



## Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [secretariat@kine-nancy.eu](mailto:secretariat@kine-nancy.eu)

## Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
RÉGION GRAND EST  
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

**L'ÉCOUTE ACTIVE, BIEN PLUS QU'UN OUTIL D'ACCUEIL ET  
D'ÉVALUATION DU PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE POUR LE  
MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE LIBÉRAL**

**Sous la direction de Mme Hélène CULLIN**

Mémoire présenté par **Judith FAGES**, étudiante en 4<sup>ème</sup>  
année de masso-kinésithérapie, en vue de valider l'UE28  
dans le cadre de la formation initiale du Diplôme d'État  
de Masseur-Kinésithérapeute.  
Promotion 2017-2021





UE 28 - MÉMOIRE  
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE  
PLAGIAT

Je soussigné(e), Judith FAGES,

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Bron, le 12 Avril 2021



## REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont en premier lieu aux masseurs-kinésithérapeutes qui ont accepté de participer à mon étude. Je les remercie pour leur réactivité, leur ponctualité et le temps qu'ils m'ont consacré et la confiance qu'ils m'ont accordée en me faisant part de toute leur expérience sur l'écoute active.

Je remercie chaleureusement Hélène Cullin, ma directrice de mémoire pour les échanges riches que nous avons eus sur le sujet ainsi que pour ses réponses rapides à mes sollicitations, ses encouragements et ses relectures.

Je remercie les enseignants de l'IFMK, Vincent Ferring, Jérémy Martin, Séverine Buatois, Emmanuelle Paci qui m'ont consacré du temps pour le défrichage du sujet, les pré-tests, la méthodologie, ou conseillé des contacts d'experts potentiels.

Je remercie la Société de physiothérapie lorraine pour l'opportunité offerte de présenter mon sujet de mémoire à une de ses conférences.

Je remercie Véronique Fourt pour sa contribution à la fiabilité des résultats de cette étude, et Sophie-Anne Leterrier pour ses multiples relectures, toujours attentives.

Un remerciement particulier va à Jean-Pierre Cordier, mon référent pédagogique à l'IFMK pour son accueil à la fois bienveillant et critique qui m'a permis de cheminer dans ce travail, mais aussi tout au long de mes années d'études.



## **L'écoute active, bien plus qu'un outil d'accueil et d'évaluation du patient douloureux chronique pour le masseur-kinésithérapeute libéral**

**Introduction :** La Haute Autorité de santé recommande une approche bio-psychosociale des patients douloureux chroniques. L'écoute active, définie par Carl Rogers dans les années cinquante, est une des méthodes citées dans la littérature pour ceux-ci. Ce travail propose d'étudier qualitativement sa mise en œuvre en France par des kinésithérapeutes libéraux formés à cette approche, avec l'hypothèse qu'elle soit une pratique réaliste et un atout pour l'accueil, l'évaluation, voire l'ensemble de la prise en charge des patients douloureux chroniques.

**Matériel et méthode :** Sept entretiens semi-directifs ont été menés fin 2020 auprès de kinésithérapeutes libéraux. Les critères d'inclusion étaient : recevoir plusieurs fois par semaine des patients douloureux chroniques, et : être formé à l'écoute active ou la pratiquer régulièrement depuis plus de trois ans, ou être formateur à celle-ci. Les retranscriptions littérales des entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Un contrôle externe des résultats a été réalisé.

**Résultats :** Six grands thèmes permettent d'organiser les résultats : la définition de l'écoute active ; comment se racontent les interviewés et leur regard sur la profession ; les objectifs et les résultats de sa mise en œuvre; les modalités pratiques ; la perception des patients ; et les propositions pour la développer dans la profession.

**Discussion :** L'écoute active s'avère une pratique réaliste pour le kinésithérapeute libéral. Les difficultés en sont compensées par le gain de temps et de fiabilité dans le diagnostic, l'enrichissement relationnel du métier et l'amélioration de la coopération des patients. Elle est mise en œuvre pour tous, avec une attention particulière portée à ceux dont les attentes sont plus fortes, dont les patients douloureux chroniques. Elle est le fondement de la prise en charge, qu'elle accompagne et approfondit à toutes les étapes.

**Conclusion :** L'écoute active prend en considération le patient dans sa globalité et permet de construire une alliance thérapeutique solide, de donner plus de sens à la prise en charge et plus d'outils au patient pour agir sur sa santé et sur sa vie. Elle questionne aussi les représentations de la profession, la place de la relation et celle des techniques.

**Mots clés :** "douleur chronique", "écoute active", "kinésithérapie libérale", "patient-centré", "relation thérapeutique"

## **Active listening, much more than a tool for reception and assesment of the chronic-pain patients in the French private practice of physiotherapy**

**Introduction :** The French National Authority for Health recommends a bio-psychosocial approach to chronic pain patients. Active listening, defined by Carl Rogers in the fifties, is one of the methods cited in the literature for these patients. This work proposes a qualitative study of its implementation in french private practice of physiotherapy, the interviewed practitioners beeing trained in this approach, with the hypothesis that it is a realistic practice and an asset for the reception, the evaluation, and even the entire management of chronic pain patients.

**Method :** Seven semi-structured interviews were conducted at the end of 2020 with liberal physiotherapists. The inclusion criteria were: to receive chronic pain patients several times a week, and: to be trained in active listening or to have practiced it regularly for more than three years, or to be a trainer in it. The literal transcripts of the interviews were submitted to content-analysis. An external control of the results was carried out.

**Results :** The results are organized into six main themes: the definition of active listening; how the interviewees describe themselves and their view of the profession; the objectives and results of its implementation; practical procedures; patients' perceptions; and proposals for developing it in the profession.

**Discussion :** Active listening is a realistic practice for the liberal physiotherapist. The difficulties are balanced by the gain of time and reliability in the diagnosis, the relational enrichment of the practice and the improvement of the patients' cooperation. It is implemented for all, with particular attention paid to those whose expectations are higher, including chronic pain patients. It is the foundation of care, which it supports and deepens at all stages.

**Conclusion :** Active listening takes into consideration the patient in his or her entirety and makes it possible to build a solid therapeutic alliance, to give more meaning to the treatment and more tools to the patient to act on his or her health and life. It also questions the representations of the profession, the place of the relationship and that of the techniques.

**Key words :** "chronic pain", "active listening", "private practice" "physiotherapy", "patient-centered", "therapeutic relationship"

# SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	1
1.1. Problématique.....	1
1.2. L'écoute active, définition, modalités, finalités.....	2
1.3. L'écoute active dans le cadre d'exercice de la kinésithérapie libérale en France.....	3
1.4. La douleur chronique, modalités d'accueil des patients et d'évaluation en kinésithérapie : une opportunité pour de l'écoute active ?.....	5
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	7
2.1. L'entretien semi-directif.....	7
2.2. Population et méthode de recrutement des interviewés.....	7
2.3. Guide d'entretien et entretiens.....	8
2.4. La méthode d'analyse : une analyse de contenu.....	9
3. RÉSULTATS.....	10
3.1. De quoi parle-t-on ? (thème1).....	10
3.1.1. Le besoin d'une définition (sous-thème 1.1).....	10
3.1.2. Les définitions de l'écoute active (sous-thème 1.2).....	11
3.1.3. L'attitude de l'écoute active (sous-thème 1.3).....	12
3.1.4. Les techniques de l'écoute active (sous-thème1.4).....	13
3.2. Les MK interviewés et les autres (thème 2).....	17
3.2.1. L'origine de leur démarche (sous-thème 2.1).....	17
3.2.2. Les formations suivies (sous-thème 2.2).....	18
3.2.3. Les fondements théoriques cités (sous-thème 2.3).....	19
3.2.4. Leur perception de l'écoute active dans la profession de kinésithérapeute en général (sous-thème 2.4).....	20
3.3. Pourquoi écouter activement les patients ? (thème 3).....	22
3.3.1. Objectifs et résultats dans la conduite de la prise en charge (sous-thème 3.1).....	22
3.3.2. Attentes et résultats pour le patient (sous-thème 3.2).....	27
3.3.3. Les apports de l'écoute active pour le MK (sous-thème 3.3).....	28
3.4. Comment l'écoute active est-elle pratiquée ? (thème 4).....	28
3.4.1. Choix et importance de faire de l'écoute active selon les patients (sous-thème 4.1). 28	
3.4.2. Les moments de l'écoute active (sous-thème 4.2).....	30
3.4.3. Le cadre temporel d'une prise en charge avec écoute active (sous-thème 4.3).....	32
3.4.4. Des étapes dans l'écoute active (sous-thème 4.4).....	33
3.4.5. Conditions nécessaires et conditions favorables (sous-thème 4.5).....	34
3.4.6. Les freins et les difficultés rencontrés par les interviewés depuis le début de leur pratique (sous-thème 4.6).....	34
3.4.7. Les autres techniques utilisées conjointement (sous-thème 4.7).....	38
3.5. Perception de la démarche d'écoute par les patients (thème 5).....	39
3.6. Propositions pour développer l'écoute active dans la profession (thème 6).....	40
4. DISCUSSION.....	41

4.1. Biais et fiabilité des résultats, limites de l'étude.....	41
4.2. Intérêts et limites des résultats par rapport à l'état des lieux de la littérature.....	43
4.2.1. En quoi l'écoute active est-elle une pratique réaliste pour le MK libéral ?.....	44
4.2.2. Les atouts perçus de l'écoute active pour la pratique du MK libéral.....	44
4.2.3. L'écoute active, un outil pertinent pour la prise en charge des patients douloureux chroniques.....	45
4.2.4. L'écoute active, un outil pertinent pour l'accueil et l'évaluation des patients : oui, mais pas seulement.....	46
4.3. Intérêts et limites des résultats pour le développement de la profession.....	48
4.4. Perspectives d'approfondissement .....	49
5. CONCLUSION.....	49

## BIBLIOGRAPHIE

## ANNEXES

ANNEXE I : Lettre de présentation du projet, questionnaire de recrutement, diapositive de présentation à la société de physiothérapie de Lorraine.

ANNEXE II : Guide d'entretien

ANNEXE III : Carte mentale des thèmes et sous-thèmes

ANNEXE IV : Avis sur la fiabilité du chapitre "Résultats" au contenu des entretiens

ANNEXE V : Diagramme de flux pour le recrutement

ANNEXE VI : Tableau descriptif de la population des interviewés

ANNEXE VII : Entretiens codés (disponible au format numérique seulement)



## 1. INTRODUCTION

### 1.1. Problématique

Les avancées des neurosciences concernant la douleur mettent en évidence la complexité des mécanismes cérébraux la déclenchant ou l'entretenant. Aujourd'hui, quatre composantes de la douleur sont décrites : sensori-discriminative, affective et émotionnelle, cognitive et comportementale (1). Pour les patients douloureux chroniques, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande une approche bio-psychosociale du patient dans le raisonnement clinique et dans le soin. L'ensemble des domaines à interroger (stress, anxiété, évitement, attentes, histoire des troubles, pour n'en citer que quelques-uns) peut sembler vaste. L'approche par questionnaire semble dès lors trop consommatrice en temps pour le kinésithérapeute libéral qui souhaiterait développer une approche holistique du patient, ou bien elle ne correspond pas à l'idée qu'il se fait de l'accueil du patient à la première séance (2).

L'écoute active est une des méthodes citées dans la littérature dont peuvent s'emparer les kinésithérapeutes pour accueillir le patient douloureux chronique dans sa globalité, tout en recueillant les éléments nécessaires au bilan et à l'orientation de son traitement kinésithérapique (1, 3). Elle est en outre incluse dans plusieurs méthodes du domaine des thérapies cognitivo-comportementales, comme l'entretien motivationnel, l'alliance thérapeutique, l'*acceptance and commitment therapy*, qui ont fait leurs preuves dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques en complément de thérapies physiques (4). Mais cet outil n'a pas pour seul rôle l'établissement du diagnostic et la collecte d'information. Il est aussi agent d'apaisement et de soin, et permet de construire la relation patient-thérapeute (5).

Une récente revue de la littérature britannique conclut également à l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales lorsqu'elles sont mises en œuvre par des kinésithérapeutes formés, mais les références manquent pour ce qui concerne le contexte de la kinésithérapie libérale en France (6). Aussi, nous nous proposons d'étudier qualitativement, l'expérience de l'écoute active de patients douloureux chroniques, telle que pratiquée en France par des kinésithérapeutes libéraux formés à cette approche, par une méthode d'entretiens semi-directifs auprès de ceux-ci. Les hypothèses de recherche sont que la mise en œuvre d'une écoute active est une pratique réaliste (hypothèse 1) et un atout (hypothèse 2)

pour le kinésithérapeute libéral formé à cette approche, pour l'accueil, l'évaluation, voire la totalité de la prise en charge (hypothèse 3) des patients douloureux chroniques (hypothèse 4). L'analyse des entretiens permettra de mettre en évidence les lignes de forces dans les attitudes, les ressentis, les croyances, les attentes, les bénéfices, les inconvénients et modalités pratiques, tels que restitués par les praticiens.

## 1.2. L'écoute active, définition, modalités, finalités

Aux États-Unis dans les années cinquante, Carl R. Rogers définit, dans le cadre de la psychothérapie, les attitudes nécessaires à une relation d'aide entre un thérapeute et un "*client*", qu'on appellerait patient aujourd'hui en France. Cette relation d'aide a pour objectif final une meilleure adaptation du patient à sa vie, de manière très générale. Elle a plusieurs fonctions : l'expression des sentiments du patient, la clarification des faits et de ses ressentis et le fait qu'il continue à s'exprimer et à renouveler l'expression de ses sentiments au fur et à mesure de son évolution dans la thérapie, ce qui pose les bases de l'écoute active (7).

Selon un article de C.R. Rogers et R.E. Farson en 1957, l'objectif de cette écoute est d'aider les personnes à évoluer, dans leurs valeurs et/ou leurs croyances. En effet, cette écoute permet aux personnes écoutées de mieux percevoir ce qu'elles-mêmes pensent ou ressentent, dans une atmosphère où il n'y a pas de jugement, et donc de pouvoir intégrer "*sans danger*" (c'est-à-dire sans être menacé dans sa propre conception ou représentation de soi) de nouveaux points de vue, ou de nouvelles expériences. Selon Rogers et Farson, il résulte également de ce processus une récupération d'informations en plus grande quantité que par n'importe quelle autre méthode, la construction d'une relation positive, et le changement d'attitude de l'écouter (8).

C.R. Rogers considère en outre une "*attitude centrée sur la personne*" (centrée sur le patient) nécessaire pour un développement d'une relation d'aide psychothérapeutique. Les trois concepts indispensables sont définis en 1961, dans "Le Développement de la personne" (9) (p48-49). L'empathie est la compréhension du patient, telle qu'elle permet au thérapeute de voir le monde par les yeux de ce dernier. La congruence est la sincérité et la transparence totale du thérapeute dans ce qu'il est et dans sa relation avec le patient. La considération positive inconditionnelle est l'acceptation du patient comme une personne différente et indépendante dans tous ses aspects.

L'écoute concerne les mots, mais aussi les sentiments qui sous-tendent le discours. La technique de reformulation des ressentis permet de manifester qu'on a compris les sentiments de la personne écoutée, et de faire valider cette interprétation. Cette reformulation dans nos propres mots permet de s'assurer auprès de la personne écoutée que nous l'avons bien comprise, et qu'elle se sent bien comprise. En outre, l'écoute n'est pas seulement l'écoute des mots, mais aussi du paraverbal (hésitations, inflexions de voix, accentuation de certains mots, ou inaudibilité d'autres) ainsi que du langage corporel ("*expression faciale, position, mouvements des mains, des yeux, respiration*" [notre traduction]).

Rogers et Farson posent également les problèmes rencontrés dans l'écoute active. En premier lieu, la pratique demande de l'entraînement et un changement dans nos attitudes habituelles. Elle demande un intérêt sincère pour la personne, et enfin, elle comporte le risque d'être soi-même changé dans ses croyances. Il est donc nécessaire de disposer d'une "*sécurité intérieure*" suffisamment importante pour accepter ce risque.

Si le concept d'écoute active fait l'objet d'une littérature fournie en psychologie, les sources sont plus rares, du moins dans la littérature scientifique médicale ou paramédicale en langue française. L'écoute est un élément de la relation d'aide qui fait partie des compétences infirmières comme un complément aux savoir-faire techniques. Elle est mentionnée à ce titre dans plusieurs ouvrages de référence de cette profession (10). Si le terme "relation d'aide" n'est pas cité explicitement dans le décret de compétence des masseurs-kinésithérapeutes (MK), nous allons examiner dans le paragraphe suivant comment est conçue et mise en oeuvre la relation au patient dans l'exercice de la kinésithérapie en France ou en tous les cas, ses déterminants, notamment dans un cadre libéral.

### 1.3. L'écoute active dans le cadre d'exercice de la kinésithérapie libérale en France

Pour la description de la pratique de l'activité de soin du MK libéral (ce qui représente quatre MK sur cinq en 2016 (11)) en termes relationnels avec le patient et son entourage, nous nous concentrerons également sur ses dimensions organisationnelles et financières, puisque ces deux dimensions ont un impact sur la relation au patient. Cette explicitation se basera principalement sur les textes législatifs et réglementaires, à défaut d'une étude qualitative décrivant l'exercice de la profession telle qu'il est pratiqué aujourd'hui.

Le code de déontologie précise l'esprit et l'attitude que doivent avoir les MK dans leur exercice. Nous relevons ainsi, parmi celles qui concernent plus particulièrement la relation au patient, "*Le masseur-kinésithérapeute doit écouter, examiner, conseiller, soigner avec la même conscience toutes les personnes [...] Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne soignée*" (R4321-58). Le fait que les soins sont "*consciencieux, attentifs et fondés sur les données actuelles de la science*" est affirmé à l'article R4321-80. Le MK a un devoir d'information "*claire, loyale et appropriée*" sur son état et les soins et pour se faire "*il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension*" (R4321-83). En outre, "*le consentement de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas*" (R4321-84). En ce qui concerne la prise en charge des souffrances, du patient le MK "*s'efforce de [les] soulager par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement*" (R4321-85) (12).

Certes le code de déontologie fonde une relation de soin qui place le MK comme "sachant" et dirigeant le soin (d'où l'emploi des termes : "*informer, conseiller, examiner, expliquer, veiller à*"), mais aussi en considérant la personne dans son ensemble pour s'assurer de son consentement et de sa compréhension. L'accompagnement moral, qui est une posture relevant d'une relation d'aide, est néanmoins mentionnée pour la prise en charge des souffrances du patient.

En termes d'activités, l'arrêté du 2 septembre 2015, relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, est le dernier texte définissant la profession, suite à la récente réforme des études (13). Son annexe, intitulée "*référentiel d'activité*", définit les objectifs et le cadre d'intervention du MK. Nous retiendrons pour notre propos l'affirmation d'une pratique basée sur une évaluation du patient, permettant une "*vision fonctionnelle de celui-ci dans son environnement*", les objectifs "*d'optimisation du fonctionnement de l'individu*" et le fait de rendre celui-ci "*acteur de la gestion de sa santé*", ainsi que la prise en compte des caractéristique bio-psychosociales du patient. Ces interactions sont formulées comme descendantes ("*information*", "*explicitation*") dans la majeure partie des cas, et comme horizontales ("*échange*", "*écoute*") dans quelque cas. L'objectif de rendre le patient acteur de sa prise en charge est réaffirmé. Il est question de conception du projet thérapeutique et négociation avec le patient autour de ce projet (activité 3) (14).

L'exercice du MK libéral conventionné est rémunéré à l'acte, pour la liste d'actes inscrits par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Cette dernière, dans son titre XIV, indique la durée approximative de trente minutes comme temps de séance pour un acte (15). Au niveau organisationnel et financier, si le MK non conventionné est libre de ses honoraires, de la durée de la séance, du lieu d'exercice et du nombre de patients qu'il reçoit simultanément, le MK conventionné a une rémunération fixe fonction de l'acte réalisé lors d'une séance et un seul patient à la fois.

On voit à ce qui précède que l'écoute active n'est pas centrale dans le référentiel général du métier, plus axé sur des interventions techniques à visées fonctionnelles. Nous allons examiner comment la prise en charge de patients douloureux chroniques se situe par rapport au recours à celle-ci.

#### 1.4. La douleur chronique, modalités d'accueil des patients et d'évaluation en kinésithérapie : une opportunité pour de l'écoute active ?

La douleur chronique est définie par la HAS comme "*un syndrome multidimensionnel avec : douleur persistante ou récidivante, évoluant au-delà du délai habituel d'évolution de la pathologie causale diagnostiquée, notamment au-delà de 3 mois ; douleur accompagnée d'un retentissement fonctionnel dans les actes de la vie quotidienne ou d'une intrication sociale ou professionnelle, notamment au-delà de 3 mois*" (16). L'expérience de la douleur présente 4 composantes : la composante sensori-discriminative qui est l'ensemble des processus permettant de décrire la douleur en qualité, intensité, localisation et sa durée. La composante émotionnelle rassemble les émotions ressenties en conséquence de l'expérience douloureuse, comme la colère, ou la dépression, ou l'anxiété. La composante cognitive comprend les processus mentaux par lesquels la personne se représente la douleur, ses causes, et ses processus de déclenchement en fonction de son expérience. La composante comportementale regroupe l'ensemble des comportements de toute nature induits par l'expérience douloureuse, comme par exemple l'évitement d'un mouvement, la plainte verbale, le retrait social etc... Ces quatre composantes donnent donc une grande place aux émotions et aux représentations du patient.

Pour son évaluation médicale, la HAS recommande d'ailleurs, pour l'adulte, la conduite d'un entretien semi-structuré au moyen d'une grille comprenant, outre l'histoire de la douleur, les antécédents médicaux, les traitements suivis, et la description de la douleur et de son évolution, une appréhension des contextes psycho-sociaux et des facteurs cognitifs et comportementaux du patient. Il s'agit d'un outil également recommandé pour le suivi et la réévaluation de la prise en charge, ce qui place la relation patient-thérapeute au centre de la prise en charge des patients douloureux chroniques (16).

Des recommandations plus récentes (mars 2019) concernent la prise en charge de la lombalgie commune et s'adressent à tous les professionnels de santé. Elles comprennent l'évaluation des risques de passage à la chronicité, au moyen du relevé des facteurs psychosociaux ("drapeaux jaunes"), des facteurs liés aux représentations du patient par rapport au travail ("drapeaux bleus"), ou des facteurs liés à l'environnement professionnel et du système de santé ("drapeaux noirs"). En outre, la prise en charge recommandée doit être centrée sur le patient et la décision médicale partagée. Enfin, la kinésithérapie, au moyen d'exercices thérapeutiques (poursuivis à la maison) et d'une participation active du patient, est le traitement principal recommandé pour les patients présentant une lombalgie chronique ou des facteurs de risque de chronicité (grade B). Le rôle d'éducation du kinésithérapeute dans *"le cadre d'une prise en charge bio-psycho-sociale"* est réaffirmé (avis d'expert). Ces recommandations françaises placent donc le kinésithérapeute au cœur de la prise en charge "patient-centrée" pour une des pathologies avec douleurs chroniques (17).

Le diagnostic masso-kinésithérapique proposé pour un patient douloureux est articulé autour des quatre composantes de la douleur (sensori-discriminative, émotionnelle, cognitive et comportementale). En terme de processus, le diagnostic s'établit sur la base d'un entretien initial avec la personne douloureuse, mené avec la posture et la communication de l'écoute active, complété éventuellement par des questionnaires et l'examen clinique. H. Cullin souligne l'importance de ce moment pour l'établissement d'une relation de confiance, et du temps qui doit lui être accordé (1). Un tel entretien permettrait en outre d'optimiser l'efficacité des techniques masso-kinésithérapiques conventionnelles sans, pour autant, devenir l'outil principal de traitement.

Après avoir explicité la méthode de recherche qualitative suivie, le chapitre "Résultats" présentera comment l'expérience de l'écoute active peut s'inscrire dans le cadre de la kinésithérapie libérale et si elle est particulièrement utile pour la prise en charge des patients douloureux chroniques. Enfin, nous tâcherons de qualifier la validité de ces résultats par l'examen des limites de la méthode, d'en présenter les concordances ou discordances avec les études disponibles dans la littérature scientifique ainsi que les apports pour la profession.

## 2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

### 2.1. L'entretien semi-directif

Le choix de cette technique d'enquête pour la question de recherche posée se justifie en plusieurs points. L'objectif de la recherche est de recueillir non seulement des faits (comment se passe une pratique d'écoute active au sein d'un cabinet de MK libéral) mais aussi des opinions, des croyances, des ressentis de la part de l'écouter. Une méthode permettant la production d'un discours est donc nécessaire. D'autre part, il s'agit d'une enquête exploratoire et nous ne connaissons pas les déterminants des pratiques de l'écoute active chez les MK libéraux (par exemple, nous n'avons aucune idée des fréquences et durée d'écoute, ni des différentes raisons qui ont amené les MK à cette pratique, entre autres inconnues). Or l'entretien permet de produire la connaissance globale du système à décrire, sa cohérence interne, et la logique de l'action (ici action d'écoute), ainsi que les contextes dans lesquels cette action se produit (18)(p37-38).

### 2.2. Population et méthode de recrutement des interviewés

La population visée est celle des kinésithérapeutes libéraux recevant régulièrement (c'est-à-dire au moins deux fois par semaine) des patients douloureux chroniques dans leur cabinet. Les critères d'inclusion ont été définis de manière à s'assurer d'une pratique régulière ou d'une sensibilisation approfondie des kinésithérapeutes libéraux à l'écoute active. Il s'agit en terme de qualification : d'une pratique régulière de l'écoute active (au moins 2 fois par semaine) depuis plus de 3 ans ou du suivi d'une formation à l'écoute active, ou à des thérapies cognitivo-comportementales, ou à la communication non-violente (CNV), ou à l'hypnose, utilisant l'écoute active comme élément fondamental, avec une pratique régulière depuis cette formation ou de la conduite de formations en écoute active.

Nous avons choisi un recrutement selon les modes d'accès à la fois direct (sur liste de professionnels) et indirect (sur recommandation de personnes relais) de manière à maximiser les chances de trouver les experts à interviewer, ne sachant pas si la pratique de l'écoute active est répandue chez les MK libéraux. L'avantage du mode d'accès direct est sa neutralité, son inconvénient, la difficulté de trouver des volontaires. L'inconvénient du mode d'accès indirect est l'influence de la personne relais dans l'acceptation de l'interview et par conséquent la modification inconsciente du discours qu'il sera amené à produire, par modification du cadre idéal interviewé/intervieweur où les deux personnes n'ont pas de relation préalable (18)(p53). De plus, le mode d'accès indirect introduit un biais de notoriété dans la sélection des interviewés.

Des demandes de relais, avec la lettre de présentation du projet (cf ANNEXE I) à diffuser ont été envoyées à des organismes de formation en TCC,<sup>1</sup> hypnose, CNV<sup>2</sup> et à la Société française de physiothérapie pour ses groupes d'intérêts douleur, gériatrie et pédiatrie. Nous avons identifié deux experts par ce biais dont un n'a pas donné suite. Selon le mode d'accès direct, nous avons fait une communication orale en début d'une conférence de la Société de physiothérapie de Lorraine, par le biais de laquelle nous avons recruté deux experts. Notre directrice de mémoire a également publié la lettre d'intention sur LinkedIn et nous avons recruté un interviewé par ce biais. En outre, nous avons contacté directement deux intervenants rencontrés lors de notre formation. Un d'eux nous a communiqué les coordonnées d'un autre expert potentiel. La sollicitation d'experts par le relais d'enseignants de l'ILFMK ou par boule de neige aurait pu se poursuivre. Nous avons ensuite envoyé à ces experts potentiels, la lettre de présentation du projet contenant le questionnaire permettant de vérifier *in fine* les critères d'inclusion et de recueillir l'accord éclairé de l'expert pour participer à un entretien (19). Le nombre d'entretiens menés au final est de sept et a permis l'atteinte d'une certaine redondance dans les discours.

### 2.3. Guide d'entretien et entretiens

Le guide d'entretien (ANNEXE II) a été rédigé sur la base d'une explicitation détaillée des hypothèses de recherche selon la méthode proposée par Blanchet et Gotman (18). Un pré-test a été réalisé. Le premier objectif était de permettre à l'intervieweur de s'entraîner à

---

1 IFORTHECC

2 CAPCNV Santé, un groupement de professionnels de santé reliés par leur intérêt pour la CNV

construire, lors de l'entretien, la relation de confiance qui permet la richesse des résultats et d'autre part de vérifier que les questions formulées a priori dans le guide d'entretien permettent de répondre à la question de recherche (19).

Les entretiens menés (non rémunérés) sont des entretiens semi-directifs qui ont eu lieu entre octobre et décembre 2020, un en présentiel, les autres en visioconférence lorsque le lieu d'exercice de l'expert était trop éloigné de nos lieux d'étude ou de résidence et en raison de l'épidémie de covid-19, ce qui a permis un recrutement des experts dans la France entière. Ils ont duré entre trente minutes et une heure quinze chacun. Ils ont fait l'objet d'un enregistrement audio. Les retranscriptions des entretiens (ANNEXE X) sont des retranscriptions littérales dans lesquelles nous nous sommes efforcés d'indiquer les hésitations, silences, appui sur certains mots et rires audibles. Elles ont été réalisées sans aide logicielle automatisée.

#### 2.4. La méthode d'analyse : une analyse de contenu

Nous avons choisi de réaliser un analyse du contenu manifeste des entretiens, c'est-à-dire sans interpréter un contenu latent non clairement formulé. La première phase est le découpage du corpus en unités signifiantes plus petites, contenant une idée sur l'un des aspects de la question de recherche (ANNEXE X) (20). Chaque unité se voit attribuer un code permettant d'identifier l'idée dont il est question, par un surlignage coloré. Une lecture inductive a été utilisée en premier lieu pour le codage des entretiens, de manière à identifier des idées ou des thèmes abordés par les interviewés et qui n'auraient pas été envisagés dans le questionnement a priori (question de recherche, guide d'entretien). C'est le cas par exemple de la définition de l'écoute active, ou des références conceptuelles sous-tendant la pratique de chaque interviewé.

La deuxième phase est de vérifier par une relecture que l'ensemble des unités signifiantes du corpus en relation avec la question de recherche a été identifié (surlignage). Il peut rester des éléments non utilisés car hors sujet (20).

La troisième phase est l'identification de catégories (ou thème et sous-thème), en se basant le codage inductif et sur les thèmes pré-identifiés. Une carte mentale (ANNEXE III) synthétise les thèmes et sous-thèmes de ce travail.

La quatrième phase est l'affectation de chaque unité signifiante à un et un seul thème et sous-thème (21). Ces thèmes et sous-thèmes sont souvent les mêmes que les codes de la première phase dans l'analyse de contenu manifeste. Les résultats sont présentés dans un tableau par thème et sous-thème. Nous avons choisi certaines des unités significantes les plus intéressantes par rapport à notre synthèse du thème ou du sous-thème pour les faire figurer dans le texte du chapitre "Résultats" en nous autorisant une condensation visant à faciliter la lecture tout en conservant tout le sens<sup>3</sup> (21).

Pour accroître la fiabilité de l'étude, nous avons donné à relire à la fois le corpus et le tableau des résultats à un lecteur compétent en sciences humaines (master recherche en psychologie et exerçant un métier du soin) et indépendant de l'étude pour qu'il apprécie si les résultats reflètent raisonnablement l'ensemble des propos des interviewés (20). Son avis figure en annexe (ANNEXE IV).

### 3. RÉSULTATS

En ce qui concerne la population, son nombre est de sept, cinq hommes et deux femmes, de générations différentes, avec quatre tranches d'âge représentées : 25-35 ans ; 35-45 ans ; 45-55 ans et 55-65 ans. La tranche d'âge 25-35 est la plus nombreuse. Cinq interviewés sur sept donnent des formations en lien avec l'écoute active (cf ANNEXE V).

#### 3.1. De quoi parle-t-on ? (thème1)

La définition de l'écoute active n'a pas fait l'objet de question dans le guide d'entretien. Néanmoins, l'ensemble des interviewés a abordé ce thème.

##### 3.1.1. Le besoin d'une définition (sous-thème 1.1)

Quatre des MK interviewés soulignent le besoin de **définir l'écoute active**, avec sept occurrences de ce sous-thème au total (E2-01, E2-77, E3-01, E4-01, E7-01, E7-55, E7-59). Pour le MK2, c'est un sujet riche, qu'on n'épuise pas rapidement (E2-77). Pour le MK7, le concept semble flou (E7-55), d'autant plus que beaucoup de techniques y font appel,

<sup>3</sup> [...] indique la suppression d'une partie de phrase. La suppression des hésitations ("euh...", mots incomplets, répétitions) n'est pas mentionnée. Les signes de retranscription sont mentionnés au début de l'ANNEXE VII.

techniques elles-mêmes mélangées dans la pratique. *"Là, on parle d'écoute active, mais l'entretien motivationnel, les thérapies brèves, les thérapies orientées solution, toutes ces choses-là, se sont intermêlées, et puis / personne n'invente un truc du jour au lendemain / et chaque fois, on pioche à droite à gauche pour faire un gros mash-up."*(E7-59)

### 3.1.2. Les définitions de l'écoute active (sous-thème 1.2)

Dans quatre des sept entretiens, des éléments de définition de l'écoute active ont été abordés, quatorze fois au total. Pour le MK3 il s'agit d'une écoute non directive (E3-05), et, comme pour le MK7, à la fois d'**une attitude et d'une technique** (E3-02, E7-52). *"Dans cette notion de 'active', il y a l'idée que je vais /activement chercher à /comprendre ce qui est dit, // et demander plus d'informations, / pour être /sûr d'avoir / compris ce qui a été dit // et, dans ce 'actif', c'est ce qui amène tous les / différents / ingrédients de l'écoute active en fait, / qui vont être / les différentes techniques qu'on peut utiliser pour /activement écouter la personne."* (E7-52)

Le MK4 l'assimile à une écoute empathique (E4-02), mais elle nécessite une formation ou un apprentissage : *"L'écoute, c'est quelque chose qui se travaille"* (E4-03). Pour lui comme pour le MK7, elle est le premier pas d'une démarche de soin (E7-48), elle permet le développement de la relation au patient, qui est la base de la prise en charge et de la collaboration avec celui-ci (E7-20). *"L'ensemble des études devrait /en permanence / ramener à ça, / et après on rajoute des éléments, ok, on rajoute de la thérapie manuelle, on rajoute du machin. Mais /si on n'a pas cette base, // en fait, / c'est foutu."*(E4-48)

Le MK5 et le MK7 considèrent que l'objectif premier de l'écoute active est de laisser s'exprimer le patient, de l'y encourager (E5-02, E7-50, E7-52) par différents moyens : *"[...] directement enchaîner sur quelque chose d'autre, ou / écouter, rebondir, faire développer, faire des reflets, résumer, m'assurer que j'ai compris, faire comprendre à la personne que j'ai compris"*(E7-50). Sans référer à la littérature scientifique (E7-51), le MK7 résume en disant que l'écoute active est une manière d'écouter les gens sur différents modes (verbal, non verbal, paraverbal, proxémie), avec une attitude empathique (chercher à comprendre) et de manière à les faire s'exprimer le plus possible (E7-52). Selon lui, il en existe sans doute des pratiques très différentes (E7-58), et elle est employée dans des thérapies variées (E7-84).

