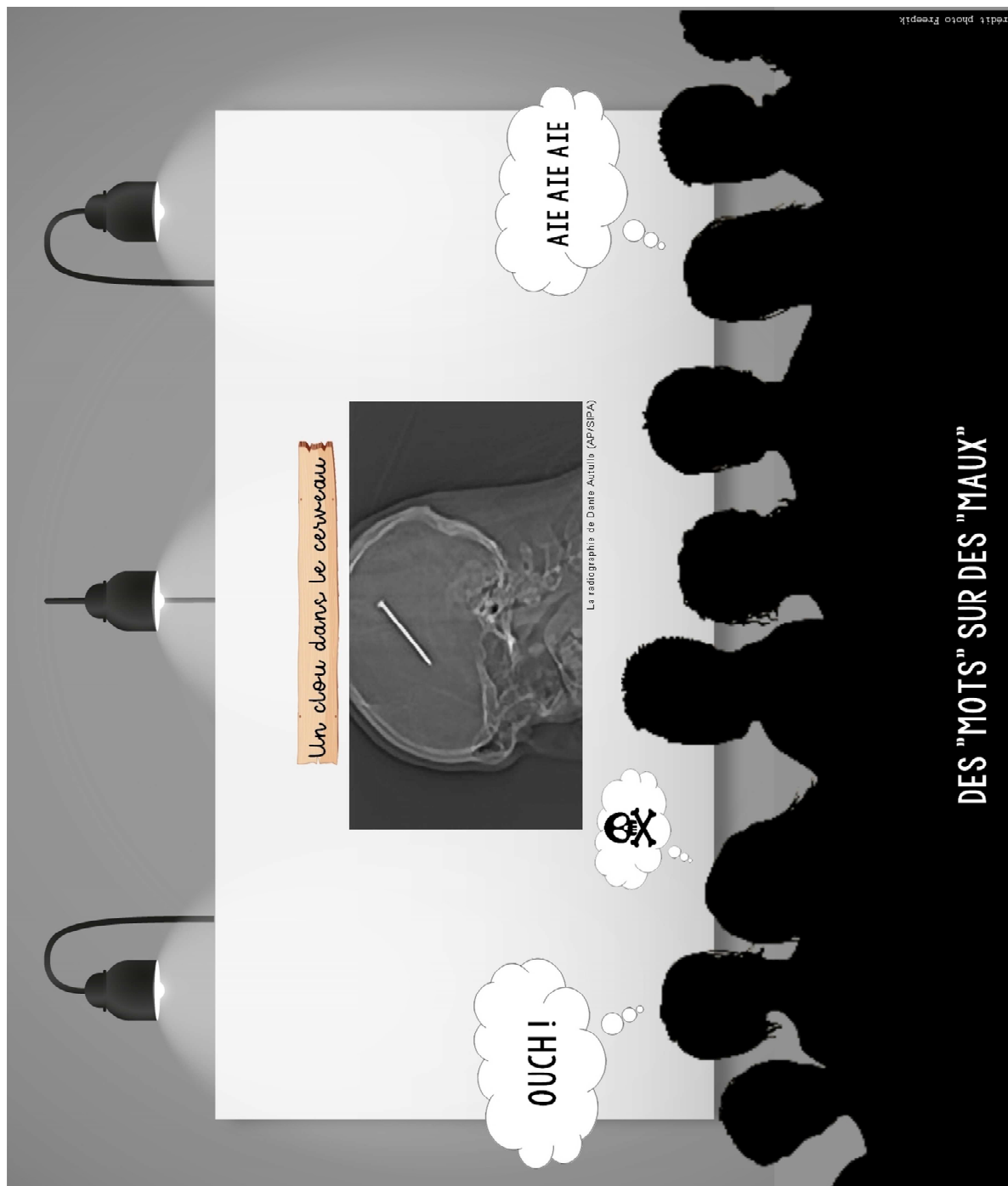


ANNEXE XII : « What makes a good physio ? »



Source : <https://www.good.physio/blog/2019/5/27/what-makes-a-good-physio>

ANNEXE XIII : Vignette réalisée par l’auteur pour l’épreuve du « *Mémoire en 180 secondes* ».