### 3.1.3. L'attitude de l'écoute active (sous-thème 1.3)

Ce thème a été abordé par tous les interviewés, trente-et-une fois au total. L'écoute active est considérée par trois d'entre eux comme **une posture "inconditionnelle"** (E3-15), "*des habitudes de travail*" (E1-26), une attitude "*normale*" (E6-13) ou un "*fonctionnement devenu intuitif avec le temps*" (E3-09). Elle peut s'étendre à l'entourage du patient, l'aidant par exemple : "*Je pense plutôt à des // à des personnes plutôt âgées [...] pour lesquelles, il y a un aidant qui est toujours présent. Alors là, il faut écouter le patient, et écouter l'aidant. Et du coup, il y a double écoute, à différents niveaux, parce que / les demandes de l'aidant sont pas forcément les mêmes que celles du patient.*"(E1-19)

Tous les interviewés s'accordent pour dire que l'écoute active implique une relation horizontale entre le patient et le MK (E1-12, E2-40, E3-07, E3-46, E4-09, E5-33). "*On est / à coté du patient, on n'est pas au-dessus du patient*" (E4-09); "*Pour moi c'est du transversal, et pas du pyramidal, et si y en a un qui veut dominer l'autre, / il est clair que ça n'avancera pas.*" (E2-40) : "*Il y a // une partie technique, très technique de kinésithérapie, [...] et qui / va constamment être /// guidée / par cette relation ouverte, / réciproque, non directive, / symétrique, transversale (rire) non verticale, voilà.*" (E3-07) ; "*C'est plus d'horizontalité dans le soin, avec beaucoup moins de paternalisme.*" (E5-33)

Cette posture nécessite de l'humilité pour le MK (E3-46, E4-50) : "*On lève beaucoup de verrous dans la relation, en étant direct, en étant à un niveau //// un petit peu premier de la relation,-[...] c'est beaucoup plus facile / pour interagir avec quelqu'un , que de se dissimuler derrière une blouse blanche etc..."* (E3-46).

Elle devrait être enseignée comme base du métier, estime le MK4 (E4-47). "*Je ne suis pas sûr que dans les études de kiné on nous parle justement / beaucoup du patient partenaire, du patient avec lequel on travaille/ sur un projet / et qu'on avance ensemble et que le patient, il a autant les clefs de sa rééducation que nous, / voire même plus. // [...] c'est quelque chose qui à mon avis, devrait être // la base, / enseigné / la première semaine de la première année. /Voilà, on /part de ça, / et autour de ça, / on construit quelque chose.*" (E4-47). Les MK6 et MK7 soulignent que le patient et le MK sont à un même niveau d'action et

"d'expertise" (E6-46, E7-26). *"Moi, je suis expert en kinésithérapie, [...] mais vous là, le patient, vous êtes expert de votre corps"* (E7-26). Ce mode de relation est le moteur de la technique kinésithérapique pour le MK3. *"Il n'y pas de démarche clinique sans// une atmosphère, une attitude, un cadre interactif d'écoute active"* (E3-08).

L'attitude d'écoute active est qualifiée de "*bienveillante*" (E1-02, E3-06, E6-43), et c'est une attitude de "*non-jugement*" (E5-31, E6-43) et de valorisation de l'action du patient (E2-46, E2-47). L'"*empathie*" (E1-02, E7-44), la "*congruence*", "*l'attention*", la "*présence*" sont les autres termes cités pour la définir. *"J'essaie de rentrer / un peu dans sa tête, pour comprendre / ce qu'elle vit"* (E7-44).

Trois des interviewés soulignent qu'il s'agit d'une attitude patient-centrée, dont l'objectif est la compréhension du patient dans sa globalité (E1-25, E6-03, E7-11, E7-44), à l'opposé d'une attitude "*inquisitrice*" (E7-66). *"Le fait de se sentir écouté/ le patient va pouvoir / se confier davantage, en apprendre davantage sur / sa pathologie, pourquoi il vient, sur / lui dans sa globalité et comment on peut l'aider / pas seulement sur son problème et pour que / pour que tout ce qu'il y a autour se passe bien pour lui."* (E6-03).

Pour les MK1 et MK3, le MK adopte une attitude authentique, quitte à parler également de sa vie propre (E1-48, E3-47). *"Moi, je livre / des choses, des fois, au patient qui sont vraiment de l'ordre de l'intime, que je livre à certains, pas à d'autres, / en fonction de l'interaction, de ce qui se produit, de la confiance aussi, qu'on a"* (E1-48). A contrario, le MK4 pose une limite au développement de la relation (E4-44) : *"Je connais leur vie de ce qu'ils veulent bien me raconter, mais ils connaissent rien de ma vie, c'est-à-dire que cela reste très professionnel. [...], on n'est pas du tout dans l'échange informel, / on reste vraiment centré sur la thérapie, / et ça / ça pose un cadre, quand même, je pense aussi"* (E4-44).

### 3.1.4. *Les techniques de l'écoute active (sous-thème 1.4)*

L'objectif de celles-ci est d'**inciter le patient à continuer à s'exprimer** (E3-29) et de matérialiser l'attitude d'intérêt pour le patient (E5-03). *"Je peux estimer que le patient / a des choses à dire parce qu'il me semble qu'il a un comportement qui n'est pas tout à fait comme d'habitude et je peux interagir pour faire venir des éléments, 'vous êtes bien silencieux*

*aujourd'hui'[...] je peux prendre une conversation que nous avons déjà eu, et je rentre en relation avec un biais quelconque et je vois ce qui va venir. Et // peut-être rien" (E3-29).*

Deux MK mentionnent également le fait de **se taire**, de laisser la parole au patient même si c'est parfois difficile (E1-30, E6-47). "*C'est quelque chose d'important aussi, moi je sais que j'ai du mal avec ça, (rire) essayer de pas couper la parole au patient quand il parle, d'acquiescer, / un petit silence pour repartir, rebondir dessus, / c'est important aussi, ça lui montre qu'on écoute, / jusqu'au bout de sa phrase en fait.*" (E6-47)

Les techniques les plus citées sont celles des "*reflets*", des reformulations, clarifications, des relances, des résumés, avec validation du patient, et le fait de rebondir sur un élément de son discours. "*Être /vraiment à //l'écoute de ses mots, et parfois de reprendre les mots (inspiration) qui / sont dits*" (E1-05). Elles font l'objet de dix-neuf mentions dans l'ensemble des entretiens (E1-03, E1-04, E1-05, E2-48, E4-31, E5-04, E7-06, E7-07, E7-08), chacune en évoquant plusieurs. La reformulation peut porter sur les faits, mais aussi sur le ressenti du patient (E1-21, E3-22, E4-34, E7-57). Cela permet d'entrer en relation avec lui (E3-29), ou de le faire s'exprimer "*en profondeur*" (E7-57). "*Moi, j'hésite pas / à faire beaucoup parler les patients, je pense être assez à l'aise, avec / leurs émotions, / leurs pensées*" (E4-34).

Néanmoins ces reformulations doivent être adaptées en fonction de ce que le patient peut entendre, estime le MK3 (E3-23) "*C'est à moi de sentir // et de m'adapter / dans une intersubjectivité complète / au patient pour pouvoir communiquer avec lui, les informations que je veux médier avec lui*" (E3-23). Enfin, le MK3 utilise les techniques de reformulation pour faire prendre conscience au patient qu'il se raconte une histoire, qui va entraver la rééducation (E3-24). "*C'est être en capacité // de faire prendre conscience / au patient / qu'il agit // d'une façon qui n'est pas authentique, qui ne reflète pas la réalité / de ses agissements profonds, qu'il se raconte une histoire / et qu'on n'est pas dupe de cette histoire. // On ne le traite pas de menteur, c'est pas le sujet, mais [...] si on suit cette histoire, on va pas aller bien loin, quoi, ou plutôt on va aller nulle part*" (E3-24).

Certains MK identifient ces techniques à celles de l'entretien motivationnel (E6-08, E7-60), avec notamment des questions sur les ressources de la personne. Le MK7 indique des variantes qu'il expérimente sur ces techniques de base, comme effectuer les résumés à la 3<sup>e</sup>

personne du singulier pour mettre le discours du patient à distance et mieux le faire entendre (E7-56) ou reformuler dans un sens positif (E7-63). "*Quand la personne me dit / 'je veux plus avoir de douleur'. Je vais lui demander, 'ça veut dire quoi avoir plus de douleur ? y aura quoi à la place ?', pour aller gratter / quelque chose de positif*" (E7-63).

**L'écoute active**, pour 5 des MK interviewés, **ne se limite pas à de l'écoute verbale, elle s'attache aussi aux gestes et attitudes corporelles (non-verbal), et au paraverbal** (E1-24, E3-12, E3-31, E4-32, E7-04). "*Elle est aussi [une écoute] des attitudes aussi, de tout le paralangage. Tout, les attitudes du corps et tout.*" (E1-24). "*Il y a l'écoute auditive, mais il y a l'écoute des gestes qu'il fait au moment où on dit quelque chose, et il y a toujours moyen de récupérer quelque chose à ce moment-là*" (E4-32). De son côté, le MK utilise également les canaux de communication non verbaux, fait attention à avoir un regard et une attitude corporelle centrés sur le patient (E7-09), utilise les mouvements de tête pour montrer son écoute (E6-05, E6-07) . "*[...] faire gaffe à pas trop / me toucher le cou, (mime) m'étirer, à regarder ailleurs, qui peut vite être interprété par la personne, comme 'ah ben, mince, il ne m'écoute pas'*" (E7-09).

La disposition spatiale sert aussi à cette fin (E7-05) : "*Je suis pas face au patient / mais on est tous les deux, l'un à côté de l'autre. / et on / on fait un travail plus collaboratif*" (E4-24). "*Il faut plus être à côté du patient pour l'accompagner, / pour le suivre.*" (E6-09)

Ensuite, le type de questions formulées est abordé 9 fois par 5 des MK interviewés. Il s'agit de **questions ouvertes**, pour un mode d'entretien non directif (E2-03, E2-43, E4-25, E5-12, E7-03, E7-65). Elles peuvent porter également sur le ressenti du patient (E2-44), l'interroger sur son besoin présent en matière de prise en charge (E1-22). Les questions fermées sont utilisées pour préciser certains points (E4-27). "*Toujours des questions ouvertes au final / avec quelques questions fermées / qui me permettent d'avoir des / des réponses un peu plus précises / sur des potentiels problèmes.[...] des fois, on est obligé d'avoir des questions un peu plus fermées / quand il y a des doutes sur certaines choses.*" (E4-27). Le MK4 se base fortement sur son propre ressenti pour mettre en œuvre l'une ou l'autre de ses techniques (E4-33).

La question du **cadrage de la pratique** d'écoute active est évoquée par trois MK. Le MK7 pose un cadre favorable à cette écoute dès le départ de la prise en charge en proposant sa démarche (E7-27), car il pense qu'il est nécessaire de changer le cadre présumé d'une séance de kinésithérapie pour mieux faire s'exprimer le patient (E7-67). "*Jouer avec ces histoires de cadres, cela permet d'accéder à d'autres types d'informations*" (E7-67). Le MK3 et la MK6 parlent aussi des limites posées. La pratique est encadrée par l'objectif thérapeutique (E3-19, E7-81, E7-83). "*On a un cadre de/ de/ du contrat, le patient vient pour une pathologie, il vient pour un projet particulier*" (E3-19).

L'échange n'est interrompu que ponctuellement, pour des raisons pratiques. "*Il faut trouver le moment où il va / arrêter sa phrase / [...] on dit 'ok, d'accord' / on répond à sa question si / on fait un reflet si besoin pour montrer qu'on a écouté, puis on dit 'je m'absente, je vous laisse travailler en autonomie', ou 'je vous laisse patienter une minute' et puis, en revenant, toujours avoir un mot / pour raccrocher les wagons en fait, pour dire 'donc vous m'aviez dit ça, machin...' , pour qu'il puisse continuer à s'exprimer.*"(E6-26).

Le MK5 utilise l'écoute active dans le cadre de l'entretien motivationnel, et en cite les objectifs et les étapes et les techniques : "*Avec l'entretien motivationnel, on a cette stratégie, je pense que vous connaissez, hein, de créer l'alliance thérapeutique, de focaliser sur un problème, ensuite faire une planification, et le tout, en utilisant un certain nombre de / techniques, le demander-partager, etc... le reflet, la question ouverte.*"(E5-27). Il détaille sa **technique de bilan** (E5-08, E5-19) : "*Lors du bilan, / je préfère / justement / ne pas être directif du tout, les laisser /vraiment s'exprimer, avant de passer plus sur quelque chose de plus semi-directif et éventuellement à la fin d'être très directif.*" Pendant cet entretien, il a "*une grille dans [sa] tête qui est un petit peu celle de [son] / bilan-type qui est quand même / structuré*" et qui comprend les descripteurs de douleur, les facteurs psychosociaux, les ressources mobilisables pour la rééducation, les activités pratiquées et leur importance pour une évaluation de la fonction.

### 3.2. Les MK interviewés et les autres (thème 2)

#### 3.2.1. L'origine de leur démarche (sous-thème 2.1)

Ce sous-thème faisait l'objet d'une question dans le guide d'entretien ; vingt-deux idées s'y rapportent, au total, pour l'ensemble des interviewés. Pour la MK1 et le MK3, c'est l'**intérêt originel pour le champ des relations humaines** qui a amené à la démarche d'écoute, ou la prise de conscience de la subjectivité de ces relations (E1-52, E3-42). Pour le MK2, des **formations** de plus en plus nombreuses sont à l'origine de la sensibilisation à l'écoute active (E2-34, E2-65), avec la prise de conscience dans les formations continues "techniques" qu'il manquait une prise en soin centrée sur le patient (E2-64, E2-70). De plus, l'**exercice dans un cadre pluri-professionnel** a mis à jour la nécessité et l'intérêt de connaître le parcours de soin du patient (E2-66), et avéré que ce parcours est aussi un parcours de vie intéressant pour la mise en œuvre du traitement (E2-67.) Le cadre pluri-professionnel encourage la pratique de l'écoute active car il est partagé par les autres professionnels de santé (E2-69, E2-71). Des formations propres à l'écoute active semblent ensuite nécessaires pour développer la démarche (E2-68), ainsi qu'une mise en œuvre régulière (E2-27).

Pour les MK4 et MK5, c'est la **littérature scientifique** et la découverte de l'**importance des facteurs psychosociaux et des modulateurs de la douleur** qui a été l'une des origines de la démarche d'écoute active des patients (E4-16, E5-45). "*Parce qu'on nous dit effectivement, / il faut créer une alliance, / que si on /dit les choses au patient, qu'on lui dit de faire ci, de faire ça, et ben / derrière, de toute façon le patient, il les fait pas et pis en plus on l'a pas autonomisé*" (E4-16). "*Quand j'ai découvert qu'il y avait, bien plus que /juste la nociception, et que l'aspect biomécanique à prendre en compte pour être vraiment efficace, c'était plus une option de pas s'en occuper, et de rester sur seulement 10% de notre potentiel*" (E5-45). Le MK4 note également sa prise de conscience de l'impasse thérapeutique des seules techniques propres de kinésithérapies pour la prise en charge des patients douloureux chroniques. "*On s'aperçoit, que sur de la douleur chronique, en fait ça ne marche pas tant que ça, quoi, /toutes les techniques qu'on a apprises, les étirements, les massages, l' électro, le chaud, le machin et le truc. /En fait, là les gens, ils allaient pas mieux quoi. / Donc il a fallu que / petit à petit / ben, que je fasse différemment.*" (E4-55)

Les MK4 et MK5, la MK6 et le MK7, indiquent également le **caractère personnel** de l'engagement, que ce soit un trait de caractère (E4-54), une sensibilité personnelle ou familiale aux relations humaines ou aux relations d'aide (E5-44, E6-31, E6-34, E7-36). Pour la MK6, cette sensibilisation est développée à l'IFMK par les enseignements de sciences humaines et à l'occasion des recherches faites dans le cadre du mémoire. (E6-32, E6-33). "*Je voulais voir en fait, si le fait de / passer plus de temps avec le patient, de lui accorder de temps / permettait / de mieux gérer la douleur, de trouver plus de / leviers à enclencher pour l'aider etc... / et de fil en aiguille, c'est là-dessus que je suis tombée sur l'entretien motivationnel*" (E6-33).

### 3.2.2. Les formations suivies (sous-thème 2.2)

Le sous-thème des formations suivies est évoqué neuf fois au total lors des entretiens semi-directifs, par cinq interviewés. Nous avons complété le panorama avec les réponses aux questions préalables à l'entretien, qui visaient une présentation professionnelle générale de l'interviewé. La MK1 a suivi une formation sur les relations humaines en général dans un institut d'études psychologiques (E1-50). Pour elle, la formation sert à pratiquer plus naturellement l'écoute active (E1-27), elle a été complémentaire à la formation de rééducateur (E1-51). Le MK3 s'est formé en sciences de l'éducation à la suite de son questionnement personnel sur la relation inter-individuelle (E3-43). Le MK2 s'est formé par l'éducation thérapeutique (E2-35). Il souligne le rôle d'une pratique réflexive dans sa progression (E2-14). Le MK7 souligne aussi le rôle du travail personnel et réflexif dans l'acquisition de la pratique, en plus des formations suivies en communication, et aux outils de prise en charge de la douleur, dont l'hypnose (E7-10, E7-45, question préalable E7). "*Et puis bon, c'est vrai que c'est des compétences aussi sur lesquelles j'ai beaucoup travaillé, / je me suis beaucoup formé, / j'ai eu toute une période où je me filmais, / où j'enregistrais mes consultations pour voir les choses que je faisais / et pour les améliorer, / donc / peut-être que ça, ça m'a aidé, je sais pas.*" (E7-45)

Le MK4 s'est formé aux thérapies cognitivo-comportementales et en communication (question préalable E4), le MK5 et la MK6 à l'entretien motivationnel (E5-26, question préalable E6).

### 3.2.3. Les fondements théoriques cités (sous-thème 2.3)

Le sous-thème des références mobilisées n'était pas dans la grille d'entretien. Il a été abordé douze fois, par les cinq MK qui sont également formateurs en écoute active. Carl Rogers est cité par la MK1 et le MK3 (E1-39, E3-03, E3-57). La MK1 cite également Frédéric Worms pour ses travaux sur le soin subjectif et le soin objectif (E1-39). Le MK3 et le MK5 citent l'EBP, dans sa dimension attentes du patient comme fondement à leur démarche d'écoute (E3-50, E5-07). D'ailleurs pour le MK3, l'EBP est difficile à mettre en œuvre sans écoute active. Pour le MK4, c'est la subjectivité totale de relation patient-thérapeute et les références scientifiques sur la faiblesse des effets des traitements kinésithérapiques seuls qui fondent la démarche d'écoute, pour permettre le meilleur choix de traitement avec le patient. (E4-42, E4-49). *"On critique les médecins, les rhumato qui donnent des traitements, qui donnent des anti-inflammatoires, où qui font des infiltrations, mais la taille d'effet de nos traitements / ils sont tout aussi négligeables, donc / on ne peut pas/ imposer une solution au patient, / sachant que de toute façon, la solution qu'on va lui proposer/ [elle a] un effet qui est quand même faible"* (E4-49). Il est rejoint par le MK5 sur cette référence : *"Pour moi, c'est plus important /l'écoute que la /technique. Après, plus je travaille, plus j'ai l'impression / que la kiné c'est simple (rire) [...] / et qu'en fait, avoir une relation de qualité et utiliser des techniques ou des exercices simples, c'est / à mon avis bien plus important que d'avoir une technique ou des exercices très compliqués et une relation / pauvre avec les patients"* (E5-54).

Le MK5 cite un autre type de pratique en référence : l'*Acceptance and Commitment Therapy*, ainsi que les fondamentaux des neurosciences de la douleur (*Explain Pain* de David Butler et Lorimer Moseley) (E5-28, E5-45). Le MK7 cite l'ouvrage de Philippe Haim "Ecouter, parler : soigner" ainsi que Paul Watzlawick et l'école de Palo Alto, pour ses travaux sur la réalité de deuxième ordre et les thérapies visant à modifier celle-ci chez les patients (E7-47, E7-77). L'écoute active sert dans ce cas à l'identifier. *"C'est nous qui disons 'une chaise c'est fait pour être assis dessus'./ [...] et ça, c'est la réalité de deuxième ordre. / On peut la changer la réalité de deuxième ordre. Peut-être que chez vous, il y a une chaise, qui n'est pas utilisée comme une chaise./ Y a une chaise qui est utilisée comme une étagère, parce que vous avez que des bouquins dessus. / Et donc, [...] une des manières de faire de la thérapie, c'est /d'agir sur la réalité de deuxième ordre / des gens"* (E7-77).

### 3.2.4. *Leur perception de l'écoute active dans la profession de kinésithérapeute en général (sous-thème 2.4)*

La MK1 et le MK3 disent que l'écoute active était peu enseignée dans les écoles de kinésithérapie lors de leur formation initiale, comme ce qui se rapportait à la relation d'aide ou de soin en général (E3-04). La formation était centrée sur la "technique" kinésithérapique (E1-53), alors que relation et technique de soin sont indissociables. Le MK3 pense que peu de MK, mais aussi peu de médecins, font de l'écoute active (E3-51), qu'ils sont mal à l'aise en majorité avec cette pratique, car ils ne prennent pas le temps de l'entretien et limitent celui-lui aux éléments recherchés (E3-27). *"Les gens ne prennent pas le temps d'avoir / cette écoute-là dans toutes ces dimensions, c'est-à-dire, on laisse un temps au patient // qui est généralement très court, mais /// si le patient dit des choses qui vont entraîner trop loin le soignant et ben il va arrêter les choses. Il y aura un cadrage très strict /// [...] à ce qui doit être objectif"* (E3-27). La MK6 estime que l'écoute est plus présente dans les nouvelles générations de kinésithérapeutes (E6-38). Le MK7 pense qu'elle est inégalement mise en œuvre dans la profession, alors qu'elle est indispensable pour les kinésithérapeutes libéraux comme pour toute les professions de soin (E7-46, E7-49).

Pour le MK2, les collègues qui se sont formés sont très satisfaits, même s'ils n'étaient pas très volontaires au départ (E2-63). Le MK5 pense qu'il existe deux catégories de kinésithérapeutes : ceux qui pratiquent l'écoute active et *"le vivent très bien"* (E5-49) et ceux pour qui c'est trop éloigné du métier très technique qu'on leur a *"vendu"* au départ. *"On a cru qu'on avait un métier qui était très technique, et très complexe, et qu'il fallait / une maîtrise incroyable du corps humain, de l'anatomie, de la biomécanique etc... Et au final, / toutes ces compétences qu'on a parfois acquises avec beaucoup de travail, / beaucoup de frais financiers ne sont pas / si importantes que ça, par rapport à l'écoute / et du coup je pense que, une partie de la profession / a beaucoup de mal à voir / décliner finalement, la part de / technique dans laquelle ils s'étaient investis pour quelque chose qui ne leur plaît pas forcément et qui n'était pas le contrat pour lequel ils ont signé quand ils sont devenus kinés"* (E5-50).

Pour le MK3, la croyance que la connaissance scientifique suffit à l'exercice de la kinésithérapie est un frein à l'écoute active dans la profession : *"Un kinésithérapeute a besoin d'une technique, surtout s'il est spécialisé, il a besoin de connaissance scientifique, surtout encore une fois, s'il est spécialisé, mais s'il n'est pas en capacité de rentrer en relation avec*

*un patient / de façon / très interactive, sur le mode de l'écoute active, et bien il va lui manquer quelque-chose" (E3-49).*

Pour le MK4, c'est la posture verticale de soignant-soigné, transmise lors de la formation de kinésithérapeute, qui restreint l'emploi de l'écoute active dans la profession (E4-04, E4-46). De plus, il estime que l'écoute est secondaire pour aller chercher des informations prédéterminées, dans le bilan tel qu'il est enseigné en Institut de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) (E4-05). Il pense en outre que la capacité à créer de l'alliance thérapeutique est innée, et qu'une formation ne suffit pas sans prédisposition : *"C'est, c'est un peu / inné. // Et il y a certains qui pourront toujours se former, / et ce sera mieux // mais / ils y arriveront jamais vraiment, / parce que d'eux-mêmes déjà, ils ont du mal à penser // que leur vision est moins bonne que celle du patient, ou que leur vision est au moins égale que celle du patient" (E4-56).* Pour la MK6, comme il s'agit d'une manière de travailler, il est difficile de changer d'habitude pour les MK non sensibilisés dès le départ (E6-41).

Le MK7 nuance : *"J'arrive même pas à imaginer une prise en charge où il n'y aurait pas d'écoute. Parce que cela irait vers des pratiques qui ne seraient, pour moi, pas du soin. Si on prend une caricature, je sais même pas si ça existe, mais des fois, on voit des gens en parler sur les réseaux, ou ailleurs. Des gens qui font chaud / électro-massage, par exemple./ [...] le patient arrive, 'bonjour, ok mettez vous là, ok je vous mets les électrodes, ok, je reviens dans dix minutes, euh... je vous masse'. Même là-dedans il y a un minimum d'échange" (E7-39).*

Dans l'esprit de trois des interviewés, la profession en général semble peu prête à se former à cette approche, quoiqu'elle soit jugée positivement (E2-61), même si elle en a une perception réduite, comme servant seulement à créer l'alliance thérapeutique (E4-06). La MK6 indique que pour certains collègues, *"c'est de la perte de temps" et "[qu'elle] pourrai[t] être aussi efficace en un quart d'heure" (E6-28).*

### 3.3. Pourquoi écouter activement les patients ? (thème 3)

#### 3.3.1. Objectifs et résultats dans la conduite de la prise en charge (sous-thème 3.1)

La première attente des MK interviewés (MK1, MK2, MK4, MK5, MK7) est de **recueillir des informations importantes** pour le patient, qui n'auraient pas pu être recueillies par une autre méthode (E4-07, E5-06, E1-33); "*Si je laisse parler le patient, il va me dire des choses importantes sur lesquelles sûrement, je n'aurais pas mis l'accent, je ne me serai même pas aperçu de certaines choses*" (E4-07). "*Il semblerait qu'on a tendance à interrompre nos patients beaucoup trop vite [...] les informations qu'on perd, on les coupant /de façon précoce, il y a de très grandes chances qu'on ne les obtienne plus jamais.*" (E5-06,07)

Ce sont **des informations utiles aux bilans** (E5-09, E2-20, E2-42) : "*En laissant parler le patient [...] / il va t'amener en fait vers un diagnostic / qui va être certainement / totalement différent / des questions, des questions fermées qu'on aurait pu poser*" (E2-20). "*Pour moi, l'écoute active [...] a la force / de laisser le patient / partir / presque dans l'origine du problème*" (E2-42).

Elles sont utiles aussi au plan de traitement car il s'agit **des ressources** (centres d'intérêts, habiletés etc...) du patient (E7-41, E7-64) qui pourront être utilisées lors des séances : "*aller chercher également / des choses qui sont importantes pour [les patients], pour les réinvestir dans la rééducation. [...] Les ressources des patients, c'est [...] / tout ce qui vous inspire, tout ce qui vous donne de l'énergie, tout ce qui vous fait du bien, qui vous met en joie, toutes les activités que vous faites, où vous voyez pas le temps passer, qui vous font vibrer, toutes ces choses-là [...] ça, on va le récupérer grâce à de l'écoute active*" (E7-41).

Une deuxième attente est de **comprendre les représentations** qu'a le patient de sa maladie, (E1-06, E1-07, E2-02, E7-61 ce qui permet au MK de ne pas se fier à une interprétation toute faite (E1-07), et aussi de faire s'exprimer les craintes du patient (E7-61). "*Et c'est savoir, // pas pourquoi, quelle est la pathologie pour laquelle il vient /// [...] / mais dans quel contexte / pathologique / il vient.*" (E2-02). "*Si on creuse pas, on passe à côté d'infos, / mais, là, la question c'est 'qu'est-ce que vous ça vous a fait, vous, / quand le médecin, il vous a dit que vous aviez rien / sur l'IRM alors que vous, vous aviez mal au dos.*

*ça vous a fait quoi'. 'Ben j'ai senti un sentiment d'injustice. Parce que non, j'ai pas rien moi, j'ai mal, ok, y a rien sur la radio, mais peut-être ils sont passés à coté de quelque chose, parce qu'en fait, moi mon cousin il y a 6 mois, il a eu un cancer, et il avait les mêmes symptômes que moi.' / Et ça, si vous posez pas la question que j'ai / énoncée avant, vous passez à côté"* (E7-61).

En corollaire à la compréhension du patient, il s'agit pour les MK1 et MK7 de **donner du sens** à la prise en charge, un sens "*patient-centré*" (E1-08, E7-68, E7-75) et de confronter la narration du patient et celle du MK sur le même sujet (douleur, pathologie, rôle du traitement ...) (E7-76). "*Mettre du sens, / raconter une histoire / qui est centrée sur la personne et qui donne du sens, et qui donne des possibilités, c'est vraiment ça, / à quoi ça sert, l'écoute active, je pense*" (E7-75). "*Ces phénomènes / physiologiques, qu'on est en train de découvrir, ou neurologiques, / le patient, il les ressent et il les ressent avec // sa propre perception, / et il les traduit avec ses propres mots, et c'est ça qui compte*" (E7-76).

Pour les MK2 et MK5, l'écoute est indispensable pour **recueillir le consentement éclairé du patient sur les soins**, et pour **s'assurer de sa compréhension** (E5-47, E2-19). "*On ne peut pas obtenir le consentement éclairé du patient si on n'écoute pas ses / questions, ses craintes, ses angoisses, si on n'est pas capable de répondre à ses questions pour qu'il puisse ensuite consentir à ce qu'on lui propose*" (E5-47). "*Demander la synthèse au patient [...] pour qu'ils aient bien compris [...] et qu'ils me le disent les mots / avec leurs mots à eux*" (E2-19).

Quasiment tous les MK interviewés attendent de l'écoute active de **construire l'alliance thérapeutique** (E5-10, E4-08). "*C'est compliqué de créer de l'alliance, [...] et ça, je pense que globalement les gens en ont conscience / et surtout compliqué de ne pas passer à côté de choses, si on ne le fait pas*" (E4-08).

Pour cela le MK5 trouve important de montrer qu'il a écouté (E5-20). "*Le fait de revenir, sur des éléments dont ils ont parlé, pour faire du semi-dirigé autour / de ces éléments-là, c'est une façon de leur montrer qu'on a écouté, qu'on veut plus d'info, et donc / de faire de l'écoute active*" (E5-20).

Les MK1, MK3, MK7 développent la relation thérapeutique (E7-54), qui est une relation de **confiance réciproque** (E3-25, E7-19), qui doit être gratifiante (E3-36), y compris avec des patients qui ont des troubles cognitifs (E1-34). *"Le but, c'est que / cette écoute active, [...] elle soit mise en place / de manière /suffisante pour que justement / le patient ait de la confiance"* (E7-19). *"C'est une fluidité dans la relation [...] via la confiance qui sera construite par cette relation, les résistances que peuvent mettre [...] que peuvent développer les patients vont s'estomper // plus facilement"* (E3-25). *"Même chez des patients qui ont des troubles intellectuels, des troubles cognitifs. La relation, et ce temps d'écoute quand on /prend le temps / et ben, après, la relation elle est plus la même. [...] il y a des petites choses qui passent et qui font que / qu'on est mieux accueilli"* (E1-34).

Pour le MK3, l'écoute active permet de comprendre le comportement du patient pendant la séance (E3-30), et tous le rejoignent sur l'objectif de **pouvoir adapter la séance aux besoins présents du patient** (E1-23, E5-32) ou aux évènements de la prise en charge (E1-11), y compris dans un sens qui n'est pas habituel pour le MK7 (E7-34). *"Ajuster le traitement en fonction de ce qu'elle ressent, de ce qu'elle vit. // Et en fonction de ses objectifs qui peuvent évoluer, de ses attentes qui peuvent changer etc..."* (E7-24). *"Je vais /favoriser toutes les stratégies qui iront dans la résolution de son problème mais tenant compte de ce qu'il est lui, de ce qu'il est, de ce qu'il croit être, de ce qu'il présente / et / en interagissant avec ce qu'il présente, c'est à-dire que ce qu'il / me présente ne va pas tomber dans l'oubli, etc... je vais le reprendre, si je le trouve pertinent, pour l'amener à / avancer, à cheminer dans / le projet qu'on aura construit en commun. C'est pour ça que ça ne s'arrête jamais, c'est un mode de relation"* (E3-20).

Mais il s'agit aussi d'**adapter l'ensemble du traitement** (E2-21, E3-37, E4-35, E5-32, E7-24). *"L'idée du coup, c'est peut-être de trouver ensemble / la meilleure solution et d'avoir quelque chose / de plus ciblé, de plus adapté, de plus / personnel. // Ce qui a priori, je pense / a plus de chances de fonctionner"* (E4-35). *"Et en laissant parler le patient, on a une chronologie qui va être totalement / inversée par rapport à la nôtre // [...] il va me parler de nourriture par exemple, [...] ben, du coup, on va parler en micro-nutrition, quoi. Il va te parler peut-être / de son problème psycho, et du coup t'auras pas une approche non pas purement mécanique, mais une approche à l'écoute / tissulaire."* (E2-21)

Le MK7 identifie grâce à l'écoute active les attentes du patient et trouve un traitement qui fera sens pour le patient, ou négocie le mandat thérapeutique en cas de désaccord initial (E7-62). La MK6 juge d'ailleurs, que c'est fondamental pour le choix du bon traitement et donc l'efficacité (E6-30). Les MK1 et MK3 indiquent que l'écoute active permet de faire avancer le patient dans le projet thérapeutique (E1-09, E3-20). Enfin, le MK7, se base sur les attentes exprimées (E7-20).

Pour les MK2, MK6 et MK7, l'écoute active permet en outre de **référer le patient à bon escient à un autre professionnel de santé** (E6-35, E7-70, E2-32). *"Cette notion de champ de compétence, elle est importante, parce qu'avec de l'écoute active, on peut s'embarquer sur / tous les terrains, / on va récolter plein de types d'information, mais ça veut pas dire qu'on va utiliser / toutes les informations dans le soin. // et ça, c'est important [...] un des piliers pour moi, de l'écoute active, c'était / adapter le soin, / et ça, ça en fait partie, référer"* (E7-70).

Deux MK soulignent le rôle de l'écoute active dans **l'éducation du patient**, car verbaliser lui permet de comprendre les concepts thérapeutiques (E7-17) et de s'interroger sur ses pensées ou comportement contreproductifs (E5-23). *"Il y a des patients qui ont besoin de plus parler, de plus / comprendre, de plus / verbaliser, ce qui leur permet de mieux intégrer les / concepts qu'on apporte dans dans les séances"* (E7-17). *"J'ai vraiment envie d'utiliser les outils de l'écoute active [...] pour les amener à s'interroger sur leur structure de / pensée, ou leurs comportements qui sont / néfastes"* (E5-23).

Pour le MK4, il est connu que l'écoute permet **l'empowerment du patient** (E4-10). Pour la MK1, l'un de ses objectifs est de donner les outils au patient (E1-15), les clefs pour agir. *"Je lui donne les / les outils pour / elle, poursuivre après"* (E1-15). Pour le MK6, il s'agit de le mettre en responsabilité de son traitement et de le rendre actif. *"On est là pour l'aider à trouver des solutions, / pour l'accompagner, mais on n'est aussi pas là pour le faire à sa place. Donc, c'est aussi quelque part l'écoute active, c'est lui montrer que c'est à lui de / c'est à lui de parler, c'est à lui d'agir"* (E6-44).

Pour le MK7 : il s'agit de lui permettre de créer une vie qui lui ressemble et de **réécrire l'histoire** de sa maladie. *"Ça, c'est la pratique que j'ai envie d'avoir / avec les gens : leur*

*donner le contexte suffisant pour qu'ils deviennent auteurs, et qu'ils créent / la vie qui leur ressemble. [...] on vous raconte une histoire ! / Et vous, soit vous l'acceptez, cette histoire, soit vous la refusez. Mais si vous la refusez, il faut en écrire une nouvelle. [...] Et le but, c'est d'autoriser les gens à réécrire l'histoire" (E7-79).*

Le MK5 note que l'écoute active permet au MK d'**éviter les effets nocebo**. *"On ne va pas avoir forcément des résultats miraculeux par l'écoute active sur la douleur mais par contre, ne pas la faire, / et ne pas montrer au patient qu'on entend ce qu'il a à dire à ce niveau-là, / ça, ça peut faire du mal au patient et l'enfermer dans des trajectoires de soin qui sont très négatives" (E5-46).*

Ces attentes d'une **relation de confiance** sont également évoquées en termes de résultat par les MK1, MK6 et MK7 (E1-16, E6-10, E7-53), qui qualifient cette relation de symétrique, le MK n'étant pas seulement un thérapeute mais une personne : *"Il y a vraiment une réciprocité, c'est-à-dire que je peux pas être quelqu'un de neutre. / Sinon, y aurait /pas cette confiance, il faut aussi que moi, je m'inscrive dans mon humanité" (E1-32).* Sans le qualifier, le MK2 note comme résultat un changement dans la relation au patient (E2-28). Il souligne aussi que l'écoute permet également de renoncer aux relations thérapeutiques qui ne seront pas productives (E2-41).

Le **renforcement de l'alliance thérapeutique** est également constaté par les MK3 et MK6 (E3-38, E6-10). *"Je trouve que l'écoute active, c'est vraiment un outil énorme pour /renforcer ce qu'on appelle l'alliance thérapeutique. Et si on n'a pas l'alliance thérapeutique, clairement, on peut aller nulle part dans les prises en soin" (E6-10).* *"Pour qu'ils puissent accepter des choses contraignantes, il faut qu'ils aient confiance dans la personne qui les contraint. Donc c'est une auto-contrainte acceptée, c'est pas autre chose, quoi" (E3-38).*

Pour la MK1, l'écoute active a pour résultat une plus grande **acceptation du traitement** (E1-35). Le MK2 et la MK6 détaillent ce point de vue, en soulignant qu'elle permet non seulement l'observance du traitement mais aussi l'**implication du patient** (E2-22, E6-11), avec des résultats marqués dans l'auto-rééducation (E2-24). Le MK3 fait le même constat (E3-38) et souligne que l'écoute favorise aussi l'acceptation du patient de prendre soin de lui-même (E3-35). Le MK5 va dans le même sens pour les patients avec douleurs persistantes

(E5-29, E5-30) et rajoute que la séance peut être plus agréable pour le MK (E5-29). En outre, le MK5 et le MK7 indiquent que l'écoute active permet de répondre aux besoins du patient et surtout, de le rendre acteur et de lui redonner du pouvoir sur sa rééducation et sa santé (E5-34, E7-78, E7-69).

### 3.3.2. Attentes et résultats pour le patient (sous-thème 3.2)

Même s'il juge la pratique difficile, le MK2 estime que les "**résultats sont très satisfaisants**" (E2-26). Néanmoins, pour le MK4, il n'est **pas possible d'obtenir la preuve** de l'efficacité de l'écoute active, celle-ci étant trop liée à une relation singulière entre thérapeute et patient (E4-15).

Le MK3 attend de l'écoute active une **diminution de l'anxiété** (E3-13), ce que les MK1, MK4 rapportent comme un résultat : du mieux-être (E1-10), une diminution de la peur ou de l'anxiété (E1-14, E4-12, E1-40). "*Il y avait une forte appréhension [...] psychologiquement elle a lâché, elle avait beaucoup moins peur, ben du coup, la douleur, elle a pu plus la gérer*" (E1-13, E1-14). Pour les MK1 et MK6, l'écoute active **aide le patient à gérer sa douleur** (E1-14, E6-36) et sans doute à augmenter le seuil de tolérance à cette douleur (E6-12). Un résultat sur la diminution de la douleur est évoqué par le MK4 (E4-14, E4-17), en ce qui concerne les patients douloureux chroniques. "*Le fait de les écouter, ça doit énormément jouer sur le fait qu'ils se sentent compris et / c'est quelque chose qu'ils peuvent du coup, mieux gérer /eux-mêmes*" (E6-36). "*Le simple fait de les écouter, les patients, le simple fait de dire 'oui, vous avez mal, on n'est personne pour juger votre douleur' déjà tout de suite, on a l'impression que cela la rend plus supportable*" (E6-12).

En outre, la MK1 note que ses patients âgés **retrouvent de la confiance** en eux-mêmes, "*Ça leur permet quand même / d'être ragillardis, de repartir dans la vie, hein, de se réinscrire dans la vie, de rester inscrits dans la vie, parce qu'ils y sont toujours, mais avec peut-être plus // de motivation*" (E1-40). Pour le MK4, les résultats pour le patient sont surtout dans l'**optimisation des chances de réussite dans la récupération de la fonction** (E4-13, E4-17). "*Alors en l'occurrence pour moi, / c'est surtout, savoir ce qu'ils peuvent faire / ce qu'ils ne faisaient plus, / c'est plus / ça qui compte*" (E4-13).

### 3.3.3. Les apports de l'écoute active pour le MK (sous-thème 3.3)

Les MK1, MK3 et MK6 trouvent qu'**ils gagnent du temps**, dans la prise en charge, en recueillant directement les informations importantes (E1-31, E3-26, E6-14). *"Il y a un temps /incompressible / où il faut se /taire, et laisser / la parole / au patient. [...] Parce qu'on se rend compte qu'en fait, quand il y a ce temps d'écoute, / ensuite, / on /gagne du temps sur autre chose"* (E1-30, E1-31). *"Le fait de vraiment les englober, de leur faire ressentir qu'on est là qu'on les écoute, ça débloque tout, en fait"* (E6-14). Cela leur apporte également du confort de travail (E3-26), et facilite les prises en charge, aussi bien le bilan (E6-14) que l'ajustement du traitement au patient (E6-22). *"Et en écoutant activement, on a un puit d'informations énorme et au final, le bilan se fait tout seul"* (E6-14). Le MK3 trouve que c'est **une pratique et une relation gratifiante** (E3-45) et pour le MK5, cela enrichit le métier au plan relationnel (E5-53). Pour le MK2, le MK est tout simplement meilleur (E2-74).

## 3.4. Comment l'écoute active est-elle pratiquée ? (thème 4)

### 3.4.1. Choix et importance de faire de l'écoute active selon les patients (sous-thème 4.1)

Les patientèles des interviewés sont en grande partie spécifiques (personnes âgées dominantes pour la MK1 (E1-41), pathologies extra-pyramidales pour le MK3 (E3-21), patients à douleur persistantes pour les MK4, MK5 et MK7 ou variées (MK2 et MK6). Cependant, l'ensemble des interviewés s'accordent pour dire qu'ils ne choisissent pas d'écouter activement ou non selon le patient, mais le font ou s'efforcent de le faire **pour tous les patients** (E2-16, E5-21, E6-23), de manière quotidienne (E1-01), qu'il s'agit d'une démarche indispensable (E5-43), voire *"inhérente à la relation de soin"* (E7-38). *"J'ai de temps en temps d'autres types de patients, de la traumatologie, [...] Mais, c'est la même chose, / c'est juste que l'expression de leur vécu, de leur histoire, elle sera souvent un peu plus courte [...] du coup, / le temps d'échange, il est un peu moins grand, [...] mais c'est le cadre que je pose également"* (E7-38).

C'est une **attitude générale, inconditionnelle**, dans la relation humaine (E7-42). D'ailleurs, ce n'est pas seulement un choix du MK, mais celui du patient (E1-37, E5-25); *"Je n'arrive pas à imaginer une /interaction humaine où il y ait pas d'écoute active"* (E7-42). Pour

le MK2, écouter activement semble néanmoins plus profitable chez certains types de patients (E2-59); par exemple, les résultats sont plus marqués chez les enfants et les adolescents (E2-23, E2-36). *"Chez les enfants / chez les ados qui sont toujours un peu rebelles, je trouve que c'est vraiment quelque chose qui marche très très très bien"* (E2-23). Le MK3 trouve que ce choix de l'écoute active s'impose pour les patients souffrant de maladies chroniques (E3-44), car les prises en charge sont longues par rapport aux pathologies aiguës (E3-53). Néanmoins, la posture est la même pour tous, la démarche sera seulement moins profitable si le temps de prise en charge est court (E3-55). *"Le dispositif est le même // mais ce sera probablement pas la // même profondeur, comment dire, la même / complicité que vous aurez, c'est pas possible."* (E3-55)

Ce postulat est ensuite nuancé par le MK3 qui constate finalement que le niveau d'écoute dépend des **attentes du patient et des enjeux de la prise en charge** (E3-56), plus que de la pathologie, et que le niveau d'anxiété détermine l'implication dans la relation (E3-58). *"Tout dépend de l'investissement que le patient aura dans le traumatisme, dans sa guérison, s'il y a une forte attente parce qu'un enjeu très important, évidemment qu'il y aura de l'écoute active à ce moment-là / [...] Ça dépend, à la fois de la durée dans la relation, du niveau / de l'attente du patient, ça dépend du contexte"* (E3-56). Le MK7 partage ce point de vue (E7-37).

Le MK5 porte **d'autant plus d'attention** à la démarche d'écoute lorsqu'il décèle la **présence de facteurs psychosociaux** (E5-22), ou pour les patients dont les pensées ou les comportements sont contre-productifs pour le soin (E5-24). Dans ce cas, une mauvaise communication entraîne une perte de chance, un cercle vicieux : problème-évitement-renforcement du problème. *"Les patients avec lesquels je trouve que c'est le plus efficace, c'est ceux qui ont des boucles coincées [...] si on est plus dans l'écoute active, [si on les aide à] s'entendre eux-mêmes, ils réalisent beaucoup plus facilement tout seuls, beaucoup plus vite et en entreprenant beaucoup plus facilement les changements"* (E5-28).

Ainsi l'écoute active sera d'autant plus importante pour les patients souffrant de pathologies chroniques, car leur participation à une vie "normale" est altérée (E5-48). *"La maladie / dégénérative va pas forcément générer une douleur physique / immédiate, / mais par contre, elle va quand même souvent générer une souffrance / par rapport aux limitations"*

*de participation dans la vie sociale, / à la perspective / future qui est souvent pas bonne etc... / et du coup dans ces cas-là, // l'écoute va devenir importante, quoi" (E5-48).*

### 3.4.2. *Les moments de l'écoute active (sous-thème 4.2)*

Ce sous-thème a été abordée à trente-quatre reprises, dans l'ensemble des entretiens, entre 3 et 8 fois par entretien. Les MK s'accordent pour dire que l'écoute active est mise en œuvre **tout le temps d'une séance** (E3-10, E5-05, E6-04) ou en tous les cas, devrait l'être (E2-15), qu'il s'agisse de séances de kinésithérapie ou d'autres spécialités du MK (E2-08), et même si l'intensité d'écoute peut varier (E1-46). Les interviewés mentionnent néanmoins des moments particuliers de la prise en charge : l'accueil du patient (E6-01), y compris l'accueil téléphonique (E4-19). *"Les gens ensuite, quand ils appellent / j'essaye, après j'galère, mais quand je les rappelle, je prends du temps pour les écouter au téléphone" (E4-19).*

Il peut s'agir aussi de faire le point sur l'état du patient en début de séance (E1-20) ou de recueillir le motif de consultation, qui peut être différent de celui qu'indique le médecin (E6-16). *" En prenant l'ordonnance, on lui demande /pourquoi il vient, on va pas seulement lire l'ordonnance. Là, j'ai eu l'exemple, d'une patiente qui est venue, [...] je vois sur l'ordonnance "lombalgie machin". / Et pendant que je fais le dossier, je lui demande 'mais pourquoi vous venez ?' elle me dit, j'ai /énormément mal au genou'.[...] Mais si j'étais juste partie en mode 'ben, ok, elle vient pour son dos', 'Qu'est-ce qui vous arrive au dos', etc... elle aurait peut-être pas / parlé de ses genoux ou alors, pas tout de suite" (E6-16).*

**Le bilan**, notamment l'**anamnèse**, sont les moments les plus souvent mentionnés (par six interviewés sur sept). Le bilan est mentionné sept fois par quatre interviewés au total (E3-14, E4-28, E5-01, E5-11, E6-15, E6-17, E6-18), et l'anamnèse est mentionnée spécifiquement six fois, par cinq interviewés (E2-12, E3-11, E4-26, E6-02, E7-02, E7-12). Le MK4 précise que l'écoute active lui sert, dans le bilan de la douleur chronique, à repérer les facteurs aggravant, soulageant, et les facteurs psycho-sociaux (E4-28). Pour l'anamnèse, le patient s'exprime cinq bonnes minutes sur une seule question ouverte sur sa problématique (E4-26). *"Mon objectif, c'est quand même qu'il se rende compte que la douleur elle est / certes / liée à des facteurs nociceptifs/ ou neuropathiques, mais / qu'elle est liée à plein d'autres choses. / Et plus on a une douleur chronique, / plus les paramètres autres ont de l'importance" (E4-28).*

Le MK5 indique une durée d'entretien de bilan non directif de quinze minutes, puis semi-directif de quinze minutes pour l'entretien de bilan de la première séance (E5-11), puis cinq minutes d'entretien directif pour préciser les choses (E5-08, E5-11). Pour lui et pour la MK6, le bilan se complète et se réactualise par l'écoute active tout au long de la prise en charge (E5-05, E6-15). "*[...] après, c'est tout au fil des séances. Je pense que le bilan, c'est quelque chose /qu'on vient compléter petit à petit, à force de voir le patient, / quand il va nous en apprendre sur lui, sur ce qu'il fait dans la vie quotidienne, sur la manière dont évolue sa pathologie ou ce pour quoi il vient nous voir*" (E6-15).

La MK6 recherche des informations sur la douleur, la vie quotidienne, les loisirs, les centres d'intérêts, les traitements pris, les objectifs fonctionnels des patients, en ayant une grille d'informations à récupérer en tête, mais constate que celle-ci peut être remise en question par le discours du patient, car trop complexe par rapport à ce qui est nécessaire (E6-18).

Le MK7 oppose deux types d'anamnèse : "*[...] plutôt qu'avoir des questions à type d'anamnèse qui vont être très thérapeute-centrées, / avec des questions très fermées directement, où je coupe la parole, / où / je saute du coq à l'âne, parce qu'en fait, / il y a certaines informations très précises qui m'intéressent et pas tout le reste, / alors qu'en fait, il y a / de l'intérêt à tout ce que va me dire la personne*"(E7-12).

Le MK3 est le seul à mentionner explicitement l'établissement du **projet thérapeutique** (E3-11, E3-14). "*[...] et il y aura / des va -et- vient entre ce que moi je vois, ce que lui // perçoit ou a envie de dire, jusqu'à ce qu'on arrive à un niveau euh //de satisfaction réciproque dans, // dans l'expression lui, de sa pathologie et de ses besoins, et moi dans ma recherche clinique, // voila / et mon projet thérapeutique*" (E3-11). "*Quand le climat devient plus, /// et si c'est possible, devient plus facile pour le patient, je déroule, moi, ma démarche [...] qui me permettra d'avoir un raisonnement clinique etc... et de pouvoir projeter avec lui un projet*" (E3-14).

L'écoute active est pratiquée **pendant d'autres techniques** comme le massage pour la MK1, qui trouve qu'il favorise l'expression du patient (E1-42) : "*[...] pendant le massage, / c'est quand même très propice à / la discussion / et puis, / au fait de parler. Et là, le patient, il*

*se sent // et ben, il parle" (E1- 42). En revanche, le MK2 dit : "dans les analyses / examens techniques, ça me perturbe, le patient qui parle en fait, il y a une proprioception qui est perturbée. Donc/ donc j'évite / dans mon analyse, mais ça, c'est dans mes techniques à moi, de la pratiquer dans le soin" (E2-18).*

Les MK3, MK4, MK6 et MK7 pratiquent l'écoute active en même temps que les autres techniques quelles qu'elles soient (E4-30, E6-06), pendant les exercices actifs (E3-28, E7-23). *"C'est tellement facile de mettre un patient en autonomie et puis de partir, mais si on est à côté d'eux et qu'on les regarde, ils peuvent plus facilement vous dire 'ah ben, vous voyez, là ça me fait mal' ou 'c'est telle ou telle douleur dont je vous parlais' etc..." (E6-06).*

Le MK7 précise qu'il utilise l'écoute active pour avoir en cinq-dix minutes au début de la séance, le *feed-back* de l'auto-traitement donné la semaine précédente (E7-22) et qu'une séance peut être dédiée à l'adaptation des auto-exercices via le moyen de l'écoute active (E7-33). *"Parler de / quelles ont été les difficultés, quelles ont été les choses qu'elle a réussi à mettre en place, pour que, on ajuste / et qu'on définisse exactement ce que la personne doit faire, et qu'elle puisse le faire dans la suite" (E7-33).* Enfin, le MK2 utilise l'écoute active pendant la synthèse de la prise en charge (E2-17).

### 3.4.3. *Le cadre temporel d'une prise en charge avec écoute active (sous-thème 4.3)*

Ce sous-thème a été abordé dix-huit fois au total par quasiment tous les interviewés (sauf le MK5). La MK1 juge qu'une séance de trente minutes a une durée tout à fait favorable à la pratique de l'écoute active (E1-29), par comparaison au temps alloué aux prises en charge hospitalières. Les MK2 et MK7 s'accordent pour un temps de séance entre trente minutes et une heure (E2-07, E2-75, E7-13) au moins pour la première séance; pour la MK6, le temps de la séance est variable en fonction du patient, et même d'une séance à l'autre pour un même patient (E6-29). Le cadrage du patient se fait naturellement par le temps alloué à la séance, et n'est pas problématique pour les MK3 et MK6 (E3-18, E6-27) y compris dans l'alternance des modalités choisies (E626).

En termes de durée de la prise en charge, le MK4 compte huit à dix séances pour des patients douloureux chroniques, et exceptionnellement, plusieurs années. (E4-45).

A l'intérieur d'une séance, l'écoute active est employée lors d'un entretien ou en parallèle avec d'autres techniques (massage, exercices actifs) (cf 4.3). Le temps relatif d'écoute active par rapport aux autres techniques employées est variable pour la MK1 (E1-38). Pour la MK6 : *"Là, c'est vraiment de l'écoute active tout le temps quoi, c'est-à-dire, on peut parler du traitement, expliquer des exercices etc... mais sinon, on est vraiment / là pour le patient, on le regarde, [...] On peut poser des petites questions ouvertes pour savoir un peu comment ça se passe pendant l'exercice, [...] en fait, je / je vois pas à quel moment, on fait pas d'écoute active à partir du moment où on /est avec le patient"* (E6-25).

Le MK7 distingue les premières séances d'une prise en charge où l'entretien dure quarante minutes sur les quarante-cinq de la séance; les cinq minutes restantes permettent de mettre en place un exercice en auto-traitement (E7-21) et les séances suivantes, où *"on passera / cinq-dix minutes ensemble / à faire un espèce de feed-back, de comment se sont passés les derniers jours, les dernières semaines avec ce qu'elle devait faire"* (E7-22). L'écoute active prend *"une très grande place pendant [les] séances de rééducation"* (E7-18). Le MK7 note que le temps de l'entretien est fonction du temps de l'histoire vécue par les patients douloureux chroniques (E7-14). Ce discours, *"assez variable selon les patients"* (E7-16) *"peut bien durer entre // quinze minutes, voire / vingt-cinq minutes, / [...] facilement"* lors des premières séances (E7-15). Le MK2 estime à quinze minutes le temps de parole du patient sur deux questions ouvertes (E2-45).

#### 3.4.4. *Des étapes dans l'écoute active (sous-thème 4.4)*

Ce sous-thème a été abordé seulement lors des entretiens 3, 6 et 7, à quatre reprises au total. Les MK notent que l'écoute active ne fonctionne pas forcément dans l'immédiat (E6-20), c'est-à-dire que certains patients peuvent mettre du temps à commencer à parler d'eux-mêmes. Cela se produit quand c'est le bon moment pour le patient (E6-21, E7-28) ou quand le MK a mis le doigt sur quelque chose d'important pour celui-ci : *"J'ai l'impression que c'est quand on a réussi à les mettre suffisamment à l'aise, et quand on a réussi à mettre le doigt sur ce qui /eux// leur tenait à cœur"* (E6-21). *"...Y a un climat de confiance qui s'est installé et je sais que / à un moment donné, peut-être on viendra à rediscuter de son vécu dans le futur, [...] mais ça viendra au bon moment pour elle, parce que c'est pas quelque chose qui doit être forcé pour autant. / Parce que les questions ouvertes, ça peut être déstabilisant, [...] ça peut*

*rentrer dans l'intimité un peu trop vite aussi [...] et donc, ça peut mettre des personnes en difficulté. / Et ça, je pense qu'il faut savoir aussi le sonder, et cela fait partie de l'écoute active / selon moi" (E7-28).*

Enfin, plus le temps de prise en charge est long, plus la profondeur d'une relation patient-thérapeute se développe selon le MK3 : *"C'est pas la même chose d'interagir avec quelqu'un pendant dix séances ou pendant dix ans, /// enfin j'espère (rire) j'espère !!" (E3-54).*

#### *3.4.5. Conditions nécessaires et conditions favorables (sous-thème 4.5)*

Ce sous-thème est abordé onze fois au total, lors de quatre entretiens. Assez logiquement, le MK3 et le MK5 citent la **présence auprès du patient** pendant toute la séance comme condition nécessaire à l'écoute active (E3-32, E5-41). Cette séance est nécessairement individuelle (E2-05). L'**absence de pression temporelle**, est mentionnée comme condition favorable par les MK1 et MK2 (E1-28, E2-09) avec le souci de répartir les moments les plus favorables à cette écoute entre les patients (E2-10). Par ailleurs, le fait d'avoir des honoraires libres est un facteur favorable pour le MK2 (E2-06).

Le massage est pour le MK1 une technique favorable à l'écoute active, d'une part car il libère la parole en même temps que les tensions (E1-44), d'autre part car, pour un massage du dos *"on se retrouve dans une / position / où le patient me tourne le dos, / et j'ai presque l'impression / à certains moments, d'être dans une situation presque psychanalytique, parce qu'en fait, / le patient ne me voit pas" (E1-43).*

Le MK2 indique aussi qu'exercer au sein d'une équipe pluri-professionnelle incite les MK à développer cette compétence d'écoute car elle est déjà largement mise en pratique, et perçue très positivement par de nombreuses professions de santé (E2-60, E2-62).

#### *3.4.6. Les freins et les difficultés rencontrés par les interviewés depuis le début de leur pratique (sous-thème 4.6)*

Ce sous-thème a été abordé dans tous les entretiens, soit quarante-quatre fois au total.

Le premier frein évoqué (en nombre de citations) est l'**état du MK à l'instant présent** (E1-47) ("*je suis moins bien*"), la fatigue et une disponibilité mentale restreinte du MK. Il est évoqué par tous les MK, sauf le MK2 (E3-39, E4-37, E5-40, E5-52, E6-42, E7-43). "*Les jours où je suis fatigué, / les jours où je pense trop à autre chose, où j'ai trop de projets en cours,[...] dans ces cas-là, / clairement, j'y arrive moins*" (E4-37). Les MK3 et MK4 s'accordent pour dire qu'il est impossible d'écouter activement à 100% toute la journée (E3-41, E4-36). Les MK7 et MK4 indiquent qu'il s'agit d'un frein relatif, qui n'empêche pas totalement l'écoute active.

Pour le MK3, c'est aussi la **capacité d'interaction** des praticiens qui peut être un frein (E3-17). *A contrario*, le MK3 note qu' "*il y a des moments où le patient lui-même / n'a pas envie d'être dans l'interactivité, il préfère rester un peu technique, ou sur des banalités. Le niveau de profondeur de notre relation va être très fluctuant en fonction de ce que l'on met l'un et l'autre en capacité et en besoin de travailler, ça va dépendre, comme dans toute relation.*" (E3-40).

Le MK2 évoque également le fait que la pratique est chronophage et le **gestion du temps** difficile (E2-04, E2-31). La pression temporelle (tenir le planning) nuit, selon lui, à l'écoute souhaitée (E2-11, E2-29), puisque qu'il déclare alors revenir alors à des questions directives (E2-13). Les MK2 et MK5 relèvent que le fait de consacrer du temps à chaque patient limite de fait **les revenus** des MK (E5-51), ou ne rend pas viable l'activité au tarif conventionné (E2-72).

Le MK2 note aussi comme difficulté le **recadrage du patient dans son discours**, pour limiter celui-ci sur des aspects moins importants pour la prise en soin (E2-30, E2-33). "*Il faut laisser la parole libre mais y a des fois il faut quand même la recentrer parce que // tu sens que le patient il va partir sur des choses qui vont / moins t'apporter, je dis pas pas t'apporter parce que/ cela apporte toujours au patient / mais qui vont pas forcément t'apporter à toi par rapport à / vers où tu veux l'emmener*" (E2-30).

Des **incompatibilités de caractère** sont également citées par les MK2 et MK4 : parfois, "*le courant ne passe pas*" (E2-39, E4-39), ou la relation convient à l'un et pas à l'autre (E4-

43). Le MK4 insiste sur l'empathie qui ne s'exerce pas spontanément de la même façon avec toutes les personnes, parce que il y a *"certains patients avec qui c'est plus compliqué que d'autres./ Certains patients avec qui, dans la vie, on n'aurait aucune affinité. / ben là, il faut encore plus se forcer. / [...] clairement / je vais avoir moins d'écoute empathique,/ et beaucoup moins de patience [...] Ce sera plus difficile"* (E4-38-1). *"Alors, souvent / quelquefois, je peux avoir la patience au contraire, / j'en ai conscience / donc du coup, je me dis : ah ben ok, je vais avoir la patience!"* (E4-38-2). Il rajoute : *"Je sors complètement de la relation / assez d'égal à égal dont / je parle habituellement et j'ai / plus tendance à / expliquer les choses. A dire 'ben, là, / vous savez, / c'est comme ci, c'est comme ça, donc on va faire ça' "* (E4-40). Pour le MK3, la difficulté vient de patients qui ne parlent pas beaucoup ou qui expriment des croyances négatives (E3-33), sans évoluer dans leur discours au fil de la prise en charge. Pour ceux-là, l'écoute active ne devrait pas être bénéfique (E3-34).

Les difficultés globales de communication sont **des difficultés relatives**, évoquées par le MK4 dans le cas de pathologies psychiatriques (E4-41), et par la MK6 avec l'exemple d'une maîtrise incomplète de la langue (E6-24). *"Le fait de montrer que nous, on force un petit peu pour comprendre, [...] le fait qu'ils voient / qu'on insiste, / ils vont /vraiment essayer par tous les moyens de nous faire comprendre ce qui va, ce qui va pas"* (E6-24). *"Ils voient qu'on est impliqué / dans leur traitement, et du coup, ils ont envie aussi de nous aider à trouver une solution pour que ce soit bénéfique pour eux / à terme, quoi"* note la MK6.

Une autre difficulté est rencontrée lorsque le patient oriente son discours dans le but d'obtenir un certain type de prise en charge (E2-37, E2-38, E2-53). Le MK éprouve alors des difficultés à proposer **une approche différente de celle attendue** (E2-52) par ce patient qui fait lui-même son diagnostic. *"La deuxième chose sur ces patients critiques, /ça va être aussi parce que / ces patient, /ils savent, / ils sont multi-consommateurs [...] Et là pof, ils arrivent face à quelqu'un qui / est tout à fait / à l'opposé de ce qu'ils ont eu jusqu'à présent, à savoir des manipulations [...] Donc là, ça effectivement, il y a de grandes chances / que tu aies ces critiques "* (E2-52). Une inégalité dans la relation est également un frein à l'écoute active dans le cas de patients qui se placent dans **une posture attentiste vis-à-vis d'un "soignant-sachant"** (E7-25). *"Il y a des personnes en fait, qui vont avoir des postures / différentes, des postures parfois plus passives, un peu plus attentistes, sans que ce soit péjoratif parce que pour elles, c'est / le professionnel de santé qui est en face d'eux qui sait, / c'est lui le sachant"* (E7-25).

Pour le MK5, c'est davantage **la peur que consacrer une séance à parler soit mal reçue** par les patients qui a été un frein au début de sa pratique (E5-13), car, note-t-il, l'écoute active ne correspond pas à l'idée de la kinésithérapie construite lors des études (E5-15). *"C'était quelque chose qui m'angoissait beaucoup quand j'ai commencé, / à faire des bilans, beaucoup plus /entretien, et beaucoup moins physique, /parce que j'avais peur que ce soit mal reçu"* (E5-13). Mais le retour des patients n'a pas avéré cela, au contraire. *"Et en fait, la plupart du temps, / j'ai plutôt des retours très positifs des patients qui me disent : 'Vous êtes le premier / à prendre le temps de m'écouter', 'vous êtes le premier / à me poser des questions', 'vous êtes le premier à / me dire que ce que j'ai à dire est intéressant', etc..."* (E5-14), *"et du coup, ça a l'air très compliqué parce que ça correspond pas du tout à ce qu'on a pu faire pendant nos études, et à l'image d'Epinal qu'on a, mais en fait, c'est très bien / reçu par les patients"* (E5-15).

Le MK5 ne se sentait donc pas totalement légitime d'avoir cette écoute (E5-37) alors que le patient attend des massages ou des techniques de mobilisation (E5-38). *"J'avais l'impression que ça allait forcément décevoir les patients et être un problème pour eux. /Et du coup, /faire ces choses-là, donc écoute active, pendant que je faisais les modalités passives, ça me donnait un peu plus bonne conscience (rire) [...] c'était plus une béquille au démarrage. Je m'en sers encore ponctuellement quand je sens que cela répond aux attentes du patient d'avoir une manipulation"* (E5-38). Il conclut qu'il faut oser : *"il vaut mieux / investir dans des formations / d'écoute active, [...] que dans des formations très techniques [...] c'est pas si compliqué à mettre en œuvre, / il faut oser, / alors moi, je suis un kiné qui ose beaucoup (rire), j'ai testé beaucoup beaucoup beaucoup de choses avec les patients (rire) // à partir du moment où on leur demande l'autorisation, on leur explique bien les enjeux, je pense qu'on peut se le permettre. / [...] si c'est raté, ils sauront nous dire pourquoi et comment, et si c'est réussi, /ce sera que du plus.// Il faut oser / arrêter la technique et entrer dans le relationnel / aussi (rire) /"* (E5-55).

Enfin, une des difficultés vient du fait que **l'approche bio-psycho-sociale mise en œuvre par l'écoute active peut brouiller les limites du champ de compétence du MK**. Le MK7 donne l'exemple de l'action sur le stress (champ psychologique) qui a un impact sur la douleur (champ de la médecine, de la kinésithérapie) (E7-82). *"Y a des gens, / ils vont vous dire 'ben voilà, la rééducation se passe bien et en fait, moi, j'ai analysé que le facteur /*

*principal pour moi, qui redéclenche la douleur pour moi, c'est le stress. // Et la dernière fois, vous m'aviez fait faire un exercice de respiration / pour / gérer ma douleur et je me rend compte que ça marche vachement bien pour le stress. / Est-ce qu'on pourrait refaire un exercice comme ça ?' "* (E7-82).