GRIESEMER	Laëtitia	2020
UE 28 Mémoire Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie d'Alsace DES MOTS SUR DES MAUX : L'ABORD DES COMPTES-RENDU D'IMAGERIES MEDICALES CHEZ LE PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE.		
Résumé : <i>Introduction.</i> – L'absence de lien de causalité entre lésions observées à l'imagerie et douleur chronique est décrite dans la littérature. En effet, un fort pourcentage de ces lésions sont présentes chez des personnes asymptomatiques. Des expressions comme "colonne vertébrale dégénérée", "hernie discale", "lésion méniscale" ou encore "arthrose" résonnent comme des menaces dans l'esprit de nos patients avec le risque d'augmenter la kinésiophobie. Cette étude de recherche qualitative a pour but de mieux aborder les comptes-rendus d'imageries médicales chez les douloureux chroniques. <i>Matériel et méthodes.</i> – Six MKDE exerçant en milieu libéral ont été sélectionnés. Les données ont été collectées au cours de six entretiens individuels semi-directifs. Ces entretiens ont été retranscrits et analysés par thèmes. <i>Résultats.</i> – Rassurance, explications, changement de vocabulaire, détachement de la biomécanique et l'importance d'un travail pluridisciplinaire sont les thèmes les plus souvent cités par les participants. <i>Conclusion.</i> – L'abord des comptes-rendus d'imageries médicales apparaît comme un élément primordial dans tout bilan initial effectué chez le patient douloureux chronique. Les MKDE relèvent l'importance de clarifier ces comptes-rendus et de rassurer ces patients, qui, bien souvent, sont sujets à des croyances étonnées. Les participants de l'étude soulèvent aussi l'importance d'un travail pluridisciplinaire dans cette démarche. Mots clés : comptes-rendus, croyances, discours thérapeutique, douleur chronique, éducation thérapeutique, entretiens individuels, imageries médicales, interdisciplinarité, kinésithérapie, recherche qualitative <i>L'Institut de formation en masso-kinésithérapie d'Alsace n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		

GRIESEMER	Laëtitia	2020
UE 28 Mémoire Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie d'Alsace		
WORDS ABOUT EVILS: MEDICAL IMAGING REPORTS IN THE CHRONIC PAIN PATIENT.		
Abstract: <i>Introduction.</i> – The lack of a causal link between perceived imaging damage and chronic pain is described in the literature. Indeed, a high percentage of these lesions are found in asymptomatic individuals. Moreover, middle-aged people are very concerned about their imaging results in general, that's why expressions such as "<i>degenerated spine</i>", "<i>herniated disc</i>", "<i>meniscal injury</i>" or "<i>osteoarthritis</i>" resonate as threats in the minds of our patients. This quality research study investigated how to deal optimally with the imaging reports in chronic pain patients. <i>Materials and methods.</i> – Six physiotherapists operating in a liberal environment were selected. The data were collected during six individual semi-directive interviews. These interviews were transcribed and analysed by themes. <i>Results.</i> – Reassurance, explanations, lexical change, detachment from biomechanics and interdisciplinarity are the most recurring themes among the participants. <i>Conclusion.</i> - Imaging reports appear to be an essential element in any initial assessment of a chronic pain patient. Physiotherapists note the importance of disarm these reports and reassuring these patients, who are often subject to eroded beliefs. Study participants also note the importance of multidisciplinary work in this process.		
Key words : accounts, beliefs, chronic pain, individual interviews, imaging, interdisciplinarity, physiotherapy, qualitative research, therapeutic discourse, therapeutic education		
<i>L'Institut de formation en masso-kinésithérapie d'Alsace n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		