La confiance obtenue du patient pourrait entraîner le kiné vers une sensation de toute-puissance (E7-71) et hors de son champ de compétence (E7-80), avec la crainte d'être entraîné vers un exercice de psychothérapeute (E7-83). Néanmoins, le MK7 dresse les limites de sa pratique, d'une part au moyen de l'objectif thérapeutique, qui reste celui du kinésithérapeute (mouvement, renforcement musculaire) (E7-81), et d'autre part au moyen d'une question de compétence propre, en disant par exemple au patient : " *'Ben, moi je sais pas si je suis la personne la plus appropriée pour faire ça.[...] Par contre, je connais des gens qui sont très / bons pour faire ça. Moi je travaille avec des psychologues, qui ... '*. Et vous voyez, là, on est en train d'exprimer nos limites" (E7-83).

#### 3.4.7. *Les autres techniques utilisées conjointement (sous-thème 4.7)*

Ce sous-thème a été abordé spécifiquement douze fois, dans quatre entretiens, les quatre derniers. L'**attention portée aux effets contextuels** a particulièrement été détaillée par le MK4 (E4-18), notamment, l'affichage de la spécialité du MK dès l'accueil téléphonique, et la maîtrise de la e-réputation (E4-23), l'accueil dans un endroit propice au calme (E4-22). *"J'essaie de faire attention à ce que le cabinet soit rangé, à ce qu'il soit plutôt propre, / à ce que / l'endroit où je les prends / en soin / il soit cosy, / il soit posé, / il soit calme. / Je mets une petite musique pour détendre. Je fais / énormément attention / à essayer d'optimiser au maximum les effets contextuels, / à essayer de faire en sorte qu'ils soient pas nocebo. Et, / quand ils arrivent, ils ont pas / la salle de gym directement face à eux, / même si peut-être que on sera amené [...] à faire des exercices, mais / pour certains, bouger c'est une souffrance, donc / je vais pas les mettre directement face à une presse, quoi /"* (E4-22). Ce MK, spécialisé dans la douleur persistante, distribue en outre un questionnaire en salle d'attente (drapeaux rouges, *body chart*, motivation, kinésiophobie) (E4-20) et y diffuse des vidéo-éducatives (E4-21).

Le MK5 utilise fortement les exercices actifs en auto-traitement, qu'il met en place lors des séances en utilisant l'écoute active (E5-36), notamment le renforcement musculaire (E5-35), mais aussi de l'éducation du patient (E5-39), car il estime qu'une bonne séance, "*c'est une séance, où on peut [...] progresser en direction de son objectif fonctionnel, / ou / repérer des barrières à son objectif fonctionnel et les lever. [...] c'est une séance qui donne des outils au patient pour progresser vers son objectif fonctionnel*" (E5-42). Le MK6 recourt parfois à de l'hypnose conversationnelle (E6-37), et très souvent du travail actif (E6-45). L'éducation à la douleur est utilisée par le MK7 (E7-74), en lien avec l'écoute active des patients.

### 3.5. Perception de la démarche d'écoute par les patients (thème 5)

Ce thème a été abordé vingt-sept fois au total, dans tous les entretiens et entre une et huit fois par entretien. Pour le MK7, la question est difficile car aucune preuve n'est collectable (E7-40). Pour les MK1 et MK7, les patients ne perçoivent pas la pratique dans sa dimension méthodique (E1-17, E7-29). "*Tout le monde ne va pas s'exprimer sur comment ils ont ressenti qu'on leur pose des questions ouvertes, / (rires) déjà, ils sont pas censés savoir ce que c'est qu'une question ouverte*" (E7-29).

Néanmoins, pour tous les MK interrogés, **la perception est positive** (E5-14), "*globalement très satisfaisante*" (E2-49), à la très grande majorité (E5-16), voire à 99% (E3-16). Les patients sont contents d'être écoutés activement (E1-18, E4-11), "*ils sont contents d'avoir les explications, de pouvoir justement avoir des outils pour agir, [...] // c'est, en général, oui, c'est très bien perçu*" (E1-18). "*Ils se sentent compris*" (E7-30) et pris en considération dans leur globalité (E1-36). "*Y a quand même souvent des patients qui font le retour / que ça fait du bien d'avoir été compris, d'avoir été entendu, / qu'on prenne du temps / pour faire ces choses-là*" (E7-30). "*Ils apprécient et font confiance*" (E6-19); "*ils sont beaucoup plus investis dans les prises en soin*" (E6-19).

Le MK7 pense que la démarche d'écoute est d'autant plus appréciée des patients avec des douleurs persistantes du fait de la fréquence de mauvaises expériences antérieures (E3-52, E7-35) : "*Quand ils l'arrivent dans le cabinet et que / on prend du temps vraiment pour les écouter, pour les comprendre, souvent c'est quelque chose sur laquelle ils sont*

*reconnaisants"* (E7-35). Le MK1 souligne que les patients se rendent compte que le temps d'écoute est un temps pour eux (E1-45) et parfois inversent l'attitude d'écoute en demandant des nouvelles du MK, dans une relation égalitaire (E1-49). "*L'écoute, elle est dans les /deux cotés, et qu'il y a certains patients, qui / voilà, qui ont aussi ce / et qui me demandent [...] qui reposent des questions, alors des fois, pas dans le même sens, mais à distance"* (E1-49).

MK2, MK5 et MK7 relèvent néanmoins quelques cas où le patient est critique vis-à-vis de la démarche (E2-49). Il s'agit de patients qui attendent un autre type de prise en charge (E2-50, E2-57, E2-58), par exemple des manipulations vertébrales (E2-51, E2-54) ou qui jugent la démarche intéressante mais ne sont pas prêt à s'investir (E5-18). "*J'en ai une qui est pas revenue, en me disant que c'était une démarche intéressante, et une façon de faire intéressante, mais, en gros, qu'elle était pas prête à s'investir dans ses soins et qu'elle préférait qu'on lui masse le dos, sans parler"* (E5-18).

Le MK5 pense que, pour ces patients, parler ne fait pas partie du travail en kinésithérapie (E5-17). MK7 et MK2 partagent ce point de vue, en notant la surprise des patients par rapport à la représentation qu'ils ont de la profession de kiné (E7-31, E7-32, E2-56). "*Je me souviens d'une patiente qui m'avait dit : 'moi j'ai l'impression qu'on parle beaucoup [...] et en fait, pour moi, les séances de kiné, elles sont faites / plutôt pour faire les exercices, que parfois, j'ai pas le temps de faire à la maison' "* (E7-31). MK2 note que ces patients critiques jugent qu'il "*n'a pas fait grand chose"* (E2-54) et que le temps d'écoute ne vaut pas une consultation non remboursée (E2-55). Pourtant, MK2 pense que lorsqu'une relation thérapeutique ne fonctionne pas, c'est dû à une impossibilité pour le patient d'exprimer ce qu'il souhaite avec ce praticien-là (E3-52).

### 3.6. Propositions pour développer l'écoute active dans la profession (thème 6)

Ce thème a été abordé dans quatre entretiens, neuf fois au total. Pour le MK3 et le MK6, il faudrait développer la formation à l'écoute active dans la formation initiale (E6-39) : "*les étudiants qui sont sensibilisés à cette écoute très tôt / sont des étudiants beaucoup plus ////////////// beaucoup plus armés pour prendre en charge des patients"* (E3-48). Pour cela, des patients-experts pourraient être mobilisés (E4-51). "*Et que des patients /viennent / à*

*l'école de kiné, / pour expliquer comment ça se passe, / pour expliquer leur problématique, / comment ils s'en sont sorti...voilà / ça existe / au Canada, / ça existe dans quelques facs de médecine en France, des patients qui viennent / et qui enseignent en tant qu'experts" (E4-51).*

En formation continue, le MK4 propose un dispositif de supervision, ou d'inter-vision, quoique la peur du jugement par les pairs constitue un frein à ce dispositif (E4-52, E4-53). *"Les gens, ils vont faire le e-learning parce que, c'est de la théorie et ils adorent / bouffer de la théorie, / après, quand il s'agit de modifier les pratiques, ben là y a déjà beaucoup moins de monde" (E4-52).* Le MK6 propose l'organisation de conférences retraçant les dernières recherches sur le sujet (E6-40).

Le MK2 envisage des possibilités pour intégrer l'écoute active sans limiter les revenus du MK, comme un financement par l'ARS (E2-73), ou des séances de groupe (E2-76); *"Mutualiser en fait, / et faire des groupes, / [...] où tes patients que tu as pu identifier / sur l'interrogatoire, / et tu vas les mettre / au sein des mêmes créneaux / et tu vas pratiquer une sorte d'écoute/ d'échange / avec ces patients, qui seront / tout en travaillant sur un même objectif,/ commun / ben où tu vas pouvoir / les voir travailler eux-mêmes, de façon autonome / et les rendre autonome avec cette écoute active" (E2-76).* Ces avancées permettraient aussi de développer l'auto-rééducation : *"[...] à l'heure où les cabinets de kiné sont pleins, // à l'heure où / on a besoin de sensibiliser les jeunes sur leur dos, [...] en ayant cette écoute [...] et en passant en mode auto-rééducation, on apporte vraiment une plus-value à cette prise en charge" (E2-25).*

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Biais et fiabilité des résultats, limites de l'étude

Le recrutement des interviewés a été engagé de manière à diversifier le plus possible les formations et les profils des interviewés parmi des experts de l'écoute active, et avoir le panorama le plus large possible de cette pratique. Nous avons défini l'expertise par la formation reçue, la pratique régulière ou le fait d'être formateur. Cette définition aurait pu être plus restrictive (en durée de pratique par exemple), mais le recrutement aurait sans doute été

plus restreint. Le fait que l'interviewé donne ou non des formations autour de l'écoute active permet de distinguer deux niveaux d'expertise au sein des interviewés. En termes de variété des profils, l'ensemble des filières démarchées n'a pas permis de recruter des interviewés. Aussi, nous avons deux interviewés avec une formation aux relations humaines, deux formés à l'entretien motivationnel, un formé à l'éducation thérapeutique, un formé à l'hypnose thérapeutique, un formé à la communication et aux thérapies cognitivo-comportementales. Ces "origines" auraient pu être complétées par des experts formés à la communication non violente.

Ne pas donner de définition de l'écoute active lors du recrutement a permis que des professionnels ayant des formations différentes puissent se reconnaître dans la démarche de l'étude. D'ailleurs, la question de la définition de l'écoute active s'est légitimement posée lors des entretiens sans qu'elle ait été prévue dans le guide d'entretien. Ce choix comporte le risque que le sujet ne soit pas suffisamment défini. Pourtant, les résultats montrent une convergence des conceptions de l'écoute active pour les interviewés. Le seuil de saturation semble atteint pour les thèmes principaux envisagés dans le guide d'entretien.

Notre relation aux interviewés introduit également un biais dans les résultats. Quatre d'entre eux sont des personnes connues auparavant car rencontrées lors de notre formation de masseur-kinésithérapeute (entre deux heures et vingt heures de cours ou d'échanges). Le **biais de désirabilité sociale** qui tend à produire des réponses à même de rencontrer les attentes de l'intervieweuse a pu être d'autant plus fort pour ces interviewés. Cet effet est sans doute présent également pour les trois autres interviewés qui ont été recrutés par la relation d'un d'entre eux ou par le relais de la directrice de mémoire. Le résultat des entretiens a également pu être impacté par notre inexpérience en matière d'entretien semi-directif.

En termes d'interprétation des entretiens réalisés, la méthode inductive de codage des entretiens, plus à même de repérer les idées non attendues, a permis de **limiter le biais de confirmation**, à défaut d'un double codage. D'autre part, une tierce personne, compétente en sciences humaines, a rendu un avis positif sur la cohérence des résultats avec les retranscriptions intégrales (*cf.* ANNEXE IV) après une relecture des entretiens et du chapitre "Résultats". Nos relations amicales avec elle peuvent néanmoins introduire un nouveau **biais de complaisance** dans cette relecture.

Nous avons choisi de mentionner le nombre d'occurrences des thèmes et des sous-thèmes dans les résultats de manière à donner une image de l'importance relative du sujet pour les interviewés et de la redondance du thème dans l'ensemble des entretiens. Cette image est bien entendu biaisée par la technique d'entretien semi-directif, les thèmes les plus représentés sont ceux du guide d'entretien, qui laissent à l'interviewé une grande liberté dans le discours. La comparaison peut se faire entre les thèmes pré-identifiés d'une part, et ceux qui ne l'étaient pas d'autre part.

#### 4.2. Intérêts et limites des résultats par rapport à l'état des lieux de la littérature

Tout d'abord, notre étude montre que l'acception de l'écoute active par les sept kinésithérapeutes experts interviewés correspond dans les grandes lignes au concept tel que l'a défini C.R. Rogers, quoique ces textes de référence ne soient pas cités par la majeure partie des interviewés. En termes de techniques d'écoute, les interviewés citent un panel plus large que les textes originaux. La question ouverte, citée par tous nos interviewés fait consensus également dans l'étude de Pierre Ibgui (22). Cette même étude, ainsi que le mémoire de Solène Marcel, cite les comportements non verbaux des thérapeutes comme élément majeur pour l'obtention d'éléments de la part des patients (la posture du thérapeute; l'expression faciale; l'orientation du thérapeute (ndlr : dans l'espace p/r au patient); les hochements de tête; regarder le patient dans les yeux) ce qui est également cité par nos interviewés, mais à un degré moindre que, par exemple, les reformulations et les résumés (2).

Pour ce qui concerne l'attitude, tous nos interviewés s'accordent sur l'empathie, et sur la considération positive inconditionnelle (reprenant les termes de C.R. Rogers), cette dernière étant formulée davantage par les interviewés comme attitude de "non-jugement" ou dans le fait que la relation au patient est une relation "horizontale". Les interviewés placent également l'écoute active comme fondamentale dans la relation de soin, puisque beaucoup soulignent qu'il s'agit d'une attitude inconditionnelle, une habitude de travail qui ne peut être suspendue. En revanche, l'attitude de congruence établie par C.R. Rogers est peu souvent citée. La limite posée par un des interviewés sur le fait de ne pas partager d'informations personnelles, interroge sur la possibilité d'une transparence et sincérité totale du thérapeute dans la relation. Cela dépend bien entendu de la demande du patient, ce dont nous ne pouvons juger dans ce travail.

Reprenons maintenant les quatre hypothèses de recherche pour examiner si nos résultats sont proches de ceux trouvés dans la littérature.

#### *4.2.1. En quoi l'écoute active est-elle une pratique réaliste pour le MK libéral ?*

Nos résultats donnent un cadre temporel à la pratique de l'écoute active qui rentre dans le cadre fixé de la pratique libérale, notamment par rapport à une prise en charge hospitalière où le temps pour chaque patient est plus court ; la durée des séances mentionnée, notamment les premières d'une prise en charge, se situe dans une fourchette de trente minutes à une heure, en soulignant que trente minutes suffisent la majeure partie du temps et que la pratique nécessite une prise en charge individuelle. Ces résultats corroborent ceux de P. Ibgui (22) et de S. Marcel (2) qui, elle, interroge des MK libéraux recevant des patients lombalgiques chroniques. Notre fourchette temporelle assez large correspond à l'absence de consensus sur la durée nécessaire à l'évaluation des facteurs psychosociaux, avec néanmoins une majorité d'experts se prononçant pour une durée inférieure à trente minutes pour la seule évaluation de ces facteurs et non pour l'ensemble de l'entretien initial. De ce fait, pour nos interviewés, le souhait d'avoir des revenus élevés limite la pratique d'écoute active pour un MK conventionné. Les conditions nécessaires pour sa mise en oeuvre sont pourtant très proche des indications de l'UNCAM.

Les autres conditions favorables (pas de pression temporelle, intégration dans une équipe pluridisciplinaire) et les autres difficultés rencontrées (état du MK à l'instant présent ; appropriation des techniques d'écoute ; auto-censure due à la représentation du métier ; posture attentiste du patient ; incertitude sur le champ de compétence) dans la pratique de l'écoute active ne sont pas spécifiques au cadre libéral. Les mêmes difficultés ont été relevées en 2011, dans le contexte de la physiothérapie anglo-saxonne (23).

#### *4.2.2. Les atouts perçus de l'écoute active pour la pratique du MK libéral*

Les interviewés perçoivent, très logiquement, du fait de la population interrogée, l'écoute active comme un atout dans leur pratique. Ceux-ci se font formés à l'écoute par différentes formations mais aussi par une analyse réflexive de leur pratique. Il est plus intéressant de comprendre quels sont les atouts perçus. Certains en font un incontournable du

métier de soignant, et n'imaginent pas pouvoir recueillir un consentement éclairé du patient sans une telle démarche. Pour d'autres, l'écoute active est un gain de temps dans le bilan et la prise en charge, elle évite les erreurs d'objectifs thérapeutiques tout en enrichissant le métier sur un plan relationnel et en multipliant les relations gratifiantes avec leur patientèle. Sur ce dernier point l'étude de Kawamichi *et al.* menée sur vingt-deux patients en 2015 rapporte que les sujets notent mieux les évaluateurs montrant de l'écoute active, et sont davantage prêts à coopérer avec eux (24).

#### *4.2.3. L'écoute active, un outil pertinent pour la prise en charge des patients douloureux chroniques*

A l'encontre de notre hypothèse, les experts interviewés rapportent tous qu'ils pratiquent l'écoute active pour tous leurs patients, quel que soit le type de pathologie rencontrée. Ce constat peut être tempéré par la spécialisation de quatre des experts sur sept dans l'accueil exclusif de patients douloureux chroniques ou de personnes âgées, ou de patients présentant une pathologie chronique. Au delà de ce constat, il apparaît que la présence des facteurs psycho-sociaux détermine en partie l'importance qui sera accordée à l'écoute active par le praticien. Les autres facteurs déterminants évoqués sont les attentes du patient et ses enjeux vis-à-vis de la prise en charge, quelle que soit sa pathologie, ce qui est également relevé par C.R. Rogers, pour qui l'anxiété détermine la facilité pour le patient d'entrer dans le processus d'écoute active (8). Le long parcours de soin dans lequel évoluent les patients douloureux chroniques est également un déterminant de l'attente du patient d'une écoute particulière.

Dans les résultats pour le patient, quoi que ce sous-thème atteigne moins de saturation sémantique que les autres, les MK interviewés citent la diminution de l'anxiété des patients, une augmentation de la confiance en eux-mêmes et une meilleure gestion de la douleur. Ces perceptions commencent à trouver un fondement en neurosciences, puisque les aires cérébrales activées lorsqu'une personne perçoit l'écoute dont elle fait l'objet sont les aires impliquées dans le processus de récompense et dans l'apparition d'émotions positives (24). Par ailleurs, l'écoute active permettrait de diminuer la demande en antalgique et en calmant lors d'un soin invasif (25, 26).

#### 4.2.4. *L'écoute active, un outil pertinent pour l'accueil et l'évaluation des patients : oui, mais pas seulement.*

L'écoute active est utilisée à tout moment par la quasi-totalité des MK interviewés. De ce fait, les mentions spécifiques de l'accueil du patient sont plus rares (trois entretiens) et concernent l'accueil téléphonique, l'enregistrement du dossier et la prise de l'ordonnance et le *feedback* de début de séance.

Le bilan est le moment le plus souvent mentionné. Les MK interviewés répondent à l'unanimité que cela leur permet d'obtenir toutes les informations utiles, qu'il s'agisse des facteurs psycho-sociaux, des représentations, des ressources du patient. Pour les experts de l'étude de P. Ibgui, cette évaluation par entretien est utilement complétée par l'usage de questionnaires, quoique pour 75% d'entre eux, l'entretien permette de recueillir suffisamment d'information et que pour 31,2% les questionnaires nuisent à l'alliance thérapeutique (22). Sur l'appréhension des facteurs psycho-sociaux, une étude suisse rapporte cependant une faible corrélation entre l'intuition des physiothérapeutes d'une part, la prédiction de l'évolution de la pathologie et l'appréciation des facteurs de dépression, d'anxiété et de kinésiophobie pour des patients lombalgiques chroniques, d'autre part (27). Ce résultat doit néanmoins être tempéré par le design de l'étude, qui recueille l'évaluation intuitive après la première séance de soin, séance dont la durée n'est pas connue et dans laquelle les physiothérapeutes font majoritairement un traitement en plus de l'évaluation. Nos interviewés ont parfois signalé que l'évaluation se faisait en plusieurs séances et surtout en continu au fil de la prise en charge. Par ailleurs, les experts d'autres études s'accordent sur le fait que l'évaluation des facteurs psychosociaux nécessite plusieurs séances (2, 22). Il est intéressant de relever les deux cas de figure de l'étude de S. Marcel sur l'organisation des premières séances. Pour moitié de ses interviewés, l'examen clinique ainsi qu'un premier traitement sont réalisés lors de la première séance et l'échange avec le patient se déroule concomitamment, ces praticiens se laissant plusieurs séances pour apprécier les facteurs psychosociaux et la motivation. Pour l'autre moitié, la première séance est une séance quasi exclusive d'entretien, annoncée comme telle. Ces deux attitudes sont évoquées par nos interviewés, soit comme leur attitude actuelle, soit comme leur attitude passée (dans le cas de la première). Les MK les plus spécialisés en douleur chronique adoptent plutôt la deuxième.

Plus que les facteurs psychosociaux stricts, nos interviewés recherchent une compréhension globale de la vie du patient, ses ressources et la compréhension de ses représentations de la douleur, de la maladie, de son parcours de soin. Il s'agit d'alimenter la construction du projet thérapeutique, en tant que projet adapté au patient, qui a du sens pour lui, et de référer si besoin le patient à un autre professionnel de santé (2). Des résultats proches (compréhension globale du patient, adaptation fine et continue du traitement) mais du point de vue des patients qui ont bénéficié d'une approche psychologique intégrée par des physiothérapeutes, sont obtenus dans l'étude Wilson *et al.* en 2017 dans un contexte de physiothérapie intensive au sein d'un centre anti-douleur (28).

L'écoute active est pratiquée tout au long du traitement, pendant les autres techniques de soins : le massage, les exercices actifs, lesquels peuvent être adaptés en séance grâce à cette écoute et l'éducation du patient qui permet d'agir sur les représentations de la maladie ou de la douleur.

Enfin, nos interviewés s'accordent sur l'apport de l'écoute active à la construction d'une alliance thérapeutique forte, en évitant les effets nocebo, d'une relation de confiance réciproque qui favorise l'acceptation du traitement, avec une implication accrue du patient, pour l'auto-rééducation notamment, et permet au MK de favoriser *l'empowerment* du patient. Ces résultats sont similaires à ceux de S. Marcel, mais aussi de Wilson *et al.*, du point de vue du patient, qui relèvent également la construction d'une alliance thérapeutique forte et l'augmentation des capacités du patient, et son implication dans les défis à surmonter comme bénéfice d'une approche patient-centrée. La revue systématique de quatorze études qualitatives autour de l'approche centrée-patient de Wijma *et al.* en 2017 souligne elle aussi, du point de vue des physiothérapeutes mais aussi du point de vue des patients, l'apport de cette approche<sup>4</sup> dans la personnalisation du traitement et son adaptation fine et continue tout au long de la prise en charge grâce à une communication continue, multicanal et en langage adapté (30).

---

4 L'approche patient-centrée s'inscrit dans l'approche bio-psycho-sociale et a une définition qui recouvre l'attitude d'écoute active (le patient comme une personne, le thérapeute comme une personne) et y inclut des effets qui sont également cités par nos interviewés : le partage de pouvoir et de responsabilité et l'alliance thérapeutique, sans conceptualiser les techniques de communication de l'écoute active (29).

### 4.3. Intérêts et limites des résultats pour le développement de la profession.

Notre travail permet d'apporter de nombreux éléments sur la nature et les modalités de l'écoute active, en kinésithérapie libérale. sur les moments et les conditions favorables à sa mise en œuvre, et sur ses résultats. Au-delà de cela, ils donnent des arguments pour faire évoluer la formation et l'exercice de la profession de MK, dans un sens qui donnerait plus d'importance à la relation thérapeutique qu'à la maîtrise technique. Les marges de progression existantes vers le développement d'une communication "patient-centrée" des patients dans la profession ne semblent pas l'apanage de la kinésithérapie française. Selon l'étude australienne de Hiller *et al.* effectuée dans un cadre libéral ("*private practice*"), les physiothérapeutes observés utilisent majoritairement une communication thérapeute-centrée autour de l'examen physique, de la douleur, et pour la conduite de la prise en charge. En revanche, l'utilisation du toucher et des conversations banales sont les outils du physiothérapeute pour développer une communication patient-centrée (31).

Les praticiens interrogés invitent à s'interroger sur la formation (initiale et continue) des MK. N'y aurait-il pas matière à remettre en partie en cause certaines priorités, certains cadres, les clichés entretenus (autant parmi les MK que du point de vue des patients) sur ce que sont les domaines d'expertise et les pratiques "normales" des MK, pour donner plus de place à la relation de soin, aux dépens de l'image d'un métier exclusivement technique ?

Dans le domaine de la formation, un résultat intéressant de l'étude suisse sus-citée est que les étudiants physiothérapeutes (en fin de 2<sup>ème</sup> année) ont des meilleurs résultats dans l'évaluation des facteurs psychosociaux que les physiothérapeutes diplômés (27). La première hypothèse avancée par les auteurs est que les étudiants ont eu moins de patients à prendre en charge, et donc une pression temporelle moindre, facteur relevé comme un frein à l'écoute active par nos interviewés. La deuxième hypothèse avancée mais non vérifiée est que le contenu du cursus suisse de physiothérapie a évolué entre la formation initiales des 2 sous-groupes de praticiens, quoique les âges ne diffèrent que de quelques années. Cette hypothèse est également avancée par les plus jeunes de nos interviewés. Plusieurs suggestions de praticiens, faites au cours des entretiens menés, ouvrent en tout cas des pistes intéressantes de formation et d'amélioration des pratiques comme l'organisation de conférences de sensibilisation, de groupe d'inter-vision ou d'analyse de la pratique et la sollicitation plus fréquente de patients dans les formations des MK.

#### 4.4. Perspectives d'approfondissement

Ce travail aborde la pratique de l'écoute active des patients douloureux chroniques du point de vue des kinésithérapeutes, et spécifiquement, de kinésithérapeutes experts de cette pratique. Un approfondissement de l'étude en menant une enquête auprès des patients, ou des anciens patients, des kinésithérapeutes interviewés permettrait de connaître le point de vue de ces patients, de répondre à la question non élucidée sur la perception qu'ils ont de la démarche d'écoute active, sa "compatibilité" à priori avec l'image qu'ils se font ou se faisaient d'un soin de masso-kinésithérapie, mais aussi sur ce que cela leur apporte et s'ils en ont fait, lors de leur parcours de soin, un critère de choix de leurs professionnels de santé. La valorisation financière de cette démarche pourrait être investiguée du point de vue des patients.

Le point de vue du système de santé, de l'assurance maladie et des médecins prescripteurs pourrait également être explorés sur le sujet global de l'approche bio-psychosociale en santé, notamment pour les patients chroniques, et la part qu'y prennent ou doivent y prendre les kinésithérapeutes libéraux pour une optimisation des soins. Une valorisation spécifique pourrait-elle être envisagée ? Quels sont les mécanismes de rémunération et de perception des charges libérales qui sont ou seraient des facteurs favorables ou défavorables à cette approche.

Enfin, une étude qualitative auprès d'un panel représentatif de MK permettrait de vérifier d'une part la connaissance de l'outil dans la profession, mais aussi de valider la perception des atouts et des freins à cette pratique du point de vue de l'ensemble, ainsi que la compatibilité de son image par rapport à l'image de la profession de kinésithérapeute.

## 5. CONCLUSION

L'écoute active est à la fois une attitude et des techniques, dont les variantes sont aussi nombreuses que les praticiens qui la mettent en œuvre. Mais dans tous les cas, ces praticiens se rejoignent sur la démarche de soin, qui implique une collaboration profonde, empathique et bienveillante entre le MK et le patient, appréhendé comme une personne, dans sa globalité, et comme un véritable partenaire. L'écoute active prend en considération non seulement le

verbal mais tous les langages du patient; le MK apporte un grand soin au contexte (postures, espaces) et aux interrelations (modes d'entretien questions ouvertes, reformulations etc... ).

Dans une pratique libérale, cette écoute permet de recueillir des informations essentielles pour l'évaluation, pour le projet thérapeutique et l'adaptation du traitement tout au long de la prise en charge. La construction d'une alliance thérapeutique forte est la composante la plus connue des attentes vis-à-vis de l'écoute. Cependant, notre travail permet de préciser en quoi la connaissance fine des représentations du patient et de ses ressources obtenue grâce à l'écoute active permet de donner à la fois plus de sens à la prise en charge et plus d'outils au patient pour agir sur sa santé et sa vie. L'écoute favorise l'implication du patient et lui permettrait de mieux gérer sa douleur et ses émotions. Il en résulte non seulement un gain de temps pour le kinésithérapeute et une plus grande efficacité, mais aussi une relation plus gratifiante pour chacun.

En outre, il ressort de notre travail que les kinésithérapeutes une fois formés, écoutent activement l'ensemble de leurs patients, quoiqu'ils prêtent plus d'attention à cette démarche, lorsqu'il s'agit d'une patientèle chronique, et plus généralement lorsque les attentes du patient ou son anxiété vis-à-vis de la rééducation ou de sa santé sont importantes.

Enfin, les freins évoqués à cette pratique dans un cadre libéral pourraient être d'ordre financier et organisationnel, mais aussi liés à l'investissement en formation et en analyse réflexive. Ils sont sans doute plus encore de l'ordre de la représentation de la profession et d'une peur de franchir les limites d'un champ d'exercice pourtant clairement défini par l'objectif thérapeutique de la remise en mouvement et la compétence propre du kinésithérapeute.

Notre travail pourrait être prolongé par des recherches qualitatives auprès des patients, sur leur représentation de la démarche d'écoute active chez leur kinésithérapeute ou plus généralement sur l'image de la relation de soin prodiguée par le kinésithérapeute. La confrontation de ce point de vue avec les représentations de la profession d'un panel représentatif de kinésithérapeutes libéraux, mais aussi avec les acteurs du système de santé, pourrait également apporter des clefs de facilitation des prises en charge, notamment pour les patients les plus exigeants.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Cullin H. Le diagnostic masso-kinésithérapique comme élément de simplicité dans la prise en charge des patients douloureux. *Kinésithérapie scientifique*. 2020;(618):5-17.
2. Marcel S. Autour du raisonnement clinique chez les masseurs kinésithérapeutes libéraux: prise en compte des facteurs de risques psycho-sociaux chez le patient lombalgique chronique, étude qualitative par entretiens semi-directifs. 2020. 50p. Mémoire de 4<sup>ème</sup> année de la formation initiale visant à l'obtention du DE de masseur-kinésithérapeute : Nancy, ILFMK.
3. Diener I, Kargela M, Louw A. Listening is therapy: Patient interviewing from a pain science perspective. *Physiotherapy Theory and Practice*. 3 juill 2016;32(5):356-67.
4. Richmond H, Hall AM, Copsey B, Hansen Z, Williamson E, Hoxey-Thomas N, et al. The effectiveness of cognitive behavioural treatment for non-specific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2015;10(8):e0134192.
5. Jagosh J, Donald Boudreau J, Steinert Y, Macdonald ME, Ingram L. The importance of physician listening from the patients' perspective: enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship. *Patient Educ Couns*. déc 2011;85(3):369-74.
6. Hall A, Richmond H, Copsey B, Hansen Z, Williamson E, Jones G, et al. Physiotherapist-delivered cognitive-behavioural interventions are effective for low back pain, but can they be replicated in clinical practice? A systematic review. *Disability and Rehabilitation*. 2 janv 2018;40(1):1-9.
7. Rogers CR. *La relation d'aide et la psychothérapie*. 17<sup>e</sup> éd. Issy-les-Moulineaux: ESF; 2011. 235 p. ISBN : 9782710122791.
8. Rogers CR, Farson RE. Active Listening. Industrial Relations Center of The University of Chicago [Internet]. 1957 [cité 19 avr 2021]; Disponible sur: [http://files.teachingjedi.webnode.com/200000004-6f61f705bf/ActiveListening\\_RogersFarson.pdf](http://files.teachingjedi.webnode.com/200000004-6f61f705bf/ActiveListening_RogersFarson.pdf)
9. Rogers CR. *Le développement de la personne*. Paris: Dunod; 1967. 283 p.
10. Simon E. Écoute active. In Formarier M, Jovic I. *Les concepts en sciences infirmières*. Toulouse: Association de recherche en soins infirmiers; 2012. p. 310-311.
11. DREES. TABLEAU 1. EFFECTIFS DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES par zone d'activité principale, mode d'exercice global, sexe et tranche d'âge [Internet]. 2016 [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3779>

12. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret 2008-1135 du 3 Novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. Santé publique, NOR: SJSH0807099D JORF n°0258 du 5 novembre 2008.
13. Remondière R, Durafourg M-P. Regards sur la kinésithérapie en 2018. Santé Publique. 2018;30(6):869.
14. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE, ET DES DROITS DES FEMMES. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. NOR: AFSH1516238A JORF n°0204 du 4 septembre 2015.
15. UNCAM. Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) [Internet]. 2020 [cité le 4 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/697957/document/ngap-assurance-maladie-03-decembre-2020.pdf>
16. HAS. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire [Internet]. 2007 [cité 20 févr 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire](https://www.has-sante.fr/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire)
17. HAS. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [Internet]. 2019 [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune)
18. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 3ème édition. Malakoff: Dunod; 2017. 126p. ISBN : 9782200601911
19. Imbert G. L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers. 2010;N° 102(3):23.
20. Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. NursingPlus Open. 2016;2:8-14.
21. Santiago Delefosse M, del Rio Carral M. Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé. Paris: Dunod; 2017. 304 p. ISBN : 9782100742301
22. Ibgui P. Comment évaluer la présence de facteurs psychosociaux chez l'adulte présentant des douleurs chroniques musculo-squelettiques en masso-kinésithérapie? (Enquête Delphi). 2019. 39p. Mémoire d'initiation à la démarche de recherche en kinésithérapie Paris: EFOM.
23. Foster NE, Delitto A. Embedding psychosocial perspectives within clinical management of low back pain: integration of psychosocially informed management principles into physical therapist practice—challenges and opportunities. Physical Therapy. 1 mai 2011;91(5):790-803.
24. Kawamichi H, Yoshihara K, Sasaki AT, Sugawara SK, Tanabe HC, Shinohara R, et al. Perceiving active listening activates the reward system and improves the impression of relevant experiences. Social Neuroscience. 2 janv 2015;10(1):16-26.
25. Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS, et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. The Lancet. avr 2000;355(9214):1486-90.

26. Lang EV, Hasiopoulou O, Koch T, Berbaum K, Lutgendorf S, Kettenmann E, et al. Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. *Pain*. 1 mars 2005;114(1):303-9.
27. Brunner E, Dankaerts W, Meichtry A, O'Sullivan K, Probst M. Physical therapists' ability to identify psychological factors and their self-reported competence to manage chronic low back pain. *Physical Therapy*. 1 juin 2018;98(6):471-9.
28. Wilson S, Chaloner N, Osborn M, Gauntlett-Gilbert J. Psychologically informed physiotherapy for chronic pain: patient experiences of treatment and therapeutic process. *Physiotherapy*. mars 2017;103(1):98-105.
29. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*. oct 2000;51(7):1087-110.
30. Wijma AJ, Bletterman AN, Clark JR, Vervoort SCJM, Beetsma A, Keizer D, et al. Patient-centeredness in physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies. *Physiother Theory Pract*. nov 2017;33(11):825-40.
31. Hiller A, Guillemin M, Delany C. Exploring healthcare communication models in private physiotherapy practice. *Patient Education and Counseling*. oct 2015;98(10):1222-8.



## ANNEXES

ANNEXE I : Lettre de présentation du projet , questionnaire de recrutement,  
diapositive de présentation à la société de physiothérapie de Lorraine.

ANNEXE II : Guide d'entretien

ANNEXE III : Carte mentale des thèmes et sous-thèmes

ANNEXE IV : Avis sur la fiabilité du chapitre "Résultats" au contenu des entretiens

ANNEXE V : Diagramme de flux pour le recrutement

ANNEXE VI : Tableau descriptif de la population des interviewés

ANNEXE VII : Entretiens codés (annexe disponible au format numérique)



ANNEXE I : Lettre de présentation du projet , questionnaire de recrutement, diapositive de présentation à la société de physiothérapie de Lorraine

Bonjour,

Je suis étudiante en 4ème année à l'IFMK de Nancy. J'ai choisi, pour mon mémoire, d'étudier l'écoute active de patients douloureux chroniques, telle que pratiquée en France par des kinésithérapeutes libéraux. Je souhaite donc mener une série d'entretiens avec ces kinésithérapeutes.

Mon mémoire est dirigé par Mme Hélène Cullin, MK, Cadre de santé, enseignante en IFMK et hypnothérapeute.

### **Présentation du sujet**

Pour les patients douloureux chroniques, la Haute autorité de Santé (HAS) recommande une approche bio-psychosociale du patient dans le raisonnement clinique et dans le soin.

L'écoute active est une des méthodes citées dans la littérature pour les patients douloureux chroniques. Elle est en outre incluse dans plusieurs méthodes du domaine des thérapies cognitivo-comportementales, comme l'entretien motivationnel, l'alliance thérapeutique, l'*acceptance and commitment therapy*, qui ont fait leurs preuves dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques, en complément de thérapies physiques.

### **Objet de la présente lettre**

Je recherche donc des kinésithérapeutes libéraux ayant une bonne connaissance et/ou pratique de l'écoute active et recevant régulièrement des patients douloureux chroniques, pour mener des entretiens semi-directifs, dont la durée maximum sera d'une heure. Les entretiens se dérouleront entre octobre et décembre 2020.

Je m'adresse à vous aujourd'hui car il me semble que vos centres d'intérêt et/ou votre cursus de formation ont pu vous conduire vers cette pratique.

Aussi, je vous remercie de bien vouloir cocher la ou les cases qui vous correspondent (N.B. il n'est pas nécessaire de valider l'ensemble des items suivants pour pouvoir participer à l'étude !):

Je suis kinésithérapeute libéral et je reçois régulièrement des patients douloureux chroniques.

Je pratique l'écoute active régulièrement (plusieurs fois par semaine) depuis plus de trois ans.

J'ai été formé(e) à l'écoute active et je pratique régulièrement depuis cette formation.

Je suis formateur(-trice) et j'enseigne l'écoute active dans les formations que j'assure.

## Conditions des entretiens

Les entretiens ne sont pas rémunérés. Ils se dérouleront soit en distanciel via un logiciel de visioconférence gratuit, soit en présentiel, à un moment convenu avec l'étudiante. Ils seront enregistrés en vue de leur retranscription. Cet enregistrement ne sera diffusé sous aucune forme sans accord préalable écrit de l'interviewé. Les retranscriptions seront anonymisées et citées dans le mémoire et/ou ses annexes et d'éventuelles productions qui en seraient dérivées.

Je suis d'accord pour participer à cette étude et être interviewé(e) dans ce cadre,

Si vous ne souhaitez pas participer à cette étude, en connaître le motif me permettrait également de compléter mon travail d'enquête. N'hésitez pas à m'envoyer quelques mots à ce sujet :

.....

Si vous souhaitez plus d'information au sujet de la démarche, vous pouvez me contacter sur ma messagerie [judith.fages@free.fr](mailto:judith.fages@free.fr) ou via Facebook ou LinkedIn (Judith Fages).

Je vous remercie de renvoyer ce mini-questionnaire à : [judith.fages@free.fr](mailto:judith.fages@free.fr), ou de remplir le questionnaire en ligne à l'adresse <https://ecouteactive.limequery.org/487445?lang=fr>



Mémoire : écoute active en  
kinésithérapie libérale

Pour un  
entretien,  
me contacter,  
tu peux :

  
[judith.fages@free.fr](mailto:judith.fages@free.fr)

  
Judith Fages

  
06. 50.19. 50 .47

Figure 1 : diapositive de présentation à la soirée du 8 octobre 2020 de la Société de physiothérapie de Lorraine.

## ANNEXE II : Guide d'entretien

Le guide d'entretien ci-dessous a été construit à partir des nos hypothèses de recherche, lorsqu'elles existent, sur ce que peut être l'écoute active dans un cabinet de kinésithérapie(1).

### Explicitation des hypothèses de recherche pour la rédaction du guide d'entretien

L'écoute active est pratiquée par certains kinésithérapeutes libéraux, **sensibilisés ou formés** à cette approche issues de la psychologie et des sciences sociales. Ils l'**utilisent** non seulement pour l'accueil et l'anamnèse de certains de leurs patients, sur une ou plusieurs **séances**, mais aussi dans les séances suivantes, que ce soit **pour** renforcer la relation patient-thérapeute, réactualiser le bilan, voire optimiser l'efficacité de leurs soins en mobilisant en leur faveur les effets d'une relation de confiance et d'empathie avec le patient. Cette pratique peut s'inscrire dans le **temps** d'un exercice **libéral**. La question de la **mise en œuvre systématique** par un thérapeute de l'écoute active ou pour **certains de ses patients** prioritairement se pose. L'écoute active est **utile** en particulier pour les patients douloureux chroniques tels qu'**identifiés a priori** par une douleur qui dure depuis plus de 3 mois, ou au moyen des les drapeaux jaunes, orange et bleus ou une douleur ou plus généralement pour les patients pour lesquels la composante nociplastique de la douleur semble importante.

Les mots surlignés ont servi à identifier les thèmes de l'entretien.

### Guide d'entretien

#### **Prise de contact**

"Bonjour, merci d'avoir accepté de participer à mon travail de fin d'études et d'avoir pu libérer de votre temps pour cet entretien.

Le thème de cet entretien est la pratique de l'écoute active par des kinésithérapeutes libéraux.

Il s'agit d'un entretien où vous avez toute liberté de vous exprimer sur le sujet et ses différents sous-thèmes. La durée de l'entretien sera à peu près d'une heure.

Cet entretien est enregistré de manière à rendre possible les retranscriptions littérales qui serviront de matériel à l'analyse. Je prendrai également des notes pendant cet entretien. Les retranscriptions seront anonymisées.

Donnez-vous toujours votre accord pour réaliser cet entretien ? Être enregistré ? Avez-vous des questions avant de commencer ?"

## Recueil d'éléments généraux sur les praticiens [*et test de son*]

" Est-ce que vous pouvez vous présenter, vous comme kinésithérapeute, votre contexte d'exercice ? "

- Age :
- Ancienneté dans le métier de MK:
- Autres qualifications/métiers éventuelles : (exemple : ostéopathe, coach sportif, ...)
- Nombre de collègues au sein du cabinet; mode d'exercice au sein de ce cabinet : assistant / remplaçant / associé du cabinet
- Lieu du cabinet : commune + (ville/campagne/périurbain) ?
- Proportion de patients douloureux chroniques dans les prises en charge.

[Vérification du son - lancement de l'enregistrement de l'entretien]

### Consigne de début d'entretien

"J'aimerais que vous me parliez de votre pratique d'écoute (active) avec vos patients."

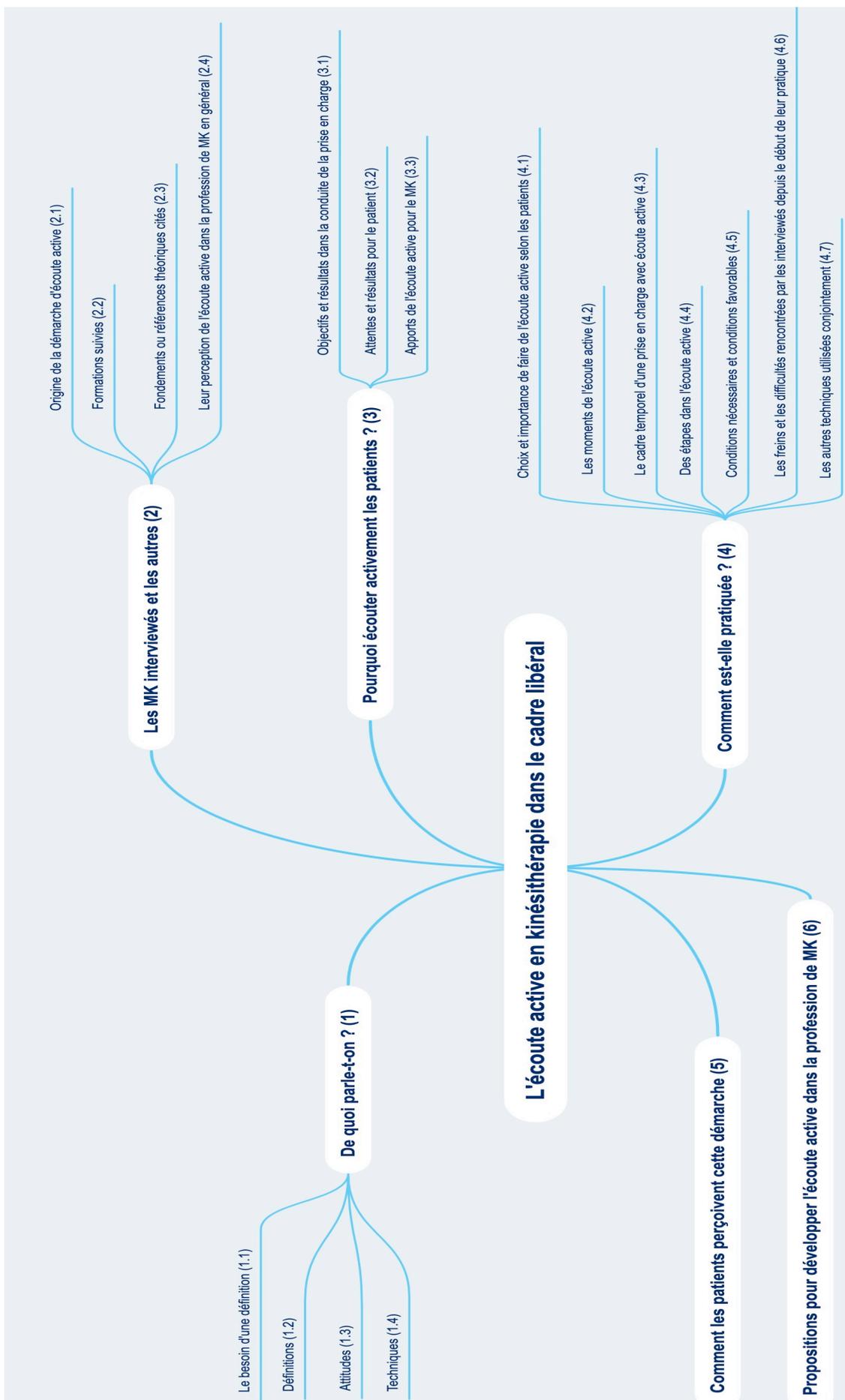
### Thèmes et sous-thèmes pour la suite de l'entretien

<i>Objectifs et grandes questions de recherche - Thèmes</i>	<i>Thèmes - formulation à l'interlocuteur - formulations alternatives</i>	<i>Indicateurs (type d'éléments que nous espérons recueillir)</i>
<p>Pourquoi les kinés libéraux pratiquant l'écoute active, utilisent cette technique dans une séance de kinésithérapie ?</p> <p>Thème: Attentes des praticiens vis-à-vis de l'écoute active, résultats perçus.</p>	<p>"Pouvez-vous me parler de ce que vous attendez de l'écoute active dans la prise en charge kinésithérapique ? "</p>	<p>Différentes phases et objectifs de la prise en charge : (accueil - établissement / développement de la relation patient-thérapeute; anamnèse, histoire du patient et de la maladie; distraction pendant un exercice difficile; optimisation du traitement ...)</p> <p>Croyances (importance d'une prise en charge globale, optimisation des résultats, gain de temps, ...)</p>
	<p>2<sup>ème</sup> formulation: "Selon vous, qu'est-ce que l'écoute active apporte ? à vous comme kiné, comme personne, au patient, à son entourage, à votre entourage,..."</p>	<p>Perception des résultats : les résultats attendus les résultats inattendus</p>
	<p>"Et quand vous ne mettez pas en œuvre l'écoute active dans une séance ou une prise en charge, que ressentez-vous ?" " Qu'est-ce qui se passe, comparativement ?"</p>	<p>Ressentis, impression sur les résultats, attentes négatives.</p>

<i>Objectifs et grandes questions de recherche - Thèmes</i>	<i>Thèmes - formulation à l'interlocuteur - formulations alternatives</i>	<i>Indicateurs (type d'éléments que nous espérons recueillir)</i>
Thème : réception de la pratique	"Comment cette pratique vous semble être perçue par les patients, leur entourage, par votre entourage ?"	Réactions des patients, leur entourage. Réactions de l'entourage du kiné.
Thème : conditions de mise en oeuvre de la pratique d'écoute active	<p>"Quand vous pratiquez l'écoute active dans une séance de kiné, comment cela se passe ?"</p> <p>"Comment vous y prenez vous ?"</p> <p>"À quoi êtes-vous attentifs dans le contexte de mise en oeuvre ?"</p>	<p>Dans l'espace du cabinet (salle d'attente, bureau, table de massage, salle d'exercice ...) = lieu/ mobilier Disposition spatiale patient/thérapeute Moment Méthode ( ce que vous faites; votre attitude; ce que vous ne faites pas )</p>
<p>L'utilisent-ils préférentiellement pour les patients douloureux chroniques (hypothèse de recherche), ou pour tout patient.</p> <p>Thème : décision de mettre en oeuvre selon le patient.</p>	"Comment choisissez-vous, pour chaque patient, de mettre en oeuvre de l'écoute active ?"	<p>Facteurs qui favorisent la mise en oeuvre / qui empêchent de mettre en oeuvre</p> <p>Facteur liés au thérapeute (temps, état personnel, ...)/ facteur liés à la perception du patient (attentes, craintes, drapeaux jaunes)/ autres facteurs</p> <p>Choix objectivé ( ex : drapeaux jaunes) versus intuition</p> <p>A posteriori : types de patients qui en ont plus bénéficié que d'autres</p>
<p>Comment en sont-ils arrivés à cette pratique ? pourquoi ?</p> <p>Thème : Origine de la pratique, croyances et représentation sur la pratique</p>	<p>"Pouvez-vous me raconter comment vous avez débuté une pratique d'écoute active en tant que kiné libéral ?"</p> <p>"Et en général, que pensez-vous de la pratique de l'écoute active comme outil à la disposition du kiné libéral ?"</p> <p>"Quelle est votre vision sur l'avenir de l'écoute active pour cette profession ?"</p>	<p>Circonstances initiales de l'engagement dans la pratique Événements déclencheurs, Représentation de la pratique au départ Formations suivies / accumulation d'expérience / patients spécifiques</p> <p>Freins à la pratique Facteurs favorisant la pratique dans le contexte actuel de la kinésithérapie libérale en France</p>

<i>Objectifs et grandes questions de recherche - Thèmes</i>	<i>Thèmes - formulation à l'interlocuteur - formulations alternatives</i>	<i>Indicateurs (type d'éléments que nous espérons recueillir)</i>
Conclusion	"Souhaitez-vous ajouter des éléments qui vous semblent importants et qui n'auraient pas été abordés au cours de notre échange ?"	

# ANNEXE III : Carte mentale des thèmes et sous-thèmes issus de l'analyse de contenu





## ANNEXE IV : Avis sur la fiabilité du chapitre Résultats au contenu des entretiens

La commande à Mme Véronique Fourt était la suivante : "m'écrire un paragraphe sur ce que tu penses de la fiabilité de ma synthèse au contenu original, paragraphe que je pourrai citer dans une autre partie de mon mémoire, avec ton nom, et tes qualifications."

De: Veronique FOURT <veronique.fourt@hotmail.fr>

Objet: Mes commentaires à ton mémoire sur l'écoute active

Date: 10 avril 2021 à 06:57:16 UTC+2

À: Judith Fages <judith.fages1@free.fr>

### présentation succincte:

Véronique FOURT, aide-soignante depuis 7 ans

1984 DESS de Psychologie du Travail-Sorbonne Paris 5

1993 DESS de Gestion des Ressources Humaines-IAE Lyon 3

5 ans d'expérience dans le secteur social (2005 - 2010) :

Directrice d'Association (maison de l'emploi) durant 1 an

Directrice d'établissements et services d'aide par le travail (handicap mental) durant 3 ans

20 ans d'expérience en Ressources Humaines, dans le conseil, en entreprise, et dans le secteur associatif (1985 - 2005)

Consultante RH (recrutement, formation, emploi) durant 10 ans

Responsable Emploi, responsable développement RH durant 10 ans

par ailleurs :

Responsable pédagogique à l'Université, Responsable de la formation humaines dans une grande école d'ingénieurs, durant 3 ans

Bénévole dans diverses associations citoyennes (Economie et Humanisme, FCPE, Nouvelle Donne, LADAPT, Petits frères des pauvres...) durant de nombreuses années

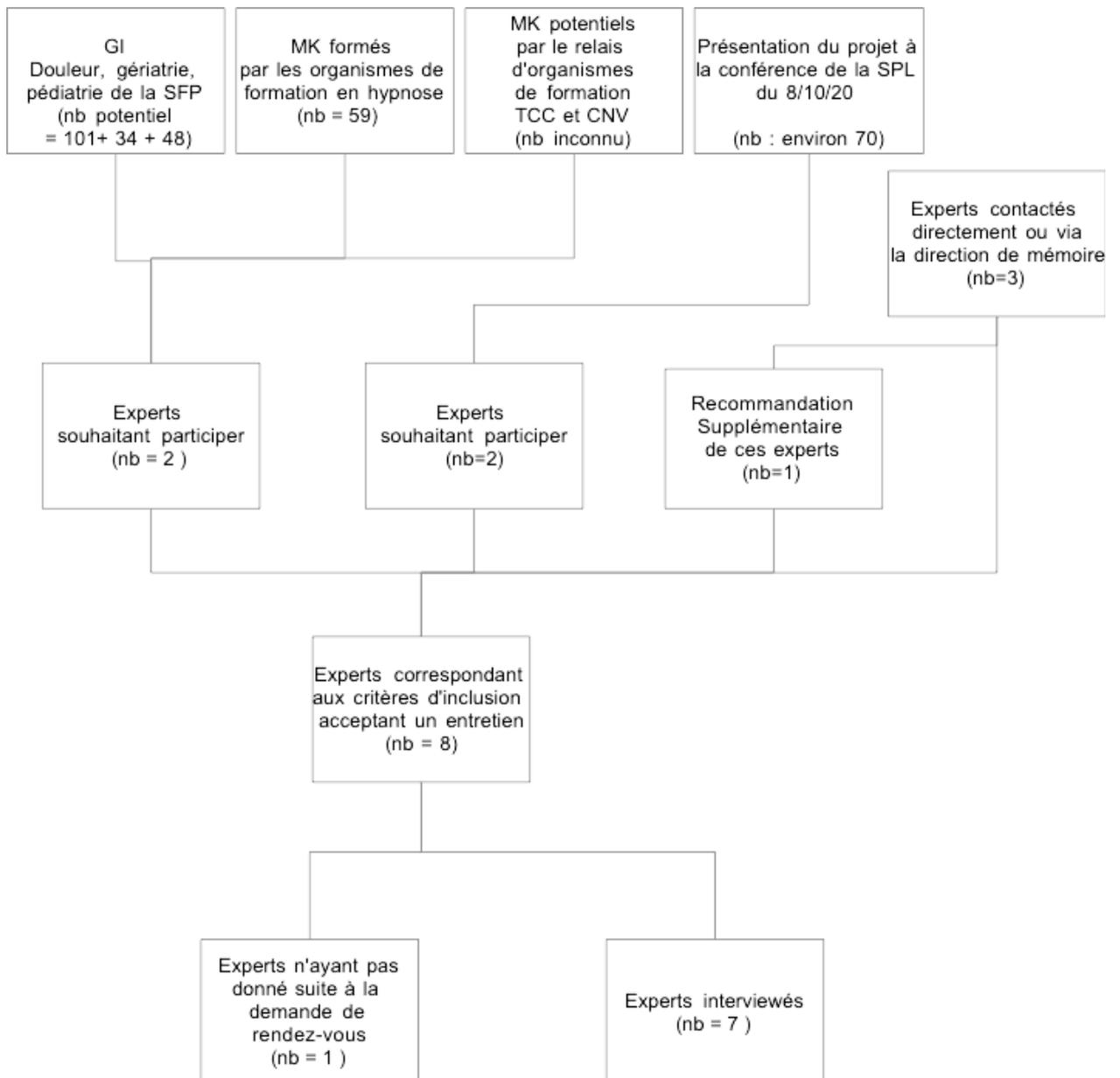
### mon commentaire :

J'ai lu avec attention les 7 entretiens qui fournissent la matière des résultats du mémoire de J Fages et j'atteste que ces résultats sont conformes au contenu des entretiens, complets, sans omission ni modification eu égard à ce qu'expriment les interviewés. Il s'agit d'un travail précis et rigoureux de recueil et de présentation des données qui permet au lecteur d'appréhender l'ensemble des thématiques abordées par les interviewés. De plus, la trame d'entretien et les transcriptions permettent de constater l'attachement de l'intervieweuse à la plus grande neutralité possible.

V FOURT



## ANNEXE V : Diagramme de flux pour le recrutement





## ANNEXE VI : Tableau descriptif de la population des interviewés

	Critères d'inclusion				Caractéristiques socio-professionnelles						
	Kinésithérapeute libéral recevant régulièrement des patients douloureux chroniques.	Pratique régulière de l'écoute active depuis plus de trois ans	Formé(e) à l'écoute active et pratique régulièrement depuis cette formation	Formateur(-trice) incluant l'écoute active dans les formations données	Genre	Tranche d'âge	Date de D.E	Formation à l'écoute active	Exercice	Situation du cabinet	Patientèle libérale
Interviewée 1	X	X	X	X	F	45-55	1992	Relations humaines	Libéral à 30%, à domicile, Hospitalier à 70%	Rural	A dominante gériatrique
Interviewé 2	X		X		M	35-45	2001	Éducation thérapeutique	Libéral, en maison de santé ; Hors nomenclature orientée ostéopathie	Rural	Variée
Interviewé 3	X	X	X	X	M	55-65	1990	Relations humaines	Libéral à 30%, à domicile, Hospitalier à 70%	Urbain	Pathologies extra-pyramidales
Interviewé 4	X	X	X	X	M	35-45	2001	TCC Communication	Libéral	Urbain	Douleur chronique
Interviewé 5	X	X	X	X	M	25-35	2010	Entretien motivationnel	Libéral à 50%, Hospitalier à 50%	Périurbain	Douleur persistante principalement
Interviewée 6	X		X		F	25-35	2019	Entretien motivationnel	Libéral	Urbain	Variée
Interviewé 7	X	X	X	X	M	25-35	2016	Communication, Hypnose	Libéral	Urbain	Douleur persistante



## ANNEXE VII : Entretiens codés

Annexe disponible au format numérique.

## ANNEXE VII : Entretiens codés

### Choix de publication

Nous avons choisi de publier en annexe la retranscription littérale codée des entretiens et non la retranscription littérale simple de manière à donner au lecteur le moyen de se référer aux passages cités dans le texte, sans multiplier le volume des annexes, la totalité des retranscriptions comptant 70 pages.

Quoique que le codage ait été effectué avec un surlignage coloré, nous avons choisi de le publier en enlevant ce surlignage, et en isolant chaque unité signifiante élémentaire codée dans une ligne de tableau où figure le numéro de codage entre parenthèse, de manière à faciliter la lecture globale de l'entretien, et pallier à la non-publication des retranscriptions littérales simples.

### Notes sur les retranscriptions littérales

/	marque une pause, ou un silence dans le discours
///	le temps de silence ainsi noté est proportionnel au nombre de / inscrits
/vraiment	appui oral sur le mot
(rire) ou (rires)	rires audibles
punctuation	rajoutée à la retranscription pour faciliter la lecture

### Notes sur le codage

Dans le texte du mémoire	Dans les annexes
(E5-45)	se référer à l'entretien 5 (E5) , n° de codage (45)
	Si la même idée apparaît plusieurs fois au cours du même entretien, elle est codée (23-1) la première fois, (23-2) la deuxième fois, (23-n) la n <sup>ième</sup> fois.

## Entretien 1

16 Octobre 2020

Réponses au questionnaire de recrutement :

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Je suis kinésithérapeute libéral et je reçois régulièrement des patients douloureux chroniques.  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Je pratique l'écoute active régulièrement (plusieurs fois par semaine) depuis plus de trois ans. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | J'ai été formé(e) à l'écoute active et je pratique régulièrement depuis cette formation.         |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Je suis formateur(-trice) et j'enseigne l'écoute active dans les formations que j'assure.        |

Je suis d'accord pour participer à cette étude et être interviewé(e) dans ce cadre,

L'interviewé(e) :

- Femme
- Tranche d'âge : 45-55 ans
- D.E. MK : 1992
- Formations : relations humaines à l'institut Raymond Chappuis
- Exercice : en libéral depuis 3 ans, à 30%, en hospitalier à 70%.
- Situation du cabinet : rural, patientèle à domicile exclusivement, avec une dominante gériatrie.

Conditions de l'entretien :

- en face à face, port du masque.
- timing serré de 30 minutes
- relation cordiale.
- interviewée : stressée car arrivant juste d'un trajet en train (avec retard)

Début de l'entretien semi-directif à 1'12" de l'enregistrement, après les tests de prise de son.

Interviewer (I) : donc notre thème d'aujourd'hui, c'est l'écoute active, donc j'aimerais que vous me parliez de votre pratique hein, de l'écoute active et plus spécifiquement en kiné libérale

Interviewé (E1) : Alors /

I : voilà, comment ça se passe avec vos patients

E1 : oui, ben, l'écoute active, c'est un entretien quotidien déjà car effectivement on écoute

beaucoup beaucoup les patients,(1)
(inspiration) et euh... /moi, oui, l'écoute active, c'est d'abord écouter le patient, lui montrer de l'attention, évidemment, hein, lui montrer qu'on écoute, qu'on est là,(2-1)
/ et euh... et puis rebondir sur certaines / certaines paroles des fois, qui sortent comme ça, en disant "ah bon vous avez eu mal ? ah bon, mais à quel moment ? "etc...(3)
et puis réinterroger euh... ce qui / ce que le patient dit, / et puis surtout / réinterroger / préciser, euh... parfois clarifier. Parce qu'on est surpris / on est surpris parfois, / le patient nous dit une/ une phrase et euh... / et on et "ah bon ? "comment ça ? pas solide" (rire)(4),
l'image de la dame qui m'avait dit une fois "mais la canne, elle me fait peur, elle est pas solide", "comment ça pas solide ?" On écoute et puis on reformuler sur euh.../ sur les mots employés / par les patients. /(5)
Voilà, et ça permet de clarifier, d'avancer, de (inspiration) / de comprendre aussi, euh... bien spécifiquement / leur problème, leurs représentations, (inspiration) à la fois de leur maladie, de leur état de santé, enfin, c'est très, très vaste en fait. //(6)
I : D'accord, de clarifier par exemple, euh...// vous pouvez me parler peut-être, de ce que vous attendez, plus spécifiquement de l'écoute active / par rapport à un patient donné ? //
E1 : (inspiration) Alors, moi je // oui, c'est pas que j'en attends quelque chose, c'est que ça /m'aide vraiment à bien comprendre le patient, (inspiration) et euh... puis à pas interpréter, euh... / à sortir un peu des schémas, voyez, d'interprétation, ou de jugement et de / de / de préjugés, enfin, toutes ces notions -là.(7) /
Et d'être /vraiment à /l'écoute de ses mots, et parfois de reprendre les mots (inspiration) qui sont / qui sont dits. (5-2)/
Et / ouais, c'est euh.. du coup, ça permet vraiment d'avancer, puis de comprendre / comment le patient / évolue, et quel sens parfois, il met derrière les mots. (inspiration)(6)
I: Et du coup, cette connaissance, cette compréhension du patient, / vous l'utilisez comment ?
E1 : / ben, en clarifiant certaines choses, on arrive à / à comprendre des /des représentations et puis à redonner / de l'explication ou /redonner du sens, dire: " ah ben oui ça ça s'était déjà produit à ce moment-là, ça vous m'en aviez parlé à ce moment-là.. Quel lien vous faites entre ces deux évènements? "(8)
Voilà, des choses comme ça. Et puis, ça permet un petit peu, d'avancer, de faire des liens avec certains évènements ou pas / et puis d'avancer dans/ dans le traitement (9)
ou / dans / parfois un certain mieux-être,(10)
ou une compréhension aussi, de ce qui se passe de /(inspiration) quand il y a des /des évènements qui / qui arrivent en fait. /////(6-2)
I : Quand vous dites,"avancer dans le traitement", vous pouvez préciser ou me donner un exemple ?
E1 : Oui, progresser euh... // euh... donner des conseils pour pas que, par exemple, / si / s'il arrive un/ un souci euh... / au décours du traitement euh.../. ben, on / on comprend ce qui s'est passé, et puis on / on donne des conseils, ben on dit "on va faire ça, on va avancer-là, cette douleur ne devrait plus survenir, etc..."(11)

<p>et voilà, on avance avec le patient, on /chemine en fait avec le patient, / par rapport à / à sa pathologie, à ses douleurs, à ses / (inspiration) comment dire, à ses empêchements aussi parfois, en lui redonnant un peu de / de /compréhension, et de / parfois, de conseils, de // euh... voilà de cheminement, oui.(12)</p>
<p>I : Ces empêchements, ça peut être quoi ?</p>
<p>E1 : Ben la douleur, qui / empêche, ou des contractures ou des choses comme ça, / qui peuvent intervenir. J'ai pas d'exemple concret là euh... récemment euh.. / . Ou j'en ai trop pour (rire) en trouver un très précis. (inspiration) Oui, une dame, une prothèse de genou fraîchement opérée, donc je vais la voir et puis on discute, et à un moment donné, elle / j' arrive, et elle me dit, un jour "ah ben je me suis fait mal". Bon. Du coup, "vous vous êtes fait mal ? ah ben, comment avez-vous fait ?" etc... Elle me décrit euh... / ce qu'elle a fait. Du coup, par sa description, je comprends qu'elle a peut-être fait un mouvement un peu trop vite en pivot et pis (rire) qu'elle a voulu aller plus vite qui son genou globalement. Je lui dis " ben, c'est pas grave, vous inquiétez pas !" "Mais ma prothèse elle va pas lâcher ? " Ben, je lui dis "non ! votre prothèse ne va pas lâcher !" .(6-3)</p>
<p>Il y avait une forte appréhension du fait qu'elle pouvait avoir entre guillemets, fait quelque chose de pas bien par rapport à sa prothèse (inspiration). Et donc, après je l'ai rassurée, je lui dis " ben non, votre muscle il a bien réagi, mais il s'est un petit peu trop contracté, du coup, vous avez mal, vous avez une contracture, on va le masser, après vous le masserez vous-même avec de la crème" (inspiration) et puis voilà, c'est passé, "continuez à glacer le genou, continuez à masser le muscle." Elle m'a dit, "ah ben, ça va mieux euh..." . La séance d'après c'était / c'était passé. (13)</p>
<p>I : Ok. Donc, là ce que vous exprimez, est-ce que c'est / c'est bien pour adapter le traitement que l'écoute euh... / du patient, est utile.</p>
<p>E1 : Oui, pour adapter le traitement, et comprendre euh... / vraiment ce que le patient veut dire. Parce que le patient, il a des représentations / qui sont parfois erronées. Cette dame, elle était persuadée / que sa prothèse, elle allait lâcher. Je lui ai dit, "non, une prothèse c'est quand même bien solide". Elle me dit, "mais, ça va peut-être ..." ben, je lui dis, " non, la prothèse elle est bien solide, par contre les muscles autour, ils vont peut-être ..." (6-4)</p>
<p>"Ah ben si c'est pas la prothèse, alors ça va bien", et tout de suite, boum ! On ressent quelque chose qui retombe, et la dame elle va mieux, du coup, parce qu'il y a / y avait une peur vraiment importante d'avoir fait quelque chose euh...</p> <p>I: du coup, elle va mieux ...</p> <p>E1 : oui, tout de suite ça c'est euh...</p> <p>I : au niveau douleur ?</p> <p>E1 : psychologiquement elle a lâché, elle avait beaucoup moins peur, ben du coup, la douleur, elle a pu plus la gérer / la supporter quelques jours, le temps que la contracture passe en fait. (14)</p>
<p>I : ok</p>
<p>E1 : Et que je lui donne les outils pour / que je fasse un massage, et que je lui donne les / les</p>

outils pour /elle, poursuivre après. /

I : ok, donc pour vous, le fait d'avoir écouté, ça apporte du bien-être ?

E1 : Ça apporte du bien-être et aussi, une capacité euh... d'action aussi, c'est-à-dire, dans le champ de l'empowerment, en fait, des clefs d'agir, du /pouvoir d'agir, c'est vraiment ça, je trouve, qui est intéressant. C'est /comprendre dans quelle dynamique est le patient, et pouvoir euh... / oui, comprendre sa représentation, et après, lui donner / lui expliquer, lui donner des clefs pour que lui, il agisse et qu'il soit maître de la situation.(15)

Et là, on change complètement le niveau de relation./ la confiance qui s'instaure, on change complètement de niveau, en fait.(16)

I : ok. ///

I : et du coup, selon vous, cette pratique / d'écoute / active du patient, elle est perçue /comment ? //

E1 : ah ben je pense que par le patient, elle est // elle est // je pense que les patients, ils / s'en rendent / enfin, je sais pas s'ils s'en rendent compte, en fait,(17)

ah ben, si, je pense, du coup, ils sont contents d'avoir les explications, de pouvoir justement avoir des outils pour agir, de pouvoir euh... // c'est, en général, oui, c'est très bien perçu. // mh. //(18)

I : par l'entourage ?

E1 : (inspiration) oui, l'entourage aussi. // Parfois, c'est vrai que dans / dans certaines prises en charge, on n'a pas que le patient, y a aussi l'aidant principal, il y a aussi d'autres personnes à coté qui peuvent être euh... (inspiration) qui peuvent intervenir entre guillemets, chez des patients/ mh. /// Ouais, alors euh... j'ai pas de. Est-ce que j'ai des exemples en tête, là ? (rire) Ouais, je pense plutôt à des // à des personnes plutôt âgées qui sont / que j'ai dans ma patientèle, et pour lequel, il y a un aidant qui est toujours présent. Alors là, il faut écouter le patient, et écouter l'aidant. Et du coup, il y a double écoute, à différents niveaux, parce que les / les demandes de l'aidant sont pas forcément les mêmes que celles du patient. // mh. //(19)

I : et euh... dans une séance de kiné, / quand vous / du coup, comment ça se passe ? est-ce qu'il y a / un moment ? est-ce qu'il y a des conditions euh... favorables ? / défavorables ? enfin,... //

E1 : (inspiration) ben, dès le départ, je dirais. Parce que dès le départ, dès que j'arrive, je demande au patient, "alors, comment allez-vous ? "Voilà. " Comment ça va aujourd'hui ? " y a-t-il des éléments nouveaux ?"Etc... on fait toujours un point . "comment vous vous sentez aujourd'hui ?(20 "

Voilà, "comment allez-vous ? ""comment vous sentez-vous". Je pose souvent cette question du ressenti. /(21)

Et puis ben, là, le patient, il / m'explique, ou pas, "aujourd'hui ça va" "aujourd'hui ça va pas" "aujourd'hui j'aurais besoin de ça" " aujourd'hui euh..." Voilà.

Et puis là, j'écoute pis je rebondis. et je commence à reformuler "Ah bon ça va pas ? " ou ben "ah ben, oui, ça va, ok "(3-2)

Ah. Certains patients, pour lesquels je fais / du massage ou d'autres techniques, / voilà, je leur laisse parfois le choix, en leur disant "de quoi avez-vous besoin ? " " est-ce que vous voulez

plus qu' on / voit le dos, ou plus qu'on voit les épaules ou ..." (inspiration)(22)
Et puis d'autres, ben, on fait le traitement qui est prévu, / et puis / ou pas, enfin, selon ce qui se passe en fait./ Et là, le / comment dire le // l'écoute et le fait de / de demander ce qui se passe dès qu'on démarre la séance, permet d'ajuster, de.. // Alors, / mercredi, j' suis arrivée chez un patient qui est BPCO, qui est / au niveau respiratoire, il est très / il est très / il est sous O2. (inspiration) J'arrive, il se prend la tête dans les mains comme ça (elle montre le geste) et pis il dit " ah non ! j'ai pas encore déjeuné". Et pis j'ai /vu que ça allait pas, et j'dis " Et ben, écoutez, / je repars, c'est pas grave! Je repars, déjeunez ! je repasse à 15h30. Est-ce que ça vous irait 15h30 ?" / C'était pas possible, quoi, il avait pas déjeuné,il avait pas eu le temps, il avait eu plein de trucs. C'est un monsieur qui a plus de 70 ans et qui gère encore beaucoup beaucoup ses affaires. "Bonjour !" "Ah non, ça va pas !" Ah voilà, c'est tout ! (rire) (23)
I :(rire) Et là, du coup, vous faites un geste en plus de dire ce que le patient a dit. E1 : Voilà, il s'est pris la tête dans les mains, il était devant son bol, " j'ai même pas eu le temps de prendre mon petit-déjeuner" il était midi hein ?. Voilà, je peux le faire aujourd'hui, voilà, peut-être à chaque fois, je le fais pas, mais là, c'était possible, je savais que je revenais sur R. après. I : Du coup, ça veut dire que votre écoute, elle n'est pas seulement du discours du patient. E1 : Ah oui, elle est aussi des attitudes aussi, de tout le paralangage,Tout les attitudes du corps et tout et là, il m'a dit pour le coup, "ça va pas " et il a joint le geste à la parole. Mais bien, sûr, oui, oui. // Puis j'ai vu que c'était trop, c'était trop, je l'ai senti et... Voilà. I : Et du coup, il y a d'autres / aspects auxquels vous êtes attentive euh... / pour faire cette écoute ? // E1 : oui, oui, sûrement les attitudes, mais ça c'est tellement implicite que / si, si, ça c'est sûr, que ça parle, / ça parle énormément, l'attitude du corps, ou le faciès, ou la fatigue. / la fatigue. (24-1)
Ce patient, notamment, je vois bien, il est fatigué, c'est pas / Il y a des fois, je vais pas pouvoir faire de renforcement musculaire en plus des actes de kiné respi etc... Je vois bien, ça va pas /passer. / Alors, là, j'insiste pas. Bon, on contrôle la saturation en oxygène, on/ voilà. / Et puis des fois, il est en forme, et (rire) donc, on adapte complètement. (11)
C'est sûr, le faciès, la // ouais, // toute la/ comment dire, le corps qui parle, en fait, effectivement, il n 'y a pas que le langage, mh, mh.(24-2)
Mais c'est vrai, que c'est tellement / comment dire, dans /l'implicite, / c'est tellement dans / /ancré dans la relation, que du coup, / y a la parole, et / et puis même ce monsieur, des fois, (montre une respiration haute et difficile) il est tellement en dyspnée qu'il n'arrive même pas à parler.(25)
Donc, quand c'est comme ça, on prend le temps de s'allonger, de ffff, de souffler, de faire quelques / manoeuvres de respi pour euh... / que sa saturation remonte aussi, qu'il soit mieux. (inspiration) //

<p>I : ok, vous parlez d'implicite, et du coup, pour vous, / écouter ou pas écouter ... enfin, // est-ce que c'est un choix ?</p> <p>E1 : ben, je pense que c'est / c'est des habitudes aussi. / (inspiration) C'est des habitudes de travail.(26)</p>
<p>Euh... Quand on a été formé aussi, c'est quelque chose qu'on / qu'on fait, je dis pas /naturellement mais auquel on est quand même plus sensible (27),</p> <p>et / et je me rends compte aussi, // je me rends compte aussi que, dans certaines conditions, notamment à l'hôpital, avec la pression et tout, je prends /moins le temps d'écouter les gens à l'hôpital, / et là, des fois, je me prends la main dans le sac, et je me dis "non N., il faut que tu écoutes les gens, y a pas de raison."(28-1)</p>
<p>Parce qu'en libéral, j'ai trente minutes par patient. // et euh... je fais trente minutes, des fois plus, rarement en dessous. Je sais que j'ai ce temps-là pour le patient.(29)</p>
<p>Et c'est important la notion du temps, aussi, dans l'écoute, parce que / vous pouvez pas passer à coté, quoi.(28-2)</p> <p>I : mh</p>
<p>E1 : Il y a un temps /incompressible / où il faut se /taire, et laisser la / la parole à / au patient. (30)</p>
<p>(inspiration) Et à l'hôpital, on est / on est, très très bousculé par les / soins , les / les toilettes, les ceci, et il faut aller vite parce que / je suis toute seule pour trente-six lits, donc là, c'est / là j'ai pas la demi-heure par exemple, j'ai /jamais la demi-heure ! / ou alors très rarement. Et du coup, faut / voilà, c'est dans le sens inverse, il faut que je freine, et que je me dise, "non, pas de raison que ce patient-là, je l'écoute pas, ou que je prenne pas le temps de l'écouter. ""(28-3)</p>
<p>Parce qu'on se rend compte qu'en fait, quand il y a ce temps d'écoute, / ensuite, / on /gagne du temps sur autre chose.(31)</p>
<p>C'est -à-dire que / la relation elle / le patient, il / y a une relation de confiance qui s'établit.(16)</p> <p>Le patient, il / il nous connaît/ on apprend à le connaître, enfin, il y a quelque chose de symétrique qui se met en place, / (inspiration) d'un échange, de l'ordre de /l'échange, vraiment de / la / comment dire, quelque chose de mutuel vraiment, relation mutuelle, confiance mutuelle, vraiment un / un aller-retour, en fait. / (32-1)</p>
<p>Et du coup, si on /bride trop ce temps, si on /rétrécit trop, ce qu'on a tendance à faire à l'hôpital, / parce qu'on est / trop pris par / par le rythme, par les / injonctions, par euh... tout ça,</p> <p>ben, on passe à côté de plein de choses. (33)</p>
<p>I : et du coup, on le / le gagne plus tard ce temps?</p> <p>E1 : oui</p> <p>I : en quoi par exemple ?</p> <p>E1 : En confiance, en / compréhension. euh... Et même chez les gens qui n'ont plus / leur / efficacité intellectuelle, c'est-à-dire que même chez des patients qui ont des troubles intellectuels, des troubles cognitifs. Euh... La relation, et ce temps d'écoute quand on /prend le temps / et ben, après, la relation elle est plus la même. Et là, il y a quelque chose qui passe et</p>

malgré tout, il y a des choses qui passent. Et le patient, même s'il est pas toujours bien / connecté, et ben, c'est plus la même relation. Il nous reconnaît, il nous . il y a des petites choses qui passent et qui font que / qu'on est mieux accueilli. Alors pas tout le temps, des fois, ça rate, entre guillemets, mais souvent, très souvent, c'est pas pareil. (34)
I : c'est-à-dire qu'il y a plus de // d'acceptation du traitement ? E1 : oui, y a plus d'acceptation, y a plus de confiance, on peut mettre en place plus de choses, et le patient, il accepte que ce soit avec nous, et pas avec d'autres etc... oui, oui oui oui oui. // (35)
Oui, puis il se sent pris en compte, déjà ça, il se sent pris en compte. /// I : Et cette prise en compte, vous avez / le sentiment que, en soi, elle apporte quelque chose/ à la santé en fait ? à ... E1 : oui // I : aux résultat de la prise en charge ? E1 : oui. Oui, cette prise en compte elle est importante, parce que / ben, parce que ça ne résume pas le patient qu'à sa pathologie, / c'est une personne, c'est quelqu'un d'intéressant. Il est pris en compte dans son entièreté, dans sa /globalité, dans ce qu'il a été, I :mmh E1 : oui oui oui, et ça c'est très important. // C'est plus monsieur untel qui a une BPCO, c'est monsieur D qui est chef d'entreprise, qui a plein d'autres rôles ! Ça / ça remet en exergue les rôles, les statuts, et la personnalité en entier, tout ça, / qui est très important. / C'est plus un monsieur qui a telle pathologie. A la limite, la pathologie euh... pff. // C'est untel qui a besoin de soins dans une globalité. ///(36)
I : mmh. Ok. // Et du coup, comment vous choisissez par exemple pour chaque patient, si vous allez consacrer du temps à / leur écoute ou pas ? /// E1 : ben, je dirais que / c'est pas moi qui choisis. C'est pas moi qui choisis, c'est plutôt ce que me renvoie le patient / à tel moment, à ce moment-là.(37)
Y a des fois, il va y avoir / plus d'écoute et d'autres fois euh... // enfin, / c'est pas tellement en quantité, c'est pas plus ou moins. C'est euh...(inspiration) Comment dire ? / (38-1)
Pour reprendre la / la notion de soin complet de Frédéric Worms, il y a toujours la dimension objective et la dimension subjective,(39)
et parfois la dimension /subjective, l'écoute, va prendre un peu plus de place que finalement, la dimension objective du soin. Alors des fois, je me dis, "bon, ben, à cette séance, j'ai pas fait grand-chose". Ben oui, mais, on a passé du temps à discuter avec le patient.(38-2)
Moi j'ai pas fait effectivement grand chose, mais lui il a parlé, il a pu dire des choses, on a pu clarifier certaines choses, et il repart, moi, j'ai l'impression qu'il est regonflé, regaillardé et qu'il est / qu'il repart avec plus de / plus de confiance en lui-même, en ses capacités, en / en // en ses perspectives aussi, hein, parce que, j'ai quand même des patients, c'est-à-dire, sur le fil, et ils me disent, "demain, je serai peut-être plus là! " "Si si, vous êtes encore là." Et c'est / y a beaucoup d'anxiété aussi, par rapport à à la fin, peut-être. euh... Donc, du coup, le fait de / de prendre un peu / voilà, de / de reformuler, d'écouter, de / de dire "ben,"/ ça leur permet

quand même / d'être regaillardi, de repartir dans la vie, hein, de se réinscrire dans la vie, de rester inscrits dans la vie, parce qu'ils y sont toujours, mais de / avec peut-être avec plus de // de motivation ou de /// J'sais pas si ça ... (rire).(40)

I : c'est tout à fait euh...

E1 : si ça vous convient ce que je raconte ? mais ..

I : c'est tout à fait euh... /// c'est tout à fait, euh... le genre de (rire) de témoignage que je recherche,

E1 : (rire)

I : enfin, c'est votre / votre expérience. (rire)

E1 : le fait d'être en hôpital et en libéral, je me rend compte que des fois, en libéral, ben j'ai plus de temps, du coup, euh... c'est moins tronqué, parce que je sais d'emblée, j'ai une demi-heure./ (29-2)

Et ce que j'ai remarqué aussi, c'est que /y a quand même pas mal de personnes âgées - dans ma patientèle, y a quand même pas mal de personnes âgées, puisque je ne fais que des domiciles - (41)

I : d'accord

E1 : du coup, forcément, je fais pas mal de domiciles, enfin de personnes âgées, et/ très âgées. Et souvent, euh... je suis amenée à les masser. Je les masse assez régulièrement, même si par ailleurs, on fait parfois des exercices, ou je leur donne des exercices que je contrôle régulièrement, mais souvent il y a du massage. (inspiration) Et je me rend compte que / (inspiration) pendant le massage, ben, / c'est quand même très propice à / à la discussion / et puis, euh... / au fait de parler. Et là, le patient, il se sent // et ben, il parle.(42)

// Et parfois, comme je masse quand même souvent des dos, / on se retrouve dans une / post- / position / où le patient me tourne le dos, / et j'ai presque l'impression de / à certains moments, d'être dans une situation presque psychanalytique, parce qu'en fait, / le patient ne me voit pas.

I : mmh

E1 : comme / comme l'analyste en fait, qui / qui est derrière (rire) sur son canapé(43).

Et parfois, je me rends compte que les patients me / me disent beaucoup de choses à ce moment-là. /

I : parce qu'ils ne vous voient pas ?

E1 : alors, parce qu'ils ne me voient pas, parce qu'ils sentent / qu'il y a des tensions qui lâchent au cours du massage,(44-1) y a des douleurs qui viennent et pis ils savent que ça va leur faire du bien. Beaucoup me disent : "ça me fait mal quand vous me massez, mais je sais que ça me fait du bien après. "/// Et voilà, / c'est / c'est assez étonnant de //

Et j'ai un temps /incompressible de 20 minutes, /euh... et ils savent qu'ils ont ce temps-là, euh... / pour parler, pour exprimer des choses, pour me dire leur vécu. /(45-1)

Et là, par exemple, j'ai une dame que je masse / que je masse après hernie cervicale, et donc intervention chirurgicale sur hernie, elle a eu une prothèse de disque et cette dame-là, elle est juste en train de reprendre le travail avec une réorientation professionnelle, // elle était infirmière en réanimation, et donc là, elle passe infirmière en dialyse, et donc, c'était/ c'était

difficile, mais j'accompagne toute la reprise de travail, euh.../ On / on libère les tensions, et en même temps, elle me / comment dire, elle me / elle me balance tout son vécu / professionnel, tout ce qui se passe. (44-2)
Et / et / du coup, il y a vraiment une relation qui est euh... /// voilà, c'est un /temps pour elle. // C'est vraiment un temps pour elle, une /place pour elle. (45-2)
Et /// et je pense qu'elle en a besoin, parce qu'à chaque fois, il y a beaucoup de choses qui sortent et / et du coup, on rebond- / je rebondis là-dessus, (3-3)
je lui demande des explications, on clarifie/ on clarifie des choses, etc.../ elle me dit : "Ah ben, là, ça a été dur, mais j'ai pu mettre en oeuvre mes techniques de respiration pour que la douleur soit pas trop / présente" (inspiration) "J'ai beaucoup travaillé, donc le bras est super tendu"(4-2)
Parce que quand même, elle a des soucis euh... / ça a touché la partie nerveuse, et du coup, elle a quand même un manque de force dans son bras droit. / Enfin, tout ça, c'est vraiment / intéressant en fait.
I : ok, et quand, / enfin, par hasard, ça se produit pas. C'est-à-dire que / y a pas // de votre part, ou vous le sentez pas. Enfin, ça se produit pas, quoi, l'écoute. Y a /pas cette écoute, comment vous le percevez, comment vous le ressentez ? / E1 : alors, je dirais que ça ne se produit / jamais forcément à la même intensité, mais ça se produit quand même tout le temps. / (46)
(inspiration) Et euh... et il y a aussi des moments où euh... moi, je suis peut-être moins bien / (47)
et du coup, il y a des moments, euh...comment dire, euh... je partage aussi des choses avec les patients. C'est-à-dire que c'est pas tout le temps moi qui écoute,/ et quand je vous disais tout à l'heure qu' il y a un échange, une réciprocité, y a des moments, notamment avec cette patiente là, qui est infirmière, ben, y a eu des moments, je lui ai demandé aussi des conseils / un peu personnels, parce que ... voilà, des conseils sur des médicaments, sur des trucs, parce que (inspiration) Mais, / il y a vraiment une réciprocité,c 'est-à-dire que elle / enfin, je peux pas être quelqu'un de neutre./ Sinon, y aurait /pas cette confiance, il faut aussi que moi, je m'inscrive dans mon humanité, / dans le fait que je suis une femme, avec des enfants, avec une vie à coté, que je suis pas /que la kiné, sinon, je suis / j'suis trop impersonnelle. (32-2) /
Donc, il y a forcément, / comment dire, / un partage d'un / d'un certain champ de mon intimité à moi, avec cette patiente-là. Ce que je dis à cette patiente-là, je ne dis pas du tout la même chose au monsieur qui est BPCO par exemple. / Y a des champs / Voyez, euh... s'ils discutaient tous les deux de moi, / ils auraient pas les mêmes informations, par exemple,(48-2)
parce que, la / comment dire, l'échange qui se produit avec eux, parfois, on parle de choses plus intimes, / et c'est cela aussi, l'approfondissement de la relation, c'est-à-dire qu'à un moment donné, ben, moi aussi je leur livre des parts de mon intimité, des parts de mes difficultés avec mes enfants, avec ma vie, avec l'hôpital, voilà, je suis / j'suis quelqu'un d'humain aussi. Et euh... Je ne suis pas /que kiné avec euh... je ne sais pas comment l'exprimer, / je suis pas /que avec ce rôle-là en fait, / je suis quelqu'un d'humain, et d'inscrit

aussi dans la vie et du coup, on partage aussi des trucs. Ben oui, j'ai eu des soucis avec mon gamin, et du coup, on échange des trucs et c'est ça qui fait le ciment de la relation et la confiance Et qui fait que / euh... à un moment donné il y a aussi une réciprocité aussi dans l'écoute..(32-3)

c'est-à-dire que elle aussi / et d'ailleurs les patients ce qui est marrant, hein, c'est que souvent, ça vient pas forcément de moi au début, c'est à -dire que eux aussi sont demandeurs de ça. Et ils me posent des questions, et ils me disent " et vous ça va ?" " et vous, comment allez-vous?" " Donc euh...Cette réciprocité, elle se met très rapidement en place en fait. // Et des fois,/ je suis pas trop bien, je / voilà, il s'est produit des choses, puis bon, je suis / je me dis, je suis là pour faire ma séance, et pis des fois, le patient, il le /sent aussi, et il me dit " et vous, comment ça va ? ça va votre fils ? vous m'avez parlé de ça la dernière fois !"

I :(rire)

E1 : et là, le rôle s'inverse !(49-1)

Donc, si vous voulez, il y a vraiment cette réciprocité qui se met en place. On ne peut pas / comment dire, on peut pas rester froid, ne pas répondre, c'est pas possible, c'est pas possible, il y a forcément euh... / quelque chose de l'ordre euh... de la sensibilité qui passe, / d'un côté, de l'autre et // et bon, voilà !(32-4)

moi, je livre des / des choses, des fois au patient qui sont vraiment de l'ordre de l'intime, que je livre à certains, pas à d'autres, / en fonction de l'interaction, de ce qui se produit, de la confiance aussi, qu'on a, vraiment de façon, euh... // (48-2)

Et avec le covid, donc, là, j'ai un patient qui me demande régulièrement des nouvelles de mon mari, " et votre mari, comment il va ?" parce que je lui ai raconté que mon mari a eu la covid / (inspiration) et qu' il a été quand même assez impacté etc.. quoi. //

I : ok....

E1 : donc euh... / c'est vraiment euh... / et je me rends compte que / l'écoute, elle est dans les /deux cotés, et qu'il y a certains patients, qui / voilà, qui ont aussi ce / et qui me demandent et qui me disent, "au fait, vous m'avez parlé de votre fille, comment elle va, votre fille ?" et qui reposent des questions, alors des fois, pas dans le même sens, mais à distance.(49-2)

I : mmh //// et euh... vous pouvez me raconter comment vous avez / débuté / cette pratique, enfin, comment ça vous est venu ? euh...

E1 : et ben, en fait / euh... / spécifiquement, j'ai été formée à l'écoute active quand j'ai commencé avec le professeur Raymond Chappuis sur les relations humaines. Plutôt en 2002 je crois, aux alentours de 2002, ouais. / Et, c'est là que j'ai plus spécifiquement été formée sur l'écoute active, sur les reformulations, sur les attitudes, sur euh... / euh... sur tout le champ de la relation humaine. Donc, de 2002 à / à 2005, puis après / j'ai été formatrice en / relations humaines- animation de groupe / pour l'Institut Raymond Chappuis, / avec d'autres formatrices, jusqu'en 2011. /(50)

I : Et le choix de cette formation du coup, initiale ? pourquoi ? /

E1 : ben / pour moi, c'était / évident, c'était complémentaire de / de ce qu'on / de ce qu'on faisait, de / (inspiration)

<p>I : Complémentaire au métier de kiné ?</p> <p>E1 : oui, / au métier de kiné, au métier d'ergo aussi, puisque bon aussi, je suis ergothérapeute sans avoir trop pratiqué, mais, bon, au métier de rééducateur, parce que je me sens plus rééducateur que ... /// mh./ et c'est (51)</p> <p>I : donc, complémentaire, ça veut dire que</p>
<p>E1 : en fait, ce qui s'est passé, c'est que je suis arrivée sur R. et en rencontrant des gens, il y a une amie qui m'a proposé de participer à cette formation. Du coup, j'étais en congé parental à cette époque-là, et je me suis dis, ben oui, c'est intéressant de / euh... au cours de mon congé parental, ne pas forcément ne rien faire, mais d'explorer ce champ-là, profiter de mon congé parental pour explorer ce champ de la relation et tout. Et j'avais déjà suivi l'université de pédagogie à B., et Voilà, les liens avec la pédagogie, et les liens avec la relations, c'étaient des champs qui m'intéressaient toujours dans le domaine des sciences humaines. (52)</p>
<p>Donc, là, voilà, j'y suis allée (rire) C'était à R., y avait un coté un peu pratique et tout, et ça m'a fait rencontré / euh... Raymond Chappuis, et beaucoup de gens intéressants. /</p>
<p>I : oui, du coup, vous avez dit "complémentaire au métier de kiné", du coup, ça veut dire que ça n'en fait pas partie à la base ?</p> <p>E1 : si, si bien sûr, ça en fait partie, mais je pense que // comment dire, euh... on a toujours un peu tendance à // et puis peut-être que euh... (inspiration) euh... comment dire / Maintenant on a peut-être /plus la notion que c'est / vraiment / indissociable. Peut-être qu'à l'époque, quand on faisait nos études, on était plus centré sur la technique, je sais pas, je me rends pas trop compte en fait. (inspiration). Mais / Ou peut-être que les travaux maintenant en sciences humaines, ancrent vraiment ces choses / l'une avec l'autre, / de plus en plus, mais /// je pense que, de / de tout temps, ça a été indissociable, mais qu'on en prend peut-être / plus conscience euh.../// maintenant. Je ne sais pas en fait, je / c'est / c'est indissociable mais / et je pense que /y a un moment, il faut /aussi, euh... / pour /l'enseigner ou pour mettre le doigt dessus, le /dissocier, / je sais pas si vous comprenez ce que je veux dire.</p> <p>I :mmh</p> <p>E1 : C'est-à-dire qu'à un moment donné il faut / plus parler de la technique. / Et faut dire, ben oui, mais on s'intéresse qu'à ce champ là, c'est un peu ce que je fais, en première année, dire " ben non, on va pas du tout parler de la technique, on parle /que de la relation", mais les choses, elles sont toujours imbriquées, toujours liées. / Et c'est aussi le fait de les /déliier, qu'on peut euh.. réussir à décortiquer, voir comment / elles se lient finalement, comment elles s'impactent l'une et l'autre... (53)</p>
<p>I : mmh</p> <p>E1 : j'ai enlevé mon masque...hum. // Je vais peut-être aller, non ? ...</p> <p>I : oui, ok, si vous avez un rendez-vous, pas de soucis.</p> <p>E1 : ben, je leur ai pas dit que j'étais arrivée donc ...(rire)</p> <p>I : (rire) Il y aurait peut-être encore juste une chose, qu'on n'aurait pas abordée et qui vous semble super important sur ce sujet de l'écoute active, et que vous voudriez ajouter ?</p> <p>E1 : ben dans le concept, l'écoute active, c'est vraiment le concept de Rogers. (39)</p>

Donc, au delà de l'écoute active, il y a tous les autres concepts de Roger qui arrivent : l'empathie, l'authenticité, / euh.../ . l'attitude / non directive, euh... le fait de / d'être non congruent, toutes / toutes les notions qui sont inhérentes à Rogers, hein, euh... le fait de/ de penser aussi que le patient a ses propres capacités, euh... de faire confiance au patient, tout ça c'est / c'est / c'est Rogers, et donc derrière, y a tout ça, (inspiration) la bienveillance, euh... (inspiration,) le respect de la personne, le respect de/ de la personne euh...// c'est toutes ces notions qui découlent, ou / qui sont entremêlées, et qui ... qui / après dans quel ordre ? je ne sais pas, mais toutes ces notions sont liées, sont extrêmement liées. Et / et c'est vrai qu'il y a l'écoute active, mais derrière, y a tous / tous ces supports-là, / tous ces ancrages qui sont importants. // (2-2)

I : ok.

E1 : pour moi hein. (rire)

I : et ben, écoutez, merci beaucoup !

E1 : de rien, ça a été très court ! (rire)

I : on peut s'arrêter-là. Vous avez déjà dit énormément de choses !

Fin de l'entretien semi-directif à 34' 34.

## Entretien 2

23 Octobre 2020

Réponses au questionnaire de recrutement :

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Je suis kinésithérapeute libéral et je reçois régulièrement des patients douloureux chroniques.  |
| <input type="checkbox"/>            | Je pratique l'écoute active régulièrement (plusieurs fois par semaine) depuis plus de trois ans. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | J'ai été formé(e) à l'écoute active et je pratique régulièrement depuis cette formation.         |
| <input type="checkbox"/>            | Je suis formateur(-trice) et j'enseigne l'écoute active dans les formations que j'assure.        |

Je suis d'accord pour participer à cette étude et être interviewé(e) dans ce cadre,

L'interviewé(e) :

- Homme
- Tranche d'âge : 35-45 ans
- D.E. MK : 2001
- Spécialités kinésithérapiques : activités hors nomenclature à orientation ostéopathique, pédiatrie.
- autres spécialités : ostéopathie, micro-nutrition, posturologie
- Situation du cabinet : maison de santé, campagne.

Conditions de l'entretien :

- en visioconférence; difficultés de réseau imposant de couper la vidéo de l'interviewé pendant un moment.
- plusieurs interruptions de l'entretien par des soucis techniques et par des collègues de l'interviewé (39ème minute).
- relation cordiale, de confiance, témoignant parfois d'une relation professeur - élève.
- interviewer : stressée car arrivant juste d'un voyage en voiture.

Début de l'entretien semi-directif à 1'12" de l'enregistrement, après les tests de prise de son.

Interviewer (I) : donc c'est parti, du coup ben, ce que j'aimerais, c'est que tu puisses me parler de ta pratique de l'écoute active de tes patients en kiné / libérale, donc euh...

Interviewé (E) : rires

I : // la pratique, comment ça se passe, euh / qu'est-ce que tu en attends ? ///
E2 : Alors, qu'est-ce que tu comprends, qu'est-ce que tu définis comme écoute active déjà ? (rire)(1)
I : (rire) voilà, ben je / je pourrais donner ... E2 : Est-ce que je suis le premier déjà ? est-ce que je suis le premier ou pas ? I : euh... non, j'ai fait d'autres entretiens. E2 : d'accord.
I : en fait c'est plutôt ta définition de l'écoute active qui m'intéresse. E2 : d'accord, ok, d'accord, ok. E2 : pour moi l'écoute active, c'est en fait, c'est / déjà, // considérer en fait, euh... // le / pas le mal du patient, mais le / patient. Et c'est savoir, en fait, // pas pourquoi, quelle est la pathologie pour laquelle il vient /// bien sûr qui serait indispensable / mais dans quel contexte / pathologique / il vient. Je sais pas si c'est clair. hein ?(2-1)
I : oui E2 : Voilà. Donc euh... / je pense que c'est, // l'écoute active pour moi euh...// qui commence à être sensibilisé à / à l'éducation / thérapeutique, / fait totalement partie intégrante en fait du / d'un mode de consultation / et ne doit pas être / directif / pour moi, par des questions / oui-non, hein, " est-ce que vous allez bien : oui " " est-ce que vous avez mal : oui "/ mais plutôt laisser le patient / complètement / sur des questions ouvertes / euh ...(3) I : mmh
E2 : se présenter / sur / autant / lui, que sa pathologie. Voilà, c'est comme ça que je fonctionne. (2-2)
Voilà. Alors, sur le plan euh ... / Donc je te dis tout et puis après tu verras bien, tu feras le tri. I : oui, oui, super !
E2 : (rire) sur le plan pratique, je sais que / pour en discuter beaucoup en réunion de pairs, je sais que c'est quelque chose qui / euh... // est intéressant mais très chronophage (4)
/ dans les consultations. Euh... Par rapport à mon mode de consultation, moi ça me convient parce que je suis en séance individuelle, donc comme je te l'ai dit en introduction, en hors nomenclature, donc c'est quand même plus facile et euh.. donc j'inclus ce temps-là euh... / dans ma / pratique (5),
mais à la fois, j'ai une compensation financière à coté, parce que je suis en honoraires libres, / donc, /// (coupure de réseau) donc, ce qui / est un peu plus simple pour moi / par rapport à d'autres confrères qui auraient besoin, voilà, d'avoir un temps bien limité / et à des honoraires bloqués. Euh... , voilà, ça c'est pour le coté / forme. euh ...(6)
I : tu peux préciser, euh... // en consultation individuelle, de combien de temps par exemple ? E2 : alors, je suis entre 30 minutes et une heure / de soin. voilà. /par séance / voilà.(7)
I : En kiné ? E2 : alors, / alors moi, ma pratique, comme je t'ai dit, elle est / elle est on va dire, exclusivement ostéopathique, / enfin exclusivement hors nomenclature. C'est-à-dire que je peux très bien recevoir les gens en 30 minutes et leur faire des / soins en fait, de

kinésithérapie basée sur des techniques en fait qui sont de / hors nomenclature ou uniquement de l'écoute // ou de la micro-nutrition / ou de l'ostéopathie. hein. Voilà, c'est pour ça que j'aime pas dire que je consulte uniquement en ostéopathie, parce que, ben, ça dépend de ce que je fais, / hein. Et / ou les voir en ostéopathie.

Et euh.. , donc, je les prends 30 minutes, / on va dire, mais pour moi, que ce soit / quelle que soit la / la spécialité dans laquelle je les reçois, / tu comprends ?

I : mh, ouais.

E2 : Voilà. Et euh, j'essaie, en tous les cas, quelque soit la spécialité dans laquelle je les reçois, d'avoir toujours cette orientation. (8)

Voilà. / Maintenant il est clair que euh... un rendez-vous de début de journée, / ou un rendez-vous de début d'après-midi, c'est toujours plus facile (rire) de / pratiquer l'écoute active, que quand tu te retrouves en plein milieu de journée et euh.. que tu sais que / que tu commences à accumuler le retard, et auquel cas c'est un peu plus compliqué.(9)

Donc, il y a peut-être de la subjectivité dans la prise de rendez-vous, alors, c'est quelque chose que j'essaie de travailler depuis le confinement, c'est quelque chose que j'ai revu moi-même dans ma pratique pour essayer vraiment / pour ne pas pénaliser les gens qui viennent en milieu de journée, en fait, / parce qu'ils ont une écoute qui serait différente que ceux qui arrivent début de matinée, ou début d'après-midi voire fin de journée où tu sais que c'est le dernier patient, donc tu peux prendre plus de temps. voilà //(10)

I: oui, donc tu veux dire que / finalement, ton état personnel en tant que thérapeute / influe / aussi sur ce que tu proposes ?

E2 : /// ah / inévitablement / inévitablement. Et je pense que je suis pas le seul. C'est à dire qu'à partir du moment où tu sens que tu es pressé par le temps, tu vas forcément avoir une écoute / qui est / différente, active ou pas active en tout cas, mais différente. et peut-être pas aussi euh / pédagogique aussi euh / formalisée que tu souhaiterais. (11)

I : ok, / du coup, "différente", tu peux en dire un petit peu plus ?

E2 : oui, euh ... / alors ben, très clairement, prenons un exemple concret. Dans le sens où tu vas poser des questions ouvertes / à un patient sur sa / lui-même sur son contexte, sur pourquoi / il a consulté, pourquoi il vient me voir moi (12) /

hein/ à partir du moment où tu vas perdre un peu plus / où tu vas courir après le temps, tu vas repartir sur des questions plutôt directes en oui/non (rire) qui vont te faire gagner en fait du temps. Mais ça / sans le faire volontairement, hein ? (13-1)

C'est que / le fait d'être pressé, et ça c'est / c'est vraiment une introspection que je trouve très intéressante, c'est que / dès que tu sais que / t'es un peu / pressé, tu vas essayer en fait, ben, tes questions vont se modifier. Et dans ton interrogatoire, euh ... et quand / moi je note tout écrit, et quand je reprends en fait mes euh.. , mes anamnèses, je / je vois par mon anamnèse, euh... comment / quel type d'écoute, j'ai réalisée, et euh.. que j'étais à ce moment-là, euh... certainement un peu plus pressé que d'habitude. hein ? Voilà. (14)

I : mmh

E2 : Du coup, alors moi, je le notifie, de telle manière qu'à la séance d'après, euh.., je le / ben

je / je / je sois différent, de telle manière à ce que le patient puisse avoir toujours au moins cette écoute.(15)

Après, il m'arrive, malgré tout de me rendre / compte tout de suite, et de me dire à ce moment-là, je (incompréhensible). Si il y a un deuxième rendez-vous (interruption de son ///) ce deuxième rendez-vous je vais le caler de manière à pouvoir pratiquer chez ce patient cette écoute active. Voilà. De telle manière à être le plus objectif, en tout cas, le plus rationnel, et ouais, essayer de reproduire en fait cette méthode qui / chez tout le monde, et pas avoir en fait, ton planning / ou ton rythme qui te guide / sur ta façon de pratiquer.

I: oui, quand tu dis rationnel c'est en terme / c'est euh / de l'équité vis-à-vis de l'ensemble des patients ?

E2 : /// c'est ça / c'est ça, tout à fait.(16)

I : et tu as évoqué donc, ce moment qu'est l'anamnèse, est-ce que euh../ tu pratiques aussi cette écoute dans d'autres moments de la prise en charge ? (13-2)

E2 : /// (inspiration) alors / euh /// ouououi, ouais, ça dépend /// alors //// euh... je la prends déjà à la fin l'écoute active, car je fais toujours une synthèse / de la compréhension et je crois que ça ça fait partie des / parce que l'écoute active, il y a plusieurs modules, alors / euh... je la pratique toujours à la fin où je fais ma synthèse. Je demande au patient en fait, de me/ de me faire la synthèse de ce qu'il a compris. (17)

I : mmmh

E2 : Voilà. / hein, ça oui. Maintenant dans le soin, euh,... / j'avoue que euh, // comme j'ai une orientation / assez proprioceptive et posturale, j'évite que le patient parle / pendant le soin.

I : ok

E2 : voilà. parce que en fait, cela peut biaiser. Alors y a des fois, oui, / dans ce cas, je m'arrête, et on repasse en mode écoute. euh... mais sinon dans les analyses / examens techniques, ça me perturbe, le patient qui parle en fait, il y a une proprioception qui est perturbée. Donc/ donc / je / j'évite / dans mon analyse, mais ça c'est dans mes techniques à moi, de la pratiquer dans le soin.(18)

Je la pratique à l'anamnèse, et je la pratique à la synthèse. ///

I : ok, merci

E2 : parce que je // je vais être dans la synthèse, par contre, je vais être / on va dire, oui, quasiment systématique. à demander la synthèse euh... / à demander la synthèse au patient, que ce soit / un parent, ou euh, même aux enfants hein, et je suis encore plus vigilant aux enfants/ euh // pour qu'ils aient bien compris, euh..., ça, et / et qu'il me le dise les mots / avec leurs mots à eux. ///(19)

I : ok

E2 : Ce qu'on fait aussi avec les étudiants, hein.

I : (rires) //

I : euh... / oui du coup, sur finalement, ce que/ ce que tu attends de cette pratique, plus particulièrement. enfin ce qu'elle t'apporte, ce que tu penses qu'elle apporte au patient, / comment euh / comment tu penses qu'il la perçoit, en fait.

E2 : ouais. alors, / ce que me / ce que m'apporte la pratique, c'est spectac.. / je trouve ça spectaculaire, euh... dans le sens où, le patient / en laissant parler le patient / il va t'amener, en fait vers une euh...// de part la chronologie des faits / il va t'amener en fait vers un diagnostic / qui va être certainement / totalement différent / des questions, des questions fermées qu'on aurait pu poser,(20)

/ qui sont "Vous venez pour une cheville traumatisme tatatatata" par exemple, "vous venez pour une lombalgie" on va dire. Je crois que c'est pour la lombalgie toi, non ? ah non, c'est pas dans le cadre de la lombalgie. Donc pour une lombalgie, on a toute toute notre euh.. // notre procédure.

Et en laissant parler le patient, en fait, euh... // ben en fait, de par la chronologie, on a une chronologie qui va être totalement / inversée par rapport à la nôtre // et en fait tu vas arriver / à un constat, en tout cas pour ma part, et tu vas te dire ben, mince, il va me parler de nourriture par exemple, mais pourquoi il me parle de nourriture par exemple, et du coup / Alors ça c'est peut-être mon ouverture technique de par mes formations / ben, du coup, on va parler en micro-nutrition, quoi. Il va te parler peut-être de / de / de son problème psycho. et du coup, du coup t'auras pas une approche non pas purement mécanique, mais plutôt une approche plutôt à l'écoute / tissulaire.(21)

/ donc ça, c'est la première chose. Alors, en fait, il y avait ça, / j'essaie de noter en même temps. euh... /, donc qu'est-ce qu'elle m'a / alors, c'était quoi la deuxième question, vas-y, redis voir ?

I : donc, ça c'est ce que cela t'apporte, les résultats que tu peux observer, en positif, en négatif ? /

E2 : d'accord, oui // alors, sur les résultats, / c'est très net, alors c'est l'implication pour moi c'est l'implication du patient dans son traitement. Alors je pense alors / que ce soit de n'importe quelle pratique. On reste dans la kiné, c'est le cadre d'un mémoire de kiné. Mais, euh... un patient / qui aura été écouté / euh... va être beaucoup plus sensibilisé / aux consignes qu'on va lui donner. Et ça / mais ça je / je ./ je / j'en suis persuadé, convaincu et / j'ai un résultat qu' est spectaculaire là-dessus. (22)

Et je crois que c'est encore plus marquant chez les enfants, je fais beaucoup de pédiatrie, et je crois que chez les enfants / c'est vraiment / chez les ados qui sont toujours un peu rebelles, je trouve que c'est vraiment quelque chose qui marche très très très bien (23).

Donc, les résultats sont surtout sur l'auto-rééducation. Je pense qu'on est vraiment / c'est vraiment un outil indispensable pour moi dans la rééducation, parce que en mode auto-rééducation, on a une efficacité. (24)

A l'heure // euh... alors je vais peut-être digresser un petit peu, à l'heure où les cabinets de kiné sont pleins, // à l'heure où / on a besoin de sensibiliser les jeunes sur leur dos, sur la prévention et tout ça, (inspiration) je pense qu'on a encore pas les moyens, euh // enfin on s'accorde pas les moyens techniques de le faire, / par contre en ayant cet écoute euh... je trouve que / et en passant en mode auto-rééducation, on apporte vraiment une plus-value à cette prise en charge. (25)

I : mmh
E2 : Donc. je trouve ça vraiment, vraiment spectaculaire. C'est pas facile, je le conçois, mais je trouve vraiment des résultats très satisfaisants.(26)
Moi, ça fait, / en temps, / euh / ça doit faire ouais, à peu près un an que je me suis vraiment sensibilisé. J'ai toujours été / à travers mes formations, mais ça fait un an que je suis // je suis un peu plus /un peu plus / vraiment un peu plus rigoureux / sur cette approche (27)
/ et je trouve que ça change vraiment la façon de voir les choses quoi, et la relation au patient. //(28)
I : t'as dit : "pas facile", euh // pourquoi ? euh, qu'est-ce que / qu'est-ce qui serait pas facile ? E2 : alors // deux choses, / alors pas facile en terme de temps. Parce que / on est tous pris par le temps et il faut tous gérer nos plannings. Je crois que c'est l'élément premier/ C'est de se dire euh.. / Il faut,/ il faut absolument cadrer son temps.(29)
La deuxième chose c'est / la difficulté c'est d'essayer à chaque fois de recadrer le patient. Autant il y a des patients ça va être / assez facile, autant il y a des patients, ils vont partir dans des choses mais qui vont euh.../ alors, il faut laisser la parole libre mais y a des fois il faut quand même la recentrer parce que // ben parce que/ tu sens que le patient il va partir sur des choses qui vont / moins t'apporter, je dis pas pas t'apporter parce que/ cela apporte toujours au patient / mais qui vont pas forcément t'apporter euh à toi par rapport à / vers où tu veux l'emmener. //(30)
I: mmh/ ok, donc c'est le fait de recadrer / pour quelque part ..euh...ah/ on a une interruption de réseau ////////// (bruit de matériel) E2 : euh..., difficile // ( bruit de matériel) I: ah excuses-moi, /// on a eu une interruption de réseau ? /// // tu m'entends ? E2 : ben euh moi, je t'entends I: ok, je vais peut-être couper ma caméra, est-ce que / ça t'embête ? /// E2 : tu veux que je coupe la mienne aussi comme tu veux, tu préfères que je coupe la mienne. I : peut-être, pour éviter que cela se reproduire ? ça t'embête ? /// E2 : non, je coupe la mienne aussi, comme ça / on est bon, // on va économiser de la bande passante. (l'entretien se poursuit) I : ok du coup, j'étais sur euh ... euh ... //sur le fait de recadrer, j'ai pas entendu ta réponse en fait.
E2 : Ouais, / je disais que les deux difficultés majeures pour moi, c'était "un" au niveau chronologique, 'fin au niveau timing pardon et deux, c'est le recadrage du patient.(31)
C'est-à-dire que le patient peut partir // dans / tous les sens. / Bien que ce soit très intéressant parce que cela permet de / parfois d'orienter vers une prise en charge pluriprofessionnelle, euh.../(32)
mais parfois / mais souvent, par rapport à ce que toi, tu as besoin / ben il faut recadrer. Et ça

c'est pas facile, et c'est des outils-là qu'il faut maîtriser/ et ces outils-là sont pas faciles à maîtriser. (33) Donc, je pense que c'est vraiment une pratique...et euh... //

I : oui, tu évoquais une formation aussi ? //

E2 : pardon ?

I: tu évoquais une formation, il y a un an.

E2 : /// non, non, alors, oui, en fait c'est dans toutes mes formations en fait, que je fais, je // dans toutes les formations que je fais, dans toutes les formations que moi j'ai faites, en fait, cette écoute active revient de plus en plus et moi dans les formations que je donne, je m'aperçois qu'on / qu'on recentre le patient dans son écoute maintenant / plutôt que sur la pathologie. et donc en fait, ces ces // multitudes d'éveil m'ont / poussé à me former à l'ETP, en fait. (34)

I : d'accord //

E2 : Et l'ETP c'est quand même le / la formation, qui , euh, qui vraiment, euh..dans notre formation, en pluripro, qui t'éveille vers cette écoute, hein, enfin, il me semble, hein.(35)

I: mmh, oui, ok. /// euh tu /tu évoquais aussi, euh .. des enfants, des adolescents euh..ça... / Est-ce que finalement, a posteriori, tu / choisis de pratiquer l'écoute plus avec certains patients qu'avec d'autres. Lesquels, pourquoi ?

E2 : // alors, euh .. pas du tout / j'ai pas de // j'ai pas d'a priori sur la façon d'aborder ma séance, euh.../ j'essaie de pratiquer avec tout le monde. euh ... / Je trouve que les retours sont / plus spectaculaires chez les ados,

I : mmh

E2 : / parce qu'on sait très bien que c'est très difficile de faire passer un message chez ces ados. (36)/

euh ... Maintenant euh ../ l'adulte, ben il a tout son passé, en fait, et / il a tout son vécu et / et tout ce qu'il a pu faire avant / qui peut venir un peu / impacter en fait cette écoute . Et il va peut-être venir te dire ce que tu as envie d'entendre, euh .. avec moins de / naturel /donc euh.. / c'est intéressant, mais ça peut être tronqué, hein, je trouve, donc il faut être très subtil. Donc c'est vrai qu'avec certains adultes, euh... // tu peux sentir que / cette écoute est // est/ n'est pas /// enfin c'est pas qu'elle n'a pas de sens, mais / elle a moins de sens, car il va te dire ce qu'il veut, / pour obtenir ce qu'il veut.

I : mmh

E2 : C'est-à-dire qu' il va t'orienter toi, / pour avoir la technique qu'il voudra. Voilà. Tu vois ce que je veux dire ?(37)

I : mmh, oui, ok

E2 : Et ça faut faire / et donc avec ces gens-là, je ne le pratique pas.

I : d'accord.

E2 : J'arrête parce que je n'arriverai pas à les à les/ à les emmener vers une direction, / vers leur direction, en tous cas, / vers ce quoi ils veulent, en tous cas,, si / c'est ce qu'ils veulent, mais vers ce quoi on veut ensemble parce que c'est directif. Et donc en général, ce sont des patients qui euh, ne réitèrent pas en général / leur / leur soin chez moi. (38)

I : d'accord, alors après la première séance, ça s'arrête là ?

E2 : ça s'arrête là, parce que je leur dis très ouvertement que /// et ça je ne me cache pas, / que le courant ne passe pas forcément, et euh ... que du coup moi, j'ai besoin d'avoir un courant qui passe, pour justement aller, au plus loin. et donc, c'est moi, peut-être parce que j'ai la chance d'avoir du monde, mais euh... là-dessus, je suis très honnête. ça fait partie de l'écoute active enfin, il me semble (rire)(39-1)

I: oui, oui, tout à fait oui.

E2 : hein, donc euh.../ Par contre / ça je ne retrouve pas chez les enfants. ça je ne le retrouve pas chez les enfants. que ce soit ado ou enfant / plus tu les écoutes, et plus ils reviennent. C'est vraiment / ...l'adulte c'est différent et...Après attention, euh .. j'essuie beaucoup de critiques par rapport à ça.

I : ah oui ?

E2 : euh, je c'est à double tranchant. ah oui. il faut faire attention, alors, parce que on pense que l'écoute active on a tendance à croire qu'on n'est que des gentils, et euh en fait, un patient/ un patient exigeant, chez qui, il veut vraiment essayer de vous / un peu de vous euh.../ de vous emmener lui, vers ce quoi il veut, / et que le thérapeute ne veut pas / ne se laisse pas aller, ça peut amener à une situation conflictuelle, et euh.. / et moi ça m'arrive et c'est pas rare, / de dire au patient, ben écoutez euh / je pense que ça ne euh / je pense que ça ne / ça ne va pas, // ça colle/ c'est pas que ça colle pas mais le le courant ne va pas nous emmener sur un terrain d'entente en tout cas, qui sera / efficient. Et donc, du coup, ben, tu te retrouves avec un commentaire voilà, sur euh / sur euh / en retour / soit avec des patients qui disent ben oui/ Ou soit le médecin que tu croises et qui te dit " ah ben dis-donc, ça s'est pas bien passé avec lui"(39-2)

I : (rire)

E2 : bon, c'est tout. Après ben voilà. mais il faut / il faut être prêt. Donc ça c'est une difficulté, aussi, c'est ce que je te disais tout à l'heure/ il faut être prêt dans le recadrage il faut être prêt quand même, il faut être prêt à écouter et entendre ça et ça, / c'est pas donné à tout le monde

I: tu veux dire qu'il y a quelque chose / de la coopération patient-thérapeute / qui est / euh mise en /// enfin / exacerbée par l'écoute ? // c'est ça ? c'est un peu ça ?

E2 : ah oui, / ah oui, / complètement, l'écoute active pour moi / comme je la vois, c'est vraiment une coopération euh /, une coopération euh...c'est un vrai lien patient-thérapeute, hein, c'est une vraie coopération, hein. et si quelqu'un qui veut dominer l'autre, / pour moi c'est du transversal, et pas du pyramidal, et si y en a un qui veut dominer l'autre, euh... / il est clair que ça n'avancera pas. // (40)

I :mmh. ok

E2 : pour moi c'est clair et net. / et du coup, il faut / il faut que le thérapeute mette tout de suite le le le / le holà et euh ... et / et arrêter. et puis voilà. et comme je dis, cela reste mon euh.. / ça reste mon euh.. / ma vision des choses, qui // voilà, on sait que le/ le/ la populite, comme on dit, / ou le clientélisme reste important (rire) / dans / nos professions euh.. / maintenant voilà, je pense que / cette écoute peut arriver effectivement à / à des situations euh.../ où il faut

pouvoir dire au patient, " ben non, ça ne collera pas". (41)
I : mmmh, /// et // du coup euh euh / est-ce qu'il y des choses / quand tu / tu mets en oeuvre l'écoute euh..., auxquelles t' es plus particulièrement attentif, dans / le contexte de mise en oeuvre dans/ je sais pas / dans ... E2 : oui, alors dans le contexte, ben oui, c'est le contexte d'apparition de la problématique, hein ou de ce pour quoi le patient il vient. Donc ça ça me semble indispensable, comme je te le disais tout à l'heure, pour prendre des exemples concrets c'est quand même plus facile. C'est le patient qui va te parler d'un coup, // dans cette écoute, il va / il va parler d'un coup de la nourriture, ou il va te parler de son travail, ou il va parler de // son épouse ou de son conjoint, ou il va te parler de ses enfants. / Donc pour moi, l'écoute active a pour euh.. / a la force / de laisser le patient / partir / presque dans l'origine du problème. (42)
I: mmh. oui, / alors je parlais plus de / toi, comment tu mets en oeuvre, là euh, est-ce qu'il y a des trucs, des techniques, c'est quoi pour toi. tu dis / là voilà, c'est l'anamnèse, je fais de l'écoute active / c'est quoi les techniques que tu mets en oeuvre, à quoi tu veilles .. (bruit de découpe) E2 : J'avais pas compris. I: je me suis peut-être mal exprimée, hein.
E2 : alors les techniques, oui c'est plus clair pour moi, alors les techniques de mise en oeuvre, alors, déjà, on reste sur la question ouverte, c'est, alors "pourquoi venez-vous ?" (43) I : mmh
E2 : déjà, ça ça me semble / indispensable. ce qu'on dit souvent, / mais euh.. mais en kiné comme ce sont des patients euh... / on dit au premier rendez-vous, voilà, on a une ordonnance, donc on sait pourquoi il vient, mais ça n'empêche pas de le dire / "pourquoi venez-vous? " pardon, et "comment vous- sentez-vous?" (44)
I : mmh E2 : voilà. Ça ça me semble/ C'est deux questions, et là déjà tu peux partir sur un quart d'heure. (45) (rire) I : oui
E2 : Voilà. Ensuite, / en fonction de ça, je vais utiliser les techniques effectivement, / soit des techniques de valorisation // quand je sens que le patient en fait // euh... alors il y a plusieurs techniques. Alors en fait c'est des techniques vraiment très spécifiques. qui vont être des techniques de valorisation. Soit, si je sens que le patient en fait, il a réussi à euh... / il te présente son contexte et la façon dont ça arrive, son problème // I : mmh E2 : et que lui a mis en oeuvre / déjà des choses / je vais tout de suite aller / sur cette attitude- là / hein, pour valoriser en fait ce / ce comportement. (46)
I : mmh. E2 : Même s'il est/ s'il représente que / on va dire, 5 pourcents / du traitement, je vais tout de suite aller là-dessus. / et dans mon soin, / je vais garder en fait ce fil rouge. / Voilà. //(47)
A contrario, / si le patient part euh../ vraiment euh dans tous les sens/ euh... et ben je vais

utiliser des techniques un peu de / de résumé si tu veux,

I: mmh

E2 : où à un moment je vais / arrêter, en disant au patient, "ok voilà, vous m'avez dit ça ça ça, est-ce que j'ai bien compris tout ça ? maintenant / passons / au point suivant". Et puis j'enchaîne avec une autre question./ Voilà, pour pas justement / pour essayer de recadrer un peu les choses. (48)

C'était bien ça que t'avais besoin ?

I: tout à fait,

E2 : voilà.

I : tout à fait merci.

I : et du coup, est-ce qu'on peut revenir, sur euh, tu as fait état de / de critiques, hein/ qu'on s'exposait aux critiques. Sur la perception / enfin / Qu'est-ce que tu penses de la perception qu'ont les patients/ ou voire les collègues, les médecins, etc ... de ta démarche?

I : // alors, attends, je note en même temps / pour pas perdre le fil. / euh.. alors, perception patients /et collègues. /// Alors, parce que là, il y a trois choses que tu me demandes, alors, /la critique // oh non, deux en fait. euh..

la perception patient / effectivement, donc la perception patient, elle peut effectivement être critique, / mais globalement elle est plutôt très satisfaisante. hein.

I : d'accord

E2 : je pourrais pas / je pourrais pas te donner les stats, / parce que / peut-être que ça serait intéressant justement / de euh / modéliser euh / ce genre de choses./ hein, bon après je pense qu'il y aurait beaucoup de biais, donc ce serait peut-être pas facile. / Mais globalement, le patient est tout à fait content, / Alors qu'est-ce qui prouve ça. ben c'est tout simplement que le patient revient, / si le patient revient, alors que tu lui as dit euh.. que tu avais pas forcément besoin de le revoir, euh... je pense que c'est euh./ que c'est que franchement, le patient a trouvé / a trouvé un bienfait dans la façon de / de/ de ton approche. (49)

I: mmh

E2 : Ça c'est une chose, hein, donc, voilà. / Ensuite, euh, /le patient qui critique, il y en a, hein / certes euh... / c'est surtout en fait / des patients qui vont arriver déjà / avec une / avec un diagnostic / qui vont arriver en // parce qu'ils pensent savoir ce qu'ils ont, /

I : mmh

E2 : et /ils vont attendre / une technique / bien spécifique,

I :mmh

E2 : ils vont attendre un traitement bien spécifique, / parce que soit / c'est le médecin qui leur a dit, hein, peut-être, je ne sais pas ou / ou alors le plus souvent, c'est parce qu'ils ont été interroger internet, / et puis, ils ont vu euh... d'accord ? (50)

I : oui

E2 : La deuxième chose sur ces patients critiques, /ça va être aussi parce que euh... / ces patient, /ils savent, / ils sont multi-consommateurs, il y en a beaucoup, / voilà, et que du coup / ils vont/ ils savent que t' as une bonne cote, /je ne sais pas comment, / par le bouche à oreille

peut-être ou quoi que ce soit / et ils vont dire, oh ben lui il est bon, ben je vais y aller. Et là pof, ils arrivent face à quelqu'un qui / est tout à fait / à l'opposé de ce qu'ils ont eu jusqu'à présent, à savoir des manipulations alors, là je vais te parler plus sur le versant ostéo, parce que ça je le ressens plus / versant ostéo mais / mais au niveau kiné c'est tout à fait ça aussi avec les techniques de thérapie manuelle ou / des kinés qui font des manipulations / vertébrales à tire-larigot.

I : mmh

E2 : / Et donc du coup tu vas avoir des patients multi-consommateurs qui vont arriver, qui vont s'attendre vraiment à la manipulation de la septième dorsale, hein par exemple (51-1)

I : (rires)

E2 : pour être très très concret / toutes les semaines / et puis où là, ils vont arriver chez toi, soit par le bouche à oreille, / soit parce que euh.. / parce qu'ils ont trouvé un créneau / et puis ils se sont positionnés dessus. Et puis / où tu vas avoir cette approche-là. Donc là, ça effectivement, il y a de grandes chances / que tu aies ces critiques. / En tous cas, / en tant que thérapeute, tu vas ramer / pour pouvoir justifier la façon / dont tu vas l'approcher, ça c'est sûr...(52)

I : tu peux donner un exemple de comment elles s'expriment ces critiques ?

E2 : alors les critiques, c'est / très clairement, / le patient, il va / te dire, / "écoutez, / euh... / là vous êtes en train de me demander / en fait, le contexte, moi ce que je vous dis très clairement, / c'est je sais ce que j'ai, j'ai déjà été manipulé, j'ai besoin qu'on me travaille sur cet étage -là. (51-2)

I : ah ok.

E2 : T'as celui-là. Ça c'est / brut de décoffrage et c'est très clair, mais au moins on est au clair là-dessus.

I : mmh

E2 : Le deuxième, c'est le patient qui va / qui va te dire / au fur et à mesure où tu parles / tu parles, et tu vois que / il voit pardon / que tu vas l'écouter sur la globalité, // et donc là, il va recentrer toute / la discussion sur / son étage, on va parler sur sa vertèbre, pour être plus simple, sur sa vertèbre. / d'accord ? oui mais quand je fais ça "c'est ma vertèbre" Il va s'approprier / et ça c'est quelques chose qui est très important. / Il va s'approprier / la / zone, c'est-à-dire qu'il va dire, c'est / ma vertèbre, / c'est / mon ligament, c'est / ma cheville, tu vois ? et il va s'attribuer cette pathologie et ça c'est un signe caractéristique d'un patient qui va / être très difficile à à / à devoir le sortir en fait de ce carcan. (53)

I : mmh

E2 : voilà. Donc, ça c'est la façon de l'exprimer. Après la critique, / ça va être dans la synthèse surtout./

I : mmh

E2 : Soit dans la synthèse : "qu'est-ce que vous pouvez dire ?" "ben vous m'avez pas fait grand chose", ça, c'est déjà la première chose

I : mmh ,ok.

E2 : ça c'est cash. ou bien / "j'ai pas entendu / craquer", ça c'est la deuxième chose, d'accord ?

ou bien./ "vous ne m'avez pas fait la même chose que d'habitude". / Donc là, ma réponse c'est / "Justement, /quelles sont vos sensations par rapport à ça ? / est-ce que c'est mieux ou moins bien ?" // "Ben, ça m'a pas fait pareil et je suis moins soulagé". / D'accord ? /voilà.

I: mmh

E2 : du coup, / ça c'est des critiques qu'il faut être prêt à entendre.

I: mmh

E2 : tout à fait prêt. Ça va être aussi la dernière : / ça va être / "Ben, par rapport à votre confrère, / bon, votre confrère va chercher un peu plus loin", / voilà. Donc, quand il dit ça, "va chercher plus loin" / ben c'est / dans la manipulation, / dans la technique, / c'est plus spectaculaire. / Voilà. donc, ça, ça va être / à la synthèse. // Alors ça il faut être prêt à l'entendre./ (54)

I :mmmh

E2 : Après, //il va y avoir les critiques a posteriori. // Ça va être des critiques disant / "c'est facile, il est venu en consult' / il m'a pris tant de consultation, je suis remboursé / pas remboursé par la sécu. et euh.., il a pris le temps / il m'a manipulé 10 minutes / et puis euh.. / pas plus", tu vois /(55)

I : ouais

E2 : parce que / ils ne vont pas avoir du tout./ avoir cette notion de temps sur laquelle on aura / dans cette écoute/ active /, où il aura pris le temps de s'exprimer, /ça fait partie de l'écoute / ça fait parti de la thérapeutique. voilà(56)

I : mmh

E2 : Alors, soit c'est le médecin / effectivement / qui te le relaie. Soit / c'est des commentaires que tu peux lire si / sur la prise de rendez-vous, ou sur les / les différents trucs qui mettent, et puis voilà.

I : ah oui

E2 : alors, je te dis ça, parce que / parce que j'ai eu le cas il y a 15 jours alors ou c'était la semaine dernière / il y a 15 jours, alors tu vois, bon, en plus de ça, c'est même pas quelqu'un que j'ai reçu moi, c'est par l'intermédiaire de. / C'est quelqu'un qui a posté un truc, / sur moi. / voilà, donc / donc c'était tout à fait ça, donc tu vois, c'était, bon euh.. / c'est marrant. Et là, c'est vraiment une technique que j'essaie de mettre en place, / que j'avais vue en fait dans un / dans une formation, une technique euh ... mince, //// j'ai oublié le nom, la technique euh ... /// ah mince, le nom m'échappe.// Euh... Je retrouverai // c'est une technique // très spécifique où tu vas chercher, / ah zut, mince...

I : ça reviendra !

E2 : Oui, ça reviendra, enfin bref. / J'ai mis en place // et où par contre, là./ je pensais que j'avais pu cerner en fait si tu veux / le problème, c'était justement dans le cas de quelqu'un / très consommateur, / et que je savais pertinemment / qu'il se faisait manipuler dans / voilà / un peu partout / et euh... / et le patient à la fin, j'ai bien senti qu'il tiquait. // mais c'est tout, donc je suis resté tout à fait ouvert. / Au final./ il m'a trouvé euh..

Alors je l'ai appelé le patient bien sûr hein./ parce que après, quand tu vois en commentaires

<p>.enfin voilà, bien qu'il était pas du tout constructif / En fait, il m'a trouvé très froid / sur l'approche, hein, et c'est ça qui est intéressant / et justement pas du tout à l'écoute de ce que lui, demandait.</p> <p>I: oui,</p> <p>E2 : tu comprends ? alors c'est quand même paradoxal,</p> <p>I : oui</p> <p>E2 : c'est quand même vachement paradoxal. / Et en plus de cela, avec une séance qu'il a trouvé très courte,</p> <p>I : mmh</p> <p>E2 : tu vois ?/ et donc / et ben tu te dis, waouh, / alors tu te dis moi, ben, euh. ben / je me suis loupé, ou bien le patient, alors soit je me suis loupé / oui /// oui / oui euh... /// (57)</p>
<p>Alors attends / excuse-moi parce que j'avais quelqu'un qui partait.</p>
<p>Soit ce que je disais ///soit je me suis loupé / sur cette approche / pourtant j'étais assez content de moi. (rire) soit c'est le patient qui ne colle pas du tout à cette écoute.</p> <p>I :mmh</p> <p>E2 :Alors, / bon / je / je / je me refuse de dire que c'est toujours le patient qui a tort, et que c'est moi qui ai raison</p> <p>I: oui, ce que tu veux peut-être dire, / c'est que / finalement le / que l'écoute c'est praticable si/ cela rencontre une attente ? /// du patient ?</p> <p>E2 : oh oui, // alors oui oui. ah oui oui, pour moi ça c'est indispensable.(58)</p>
<p>Y a des gens tu y arriveras pas. Y a des gens tu arriveras pas. Pour moi euh... oui, tout à fait. / Il faut que /// enfin, il faut que le patient, enfin / l'écoute elle peut toujours être pratiquée. / Ouais, je vais être un peu plus subtil par rapport à ça. / L'écoute peut-être tout à fait, euh .../ l'écoute peut -être tout à fait réalisée chez tout le monde / par contre, ce que tu peux en // ce que tu peux récolter / ne sera pas forcément toujours positif.(59)</p>
<p>C'est moi, ou c'est toi qui fait,euh.. // où il y a un son qui / qui pollue ?</p> <p>I : non, euh, alors de mon côté j'entends rien./</p>
<p>E2 : Ah ben, c'est moi, alors, donc pas de souci. Euh... Donc, oui, / l'écoute peut-être tout à fait pratiquée / je reprends, l'écoute peut-être tout à fait pratiquée chez tout le monde, et au contraire, par contre / le résultat ne sera par forcément à la hauteur de ce que tu attends. (59)</p> <p>I : mmh</p>
<p>E2 : ok ? Ensuite, / sur / tu m'as posé la question sur la perception des collègues et des autres / professionnels. Alors, là, je vais partir sur deux choses. // Sur deux choses, / la première, euh.. / attends / alors je m'excuses, deux secondes, alors je coupe, parce que c'est très désagréable pour moi, je pense que j'ai / tout le monde voit que je suis encore là et donc du coup ... (rire) // et donc du coup ...///</p>
<p>I : on t'interpelle. ///</p> <p>E2 : ah ben, attends, je te demande juste un instant,</p> <p>I: je t'en prie.////////</p> <p>E2 : ah oui, ok ////////// (bruit d'écriture) alors je te demande juste / 2 secondes / toc (grande</p>

inspiration) ////////////////voilà, voilà, voilà, voilà,voilà, / voilà / voilà / normalement, j'espère que ça devrait être mieux. Voilà. / euh... oui. Donc ce que je te disais.../ euh...

I: on était sur la perception des collègues.

E2 : perception des collègues. Deux directions./ La perception, t'as une perception si t' exerces en pluripro, // d'accord ? donc, si t' exerces en pluriprofessionnel euh... / et que euh.. tu as déjà / été amené / à faire cette pratique en pluriprofessionnel, / automatiquement, euh... tu vas avoir une vision qui va être tout à fait positive parce que tout le monde va être dans le même sens.

I: oui

E2 : D'accord ? / faut savoir que ces approches -là / ont le vent en poupe en pluri-pro / hein, / ça c'est clair et net. / donc, du coup...

I : tu veux dire avec / quelles autres professions par exemple ?

E2 : alors / toutes, hein ? médecin/ médecin, orthophoniste, infirmière, euh ... /// pfff/ euh / diét/ nutritionniste, euh .../ ah oui, oui, donc, c'est vraiment pour moi toutes professions, pas plus l'une que l'autre hein..

I : ah oui, finalement, plus que kiné quoi !

E2 : /// ah /// alors euh, oui alors / euh...oui, j'y viens, j'y viens (rires). Donc en pluri-pro pour moi, quand t'exerces en pluri-pro, tu as vraiment une écoute en fait./ des autres euh.. / comme je disais/ des autres professionnels //(60)

d'accord ? Au niveau kiné, / par contre, je suis tout à fait / alors je pense effectivement, / qu'il y a encore beaucoup beaucoup beaucoup de travail à faire (rire) dans la profession / sur cette approche. /Ça oui. /Je pense. / En réunion de pairs, / effectivement, euh... / cette approche-là est toujours, / est une approche que tout le monde / valide, // que tout le monde trouve super, / mais quand tu demandes euh.. / ceux qui sont prêts / à se former à ça// alors là, là, ça carapate hein (rire) (61)

I: mmh

E2 : Alors, je te dis ça, parce que / c'est justement quelque chose qu'on a mené, nous. hein ? / euh ... avec les CPTS. hein donc je vous ferai un cours là-dessus sur l'exercice / coordonné. / et on a justement la formation ETP // on l'a menée / à travers la CPTS./ à travers tous les professionnels de santé où il y avait plusieurs kinés. / Plusieurs, en tous cas, on a balayé / Sur ce euh, je crois qu'on est, / on devait être de mémoire comme ça, 9 ou 10 kinés sur la CPTS, hein // on est trois à se former. //

I =mmh

E2 : Hein donc euh /// tu vois. euh... Sachant que les autres, / bon voilà/ étaient pas forcément euh /// étaient pas forcément motivés, c'est parce que, / c'est parce que c'est leur coordinateur qui les a poussé, parce qu'ils allaient être en MSP, et puis voilà.(62)

bon, ils ont aucun regrets, ils ont aucun regrets, mais euh, ils étaient un peu poussifs, Mais, moi c'était une vraie volonté. Donc, / effectivement, vis-à-vis des collègues, / cette écoute euh.. des kinés je parle / cette écoute-là, / dans le milieu de l'ostéo c'est pareil, / que ce soit kiné ou ostéo, c'est kif-kif, euh.. / voilà je pense que /c'est quelque chose qui est /// qui est un peu poussif. Voilà / hein, à mon sens, / mais qui a tout son sens. (63)

I : mmh. // ok, du coup/ est-ce que / est-ce que tu pourrais en dire un petit- peu plus sur l'origine de ton engagement dans cette / dans cette démarche, tu as parlé d'une / d'une vraie volonté./ mais, du coup le / , comment cela s'est / comment ça s'est fait que tu t'es engagé là-dedans ?

E2 : alors //// je note //// Alors, c'est venu en fait, de plusieurs choses, c'est venu déjà à travers mes formations, où je me suis rendu compte qu'en fait, il fallait vraiment / on avait beaucoup de formations techniques, / et que / euh // au final toutes ces formations euh .. techniques étaient bien./ mais que euh... /, en fait ça / le coté euh.. / recentré au niveau du patient / euh ... / manquait.(64)

I :mmh

E2 : Tu vois ? Et donc du coup, voilà d'autres formations, j'ai essayé en fait / tout ce qui est formation posturologie et tout ça / t'orientent vers une / une écoute qui est très différente

I : d'accord.

E2 : de ce que tu fais, / et t'ouvrent vers le pluri-pro. /(65)

I :mmh

E2 : d'accord ? / Et en t'ouvrant vers le pluri-pro, / tu vas avoir des approches très différentes./ Tu vas travailler avec les psycho, tu vas travailler avec / d'autres personnes / où tu vas devoir avoir une écoute, parce que tu vas devoir les écouter pour connaître leur parcours de soin./ Et donc, / en fait, c'est vraiment / le parcours de soin je trouve, moi qui m'a vraiment motivé / à aller vraiment dans cette écoute, (66)

I : aha

E2 : dans un premier temps/ C'est d'écouter le patient / sur son parcours de soin./ et après, tu écoutes son parcours de soin et d'emblée, il part sur son parcours de vie, en fait / et euh.. donc du coup, en parlant de ça, / tu te dis. / mais cela fait sens, en fait. et du coup, on parle / d'une activité individuelle //où tu commences à te te poser des questions techniques,(67)

/ mais tu te dis, tiens on va essayer d'écouter un peu plus, / mais t'as pas forcément les outils (68),

et puis tu te dis tiens, y a une formation qui te sensibilise, puis pof / après, tu en discutes un petit peu, / en réunion pluriprofessionnelle / tu commences à évoquer cela, / et puis tu te rends compte / que en fait, que tout le monde a cette même sensibilité, et ce même besoin, cette même nécessité. y en a qui l'ont fait, / y en a qui l'ont pas fait / et tu vois, / en réunion pluripro, où tu recentres le patient au centre parce que ça/ c'est inévitable, en réunion pluri-pro, et avec les protocoles pluri-pro, tu es obligé de recentrer le patient./(69-1)

tu vas redéfinir le parcours patient, / mais ce parcours patient, mais tu dis, mais // cela fait tout à fait sens avec ce que recherche. Donc là, / ben voilà, /tu tu tu tu vas à fond dans ça, parce que t'y crois, donc voilà. / Et je / je pense que je vais aller plus loin, / (70)

c'est que pour moi./ euh... / l'écoute active t'oriente vers le pluri-pro, et le pluri-pro t'oriente vers l'écoute active. (69-2)

I: mmh, /

E2 : Tu vois ?

I : ok.

E2 : Et / et je vais pas faire de / de stigmatisation parce que je je je / je suis pas comme ça, mais./ euh.. / effectivement, et tu te rends compte que dans cette écoute/ dans ce pluri-pro/ l'esprit pluri-pro/ il ressort vraiment chez des gens qui ont cette écoute-là, / quoi en fait. / Et quand tu revois des gens /en en/ réunion pluri-pro ou des gens que t'as jamais vus, en protocole pluri-pro, où tu vas te retrouver avec des hospitaliers / que t'as jamais vus / et qui / qui sont dans cette réflexion euh / protocolaire pluri-professionnelle. / et bien l'écoute active, elle revient / très vite/ tout de suite elle est tout de suite, toute de suite, mise en avant / dans un protocole. /tout de suite, hein.

Et euh.. donc ça, je trouve / je trouve que que ça que ça fait sens. /(71)

I: mmh, / ok.

E2 : Donc ça ça peut faire une ouverture / dans ton mémoire, hein (rire)

I : oui, oui (rire). non, c'est intéressant.

I: peut-être / une dernière euh... un dernier rebond, euh .. à un moment donné / tu as parlé "tarifs", finalement./ euh ... / et le fait que / t'étais hors convention. euh ... et que aussi tu pratiquais cette écoute active./ Enfin / est-ce que tu pourrais euh .. développer un peu plus sur le lien entre les deux, ou ...

E2 : /// oui, oui, oui.

I : est-ce que c'est un frein, est-ce que c'est / est-ce que c'est un facteur favorisant ? 'fin ..

E2 : oui, alors, /// c'est très simple. C'est que, à l'heure actuelle, le tarif / conventionné de la rééducation euh... / t'oblige à voir beaucoup de patients / pour pouvoir en fait, payer ton cabinet, et payer tes charges, / et euh.. si tu vois beaucoup de patients, tu n'as pas beaucoup de temps à leur accorder, / et euh... , et donc l'écoute active / est juste pas possible. /

I :mmh

E2 : Donc très clairement, si / la profession euh ... / veut développer l'écoute active, / il faut euh.. il faut développer un autre moyen / de rémunération. / Très clairement. /(72-1)

I :mmh

E2 : Et j'en discutais avec un remplaçant là ce midi, justement, / qui était très très très à l'écoute de / de ma façon de voir les choses, et euh / je lui disais, // tu dois pouvoir l'entendre, ou tu l'entendras peut-être après quand tu seras diplômée, mais / le monde de la rééducation est / en train de prendre un virage, hein ? sur la façon de voilà / de voir les choses / et // où du coup le monde conventionnel risque d'être mis à mal / dans notre approche / et c'est pour cela qu'il y a maintenant autant de projets qui se mettent en place, avec des projets, / où c'est plus la convention qui paye, mais c'est l'ARS qui paye avec des enveloppes, / ou des choses comme ça, que ce soit hein / le prescri-mouv / ou d'autres / ou d'autres choses comme ça / parce que / le monde de la santé, en tout cas, tout ce qui est ministériel, ARS et tout ça, / pousse, en tous cas, le monde de la kiné / à aller / vers / une rémunération qui qui / qui est différente, / à mon sens. Parce qu'au montant de la convention, / ils se rendent bien compte qu'on ne peut pas quoi. et euh.. Alors, il y a peut-être une volonté de réduire en tous cas les coûts, / c'est possible / effectivement, / et je pense que là il faut se battre et pas se laisser faire, et je suis le premier à

être actif là-dessus mais / je pense aussi que / qu'il faut toujours essayer de voir la lumière aussi au bout du tunnel, // et / ça peut être une bonne idée / une bonne occasion de revoir un peu nos pratiques / de revoir nos modes de fonctionnement et / effectivement de rentrer dans des protocoles peut-être / qui seront plus financés par / effectivement, la convention-sécu, mais qui seraient effectivement financés par l'ARS, / qui permettraient d'avoir une meilleure reconnaissance en tous cas, / du / du temps passé avec le patient /

I: mmh

E2 : par le kiné, /et qui permettrait au kiné de voir ce qu'il veut, ce qu'il peut faire, et // d'y intégrer l'écoute active.(73)

/ Parce que / je reste persuadé que si un kiné / intègre l'écoute active, il est meilleur.(74)

I : mmh.

E2 : J'en suis persuadé. // persuadé/ Donc, / en terme de tarifs, / à l'heure actuelle, / pour un kiné qui fait ça/ euh... /// ben s'il a/ un cabinet qui lui coûte pas très cher, et pis qu'il arrive à prendre / à se contenter de / d'une rémunération / ouais, euh en 7,5 /pour la demi-heure,/ et voire des fois trois quart d'heure (72-2)

parce que / on arrive rarement à une demi-heure quand t'écoute les gens, ouais trois quart d'heure//(75)

s'il arrive à se contenter de cela par rapport à son rythme de vie / ben, c'est très bien, / hein, c'est très bien/ Par contre si le kiné veut commencer à développer / à développer un peu du réentraînement à l'effort à coté de ça //, un peu s'équiper en matériel,/ c'est juste pas possible, /c'est pas possible.

I : oui

E2 : donc là/ il va être obligé d'augmenter sa fréquence de rendez-vous,/ et de réduire son temps de en tous cas son temps de auprès du patient. /Peut-être que le patient restera au cabinet la même chose, mais réduire son temps de présence.(72-3)

/Ou bien / ça c'est une solution que j'avais évoquée, ou bien / mutualiser en fait, / et faire des / des / des groupes, des groupes / où euh ... où tu regroupes en fait les patients, / et où tu pratiques, en fait, / où tes patients que tu as pu identifier sur / sur l'interrogatoire, / et tu vas les mettre / au sein des mêmes créneaux / et tu vas / tu vas pratiquer en fait, une sorte d'écoute/ d'échange / avec ces patients, qui seront / tout en travaillant sur un même objectif,/ commun / ben où tu vas pouvoir / les voir travailler eux-mêmes, de façon autonome / et les rendre autonome avec cet écoute active. / Tu vois ?

I : mmh d'accord.

E2 : Donc ça c'est un outil qui paraît très riche hein ? que j'aimerais vraiment bien ici développer. / donc c'est pas forcément euh / Il n'y a pas forcément beaucoup de kiné qui sont / qui sont euh / à l'écoute de cela. mais, euh.. y a quelqu'un, y a une kiné, qui euh.. une collègue qui m'a demandé, justement. Je trouve que ça serait très riche. Après, il faut le mettre en place / parce que / Y a des choses que tu n'as pas forcément le droit de faire, alors, il faut shunter, mais, / tu vois, y a quand même des solutions à ça. //(76)

I : ok et ben écoute, on a fait un petit peu le tour euh.. / des grands thèmes que je voulais

aborder, mais peut-être toi, il y a quelque chose que / tu trouves super important ou / qu'on aurait pas du tout abordé et que t'as envie d'ajouter...

E2 : alors mais je remets la caméra. CA sera mieux //// ah ben, non, non tu peux la laisser laisse-là toi ta camera. / C'est juste que pour conclure, je pense que c'est mieux de conclure en / en / pseudo -présentiel sauf si ça coupe de trop. euh ... Non, non, ben Pour moi, t'as euh .. voilà, je pense que tous les points y sont. / euh.. En tous cas, on pourrait j'espère en parler /

quand tu vois la durée des formations pour l'ETP, ou pour l'écoute active ou l'ETP ou autre chose qui est assez volumineux, je pense qu'on n'arriverait pas à balayer toutes les / les finesses de cette / de cette écoute. (77)

/ Euh /// non, non pour moi, c'est ok. par contre, mais j'ai plus une question à toi, / est-ce que toi, / tu as toutes les thématiques que tu voulais qu'on aborde ?

I : oui, / oui, oui. / Pour moi, on a / on a abordé l'ensemble des thèmes.//

E2 : bon ben voilà. et ben écoute, si tu es satisfaite, en tout cas, c'est très bien (sourire) c'est très bien.

Fin du cadre de l'entretien semi-directif à 53:24. (durée : 52 minutes)

L'entretien se poursuit de manière informelle :

- demande de l'envoi du futur mémoire
- question de l'interviewé sur les professionnels interviewés, sur les critères de recrutement pour le mémoire.
- proposition de nom de collègues qui pourraient être interviewés également.

## Entretien 3

26 Octobre 2020

Réponses au questionnaire de recrutement :

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Je suis kinésithérapeute libéral et je reçois régulièrement des patients douloureux chroniques.  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Je pratique l'écoute active régulièrement (plusieurs fois par semaine) depuis plus de trois ans. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | J'ai été formé(e) à l'écoute active et je pratique régulièrement depuis cette formation.         |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Je suis formateur(-trice) et j'enseigne l'écoute active dans les formations que j'assure.        |

Je suis d'accord pour participer à cette étude et être interviewé(e) dans ce cadre,

L'interviewé :

- Homme
- Tranche d'âge : 55-65 ans
- D.E. MK : 1990, vers 30 ans.
- Auparavant : ergothérapeute en psychiatrie.
- Carrière de kinésithérapeute : hospitalière, libérale, enseignement
- Spécialités kinésithérapiques : pathologies chroniques, puis pathologies extra-pyramidales.
- Aujourd'hui : activité libérale, centrée sur les pathologies extra-pyramidales et enseignement en IFMK.
- Situation du cabinet : en ville.

Conditions de l'entretien :

- en visioconférence
- pas d'interruptions extérieures de l'entretien
- relation cordiale, que j'ai ressentie comme égalitaire.

Début de l'entretien semi-directif à 1'32 de l'enregistrement, après les tests de prise de son.

Interviewer (I) : Et ben je vous propose qu'on commence sans plus, sans plus attendre. donc ma question va être à peu près, enfin très générale et puis on abordera différents thèmes sur l'écoute active. Donc, ben., euh... Si vous pouviez me parler de votre pratique d'écoute active dans le

cadre libéral avec vos patients, voilà, par quoi vous commenceriez ? euh...?

Interviewé (E3) : alors moi j'avais une question à vous poser un petit peu en préambule puisque vous l'avez pas abordé, j'aurais aimé savoir ce qui vous avait amené, vous, à faire cette démarche-là euh ... je pense que vous êtes dans le cadre d'une reconversion etc.. et que le choix euh ... de ce thème n'est pas anodin, et soit en lien soit avec votre parcours antérieur et probablement avec vos projections d'avenir, enfin j'imagine.

I : oui, oui, tout à fait, mais si vous voulez bien je répondrai à cette question à la fin de l'entretien car euh...

E3 : (rire) ok, vous cadrez, c'est bon.

I : (rire) c'est un peu la règle pour les entretiens semi-directifs,

E3 : absolument.

I : donc, là on s'intéresse vraiment à votre pratique, mais je répondrai à vos questions, tout à fait.

E3 : donc, alors je, reformulez votre question, je vous écoute

I : j'aimerais que vous me parliez tout simplement de votre pratique de l'écoute active avec vos patients dans votre cabinet libéral, comment ça se passe, pourquoi, comment ...

E3 : alors, il faudrait redéfinir, enfin faudrait définir ce qu'on entend par écoute active, parce qu'il y a /// y a beaucoup de choses qui peuvent rentrer dans ce cadre là euh.../// (1)

Moi, si vous voulez, c'est plus une attitude qu'une technique. Euh.. . y a évidemment une technique qui finalise // la visée de de// de cette démarche mais, (2)

c'est une attitude qui vient directement de mon travail antérieur en psychiatrie. (3-1)

I : mmmh

E3 : et c'était la continuité de ce que j'avais appris pendant // ces années-là et qui n'était /// pas du tout évidente et pas du tout euh.. enseignée d'une part et euh /// et pas du tout habituelle dans une démarche de soin de kinésithérapeute, où l'on était beaucoup plus axés sur la technique que sur /// la relation, même si le terme de relation, relation d'aide etc.. est arrivée ensuite, (4-1)

Ce qu'on appelle / l'écoute active au sens de, euh.. de Carl Rogers euh // n'existait pas vraiment, alors que moi dans ma pratique / psychiatrique c'était le, le, la base, vraiment la base de /// notre approche des patients (3-2)

et donc j'ai continué avec cette écoute non directive, euh /// même si les choses se sont, // au fil de l'expérience, euh.. // euh, comment dire, / affinées, dans une démarche euh, finalement très organisée, euh /// dans ma relation avec les patients. (inspiration)(5)

////

I : mmmh

E3 : Vous voulez que je détaille davantage ?

I : oui, "organisé" par exemple, qu'est-ce que vous entendez par là ?

E3 : c'est difficile à dire. Il y a euh,/// y a un postulat / de base, c'est à dire que tout est centré autour de la demande du patient // et / l'attitude / bienveillante, congruente qu'on doit avoir avec le patient est systématique, // c'est le fond, c'est la trame de fond euh.. / de notre relation. (6)  
(mon téléphone vibre)

ensuite il y a // une partie technique, très technique de kinésithérapie, mais qui prend sa place à l'intérieur de ce premier cercle / et qui / va constamment être /// guidée / par euh.. cette relation ouverte, euh... réciproque, non directive, euh... symétrique, transversale (rire) non verticale, voilà. (7)

///

I : ok, donc vous....

E3 : donc il y a une partie kinésithérapique et une partie relationnelle et le moteur de ma technique, c'est la relation et ce type / et la relation est une relation d'écoute active. (8)

I: d'accord, donc c'est l'organisation en deux cercles que vous avez mise en place /// après coup finalement.

E3 : schématiquement les choses se sont dessinées comme ça au fil du temps // et c'est devenu euh...//, depuis plus de 30 ans et c'est vraiment , c'est vraiment un fonctionnement je dirais presque intuitif maintenant.(9)

I: et du coup, j'avais ///un thème qui était / plutôt/ comment ça se passe, à quel moment ça se passe l'écoute active du patient, à quelle phase de la prise en charge // masso-kinésithérapique, // à quel moment d'une séance ? enfin, voilà.

E3 : ben, ça se passe tout le temps, dès que le patient entre, dès que le patient entre, il y a l'accueil (10-1).

Si c'est une première fois, euh... y aura l'écoute active qui concernera / ses besoins, c'est lui qui va exprimer d'abord pourquoi il est là, euh... ce qu'il vient chercher ici et ensuite, je recentrerai les choses de façon // euh pas plus directive, mais euh... en recentrant sur euh.. // la pathologie, il vient me voir pour quelle pathologie euh et il y aura / des va -et-vient entre ce que moi je vois, ce que lui // perçoit ou a envie de dire, jusqu'à ce qu'on arrive à un niveau euh //de satisfaction réciproque dans, euh, // dans l'expression lui, de sa pathologie et de ses besoins, et moi dans ma recherche clinique, // voila / et mon projet thérapeutique (11).

I : d'accord, donc la recherche clinique, le projet, c'est le /// le premier temps finalement où vous écoutez, et vous avez dit que cela se passait tout au long.

E3 : non, il y a d'abord l'écoute, quand le patient rentre, je le regarde, je l'écoute au sens large, très large, verbal, non verbal.(12)

Je le mets en situation euh... il est souvent, lui quand il arrive, surtout dans les pathologies que je traite, plutôt anxieux, donc, j'essaie de de de diminuer cette part d'anxiété au maximum et là j'utilise des tas de, /// des techniques, des tas de canaux. (13)

Et euh, // ensuite quand le climat devient plus, ///et si c'est possible, devient plus facile pour le patient, je déroule, moi, ma démarche euh... /// d'observation clinique, de raisonnement clinique et euh... d'interaction mais très centrée sur cette recherche clinique, qui me permettra d'avoir un raisonnement clinique etc... et de pouvoir projeter avec lui un projet(14).

I: ok. mais, il m'avait semblé qu'au début de l'entretien vous aviez dit, l'écoute active, c'est tout le temps ?

E3 : Tout le temps,

I : tout au long de la prise en charge en fait.

E3 : absolument, c'est un fond continu. c'est le premier cercle. J'ai appelé ça le premier cercle, je sais pas pourquoi (rire), c'est assez .(incompréhensible). Comme les poupées russes. Il y a euh /// il n'y pas de démarche clinique sans// une atmosphère, une attitude, un cadre interactif d'écoute active. (10-2)

I: tout au long du traitement aussi // pendant les traitements donc.

E3 : pendant le traitement, pendant euh, ///du premier rendez-vous, jusque, des années après, il y aura toujours // euh.. c'est le fond, le fond de notre relation, le patient le sait/ très rapidement, le comprend et c'est pour cela qu'il vient me voir, parce qu' il sait qu'il aura euh... cette écoute inconditionnelle euh.. . /// Avec moi, cela va fonctionner comme ça.(15)

I : d'accord, le patient le sait et du coup /// euh... / vous diriez quoi de la perception de de cette démarche par le patient, ou par vos collègues, ou par votre entourage, euh... ?

E3 : /// (inspiration) alors, par le patient, alors il est euh, en général, tout à fait // en recherche de ça et il est même, la plupart du temps euh...// frustré de ne pas trouver ça ailleurs chez les autres intervenants de santé, que ce soit le médecin ou les autres collègues qu'il a pu voir. A chaque / ...Enfin, souvent les patients qui manifestent cette satisfaction disent " oui, mais // avant avant, je ne pouvais aller, je ne pouvais pas tout dire, je ne pouvais pas, etc... " (16-1)

on sait que les praticiens cadrent pour des raisons de temps et puis de confort personnel leurs entretiens, leur relation avec les patients pour que euh.. ./// cela ne déborde pas// sur le temps et que cela ne déborde pas non plus sur leur propre capacité d'interagir avec le patient, donc les // les praticiens sont en général dans le contrôle avec leur / leur patient. Voilà.(17)

I : mmmh

/

I : euh, ça peut déborder, enfin, déborder dans le temps, déborder dans la relation ?

E3 : alors il y a le cadre, le cadre de la séance qui, qui /// qui limite les choses, très très / facilement. D'abord on a un cadre de temps, le cadre horaire,(18)

et puis on a un cadre de/ de/ du contrat, le patient vient pour une pathologie, il vient pour un projet particulier(19)

et moi, je vais //favoriser toutes les stratégies qui iront dans la résolution de son problème mais tenant compte de ce qu'il est lui, de ce qu'il est, de ce qu'il croit être, de ce qu'il présente / et en /en interagissant avec ce qu'il présente, c'est à-dire que ce qu'il / me présente ne va pas tomber dans l'oubli, etc... je vais le reprendre euh.. si je le trouve pertinent, pour l'amener à / avancer, à cheminer dans euh... le projet qu' on aura construit en commun. C'est pour ça que ça ne s'arrête jamais, c'est un mode de relation. Voilà. (20)

I : vous pouvez me donner un exemple euh ... ?

E3 : oui, euh.. alors je vais /// qu'est-ce que je vais dire. Sur les parkinsoniens par exemple ? Les parkinsoniens qui arrivent /// Donc ma population ce sont des syndromes parkinsoniens parkinson et des dystonies idiopathiques primaires ou secondaires. Je fais assez peu de // d'autres pathologies neurologiques et les autres pathologies / quasiment plus /du tout. (21)

Donc un patient parkinsonien va venir euh.. au premier rendez-vous avec une certaine anxiété la plupart du temps. On lui a appris son// son diagnostic il y a peu de temps et bien, je vais lui

laisser exprimer euh.. ce qu'il attend de moi, ce qu'il connaît de la maladie, et euh, à la fin de ce qu'il aura exprimé, /// je ne vais pas faire une remédiation parce que je trouve ça trop technique mais je vais lui dire, "écoutez, ce que vous venez de me traduire euh.., il en ressort que, vous avez une forte anxiété à l'annonce du diagnostic que vous // que vous venez d'avoir, je ne vous ai pas trouvé pour autant dépressif, je ne trouve pas" et lui de dire, "ah mais quand même" ou de dire "ah ben non, je ne suis pas dépressif, mais effectivement je suis très inquiet par ça" et voilà, et je vais lui dire, "vous avez un trouble de la marche qu'on a évalué, vous voyez, on a fait des tests et vous avez un trouble de l'équilibre très discret que j'ai évalué également, qu'est-ce que vous en pensez ? "euh voilà

Et tout va être dans ce type d'échange: il me dit, je vois des choses, je lui retourne, il valide ou pas etc... etc... alors des choses,..////(22)

mon interaction sera aussi euh, dirigée, par ce qu'il est en capacité / de comprendre, d'entendre, de ressentir etc...

Mes annonces seront / en fonction de euh... / de ce que je crois / qu'il peut entendre sous cette forme là, avec certains, je peux être très directif, avec d'autres ce n'est pas possible. Donc, mais c'est à moi de sentir // et de m'adapter / dans une intersubjectivité complète / au patient pour pouvoir communiquer avec lui, les informations que je veux médier avec lui. (23)

I: mmm /// ok du coup, euh .. vous avez parlé techniquement de remédiation et je ne sais pas ce que c'est, si vous pouviez...

E3 : c'est pas possible ! (rires) ///

E3 : un patient vous dit/// euh... ben c'est un petit peu ça, l'exemple que je vous ai donné, c'est un petit peu ça/// ou alors un autre exemple, je vais vous prendre un autre exemple./// Vous fabriquez un protocole d'auto-rééducation avec le patient et // vous vous apercevez qu'il ne fait pas son auto-rééducation./ et euh...vous lui demandez pourquoi il n'a pas fait sa rééducation euh entre nos deux rendez-vous hebdomadaires. Il va vous dire " ah ben j'ai pas eu le temps, j'ai mon travail / etc //.. j'ai euh..."

Il va énumérer un certain nombre de raisons / et vous allez bien sentir que ce n'est pas très pertinent, vous sentez qu'il y a un décalage entre / les éléments qu'il donne et euh ... // et le fait qu'il n'ait pas fait sa rééducation. Donc moi, je vais remédié tout ça, ça veut dire que je vais répéter en quelque sorte ce qu'il a dit. et je vais lui dire "vous avez dit tout ça, vous avez dit tout ça, alors bon, qu'est-ce que vous en pensez ? bon et alors et alors ?"

"oui ben c'est vrai, ça me gonfle un peu votre rééducation, écoutez, euh// j'ai pas envie" 'fin voilà. Ça peut être ça, bon ..////////

Tout peut-être remédié /, il faut juste que ça apparaisse pertinent au kinésithérapeute. Voilà.

I: ok. // donc c'est, oui, c'est apporter un remède à...////

E3 : C'est pas un remède, c'est euh ////////// c'est être en capacité // de faire prendre conscience / au patient / qu'il agit // d'une façon euh.. qui n'est pas authentique, qui n'est pas euh.., qui ne reflète pas la réalité / de ses agissements profonds.

I : d'accord.

E : qu'il se raconte une histoire /

I: ok

E3 : et qu'on n'est pas dupe de cette histoire. //

I: d'accord.

E3 : on ne le traite pas de menteur, c'est pas le sujet, mais il se raconte une histoire qui n'est pas la réalité, et si on suit cette histoire, on va pas aller bien loin, quoi,

I: ok.

E3 : ou plutôt on va aller nulle part.(24)

I: euh.. du coup, est-ce que vous pouvez me parler de ce que vous attendez de l'écoute active dans la prise en charge kiné.

E3 : ah ben c'est simple, c'est ce que je viens d'évoquer finalement, c'est euh ... une fluidité dans la relation,

I : mmmh

E3 : une /// via la confiance qui sera construite par cette relation,euh.. les résistances que peuvent mettre/ comme dans l'exemple que je viens de citer, les résistances / que peuvent développer les patients vont s'estomper // plus facilement (25-1)

et euh.. on va gagner un temps considérable, on va gagner du temps et on va gagner du confort de travail.

I : Et pourtant tout à l'heure vous évoquiez la raison du temps pour ne pas mettre en oeuvre l'écoute active de la part de confrères, et là vous dites que vous gagniez du temps. (26)

E3 : absolument. oui, oui, absolument. Mais je pense que les gens ne sont pas très / très à l'aise avec ce ce /// , enfin certains, je ne veux pas généraliser, j'ai quand même l'impression que la majorité de mes confrères / et les médecins aussi avec qui je travaille, /// parce que je suis en étroite relation, et lorsque j'étais à l'hôpital, je travaillais avec, euh... en équipe hein, avec les neurologues, et /// les gens en prennent pas le temps d'avoir / cette écoute-là dans toutes ces dimensions, c'est-à-dire on laisse un temps au patient // qui est généralement très court, mais euh /// si le patient dit des choses qui vont entraîner trop loin euh, le euh... , le soignant et ben il va arrêter les choses. Il y aura un cadrage très strict euh ... à euh /// ce qui apparaît / ce qui doit être objectivé. (27)

I: d'accord et du coup, vous, dans le temps d'une séance, comment vous gérez ça ?

E3 : et bien, je vous citais l'exemple de / du premier patient// maintenant, si c'est un patient vient depuis longtemps// il peut y a voir, euh,/// rien de très spécifique dans / , le patient vient faire ses exercices, les exercices sont / puisque c'est un patient qui vient par exemple depuis longtemps, les exercices sont assez formalisés, et y a pas de ,euh.. , il y a /// un climat agréable entre nous, y a rien de, y a une espèce d'écoute latente de ma part, et si rien ne vient, bon ben, rien de vient. (28)

/ Et puis, euh / je peux estimer que le patient euh / a des choses à dire parce qu'il me semble qu'il a un comportement qui n'est pas tout à fait comme d'habitude et je peux interagir pour faire venir des éléments, "il me semble que ...bon /// je vous trouve euh..., vous êtes bien silencieux

aujourd'hui ou alors vous m'avez l'air bien fatigué.." ou je peux prendre un point d'actualité ou je peux prendre une conversation que nous avons déjà eu, et je rentre en relation avec un biais quelconque et je vois ce qui /// je vois ce qui va venir. Et // peut-être rien. (29)

Mais ça va peut-être être le fil qui va permettre de dérouler, d'expliquer un comportement de retrait ou un comportement [audio incompréhensible]. (30)

Je suis dans une écoute active de ce que va / montrer, // c'est-à-dire, ce n'est plus une écoute verbale, ça peut-être une écoute corporelle, une écoute euh, je suis attentif à, //(31)

I : mmh

E3 : donc c'est tout le temps, je suis là pendant la demi-heure avec mon patient, à, à voir ce qui se passe, ou pas.

I : mmh, et ..

E3 : c'est aussi une attention un peu flottante (rire) (32)

////

I : ok, et du coup en terme de résultats euh, sur la / sur la prise en charge en positif ou en négatif, sur la prise en charge qu'est-ce que vous diriez de cela, de cette attitude, de cette méthode / pour la rééducation.

//

E3 : Alors je pourrai d'abord dire à qui ça convient, à qui cela ne convient pas, // je crois que cela convient à 99% des patients euh... ///alors pourquoi cela ne conviendrait pas euh/// alors j'ai un patient, alors, j'ai mon 1% là, je l'ai en tête. (16-2)

I: (rire)

E3 : j'ai un patient/ ah oui, c'est même un bon exemple. // alors il me téléphone la prise de rendez-vous, il a un torticolis spasmodique et depuis plusieurs années, il a été traité par les meilleurs spécialistes et / on me l'adresse, et il me dit, "Ecoutez, je suis absolument convaincu que vous ne pouvez strictement rien pour moi et euh ... je vous appelle parce que le médecin m'a dit de vous appeler" alors j'éclate de rire, et je lui dit "vous êtes la plus mauvaise indication pour euh/ prendre rendez-vous avec moi, vous savez ? ", il me dit , "j'en sais rien" voilà et puis / j'aurais pu, euh ... lui dire, ne pas le prendre, j'aurais pu lui dire "puisque vous êtes convaincu que je ne peux rien pour vous, je ne vois pas très bien ce que je vais faire pour vous, puisque les choses sont déjà euh.. décidées de votre coté" et ben non, je lui donne un rendez-vous. Et euh... ///je vois un monsieur très particulier, je vois un monsieur / qui a /// un comportement très très très défensif, très obsessionnel, très / très compliqué // et donc // qui ne se livre absolument pas. et /// Ben, je fais quand même de l'écoute active. / C'est-à-dire, il va sans arrêt me dire que / qu'on ne peut rien pour lui, que rien n'a marché etc.. , que rien ne va, que de toute façon, tout est foutu euh.... (33)

Et au fil du temps des mois et des années, parce que cela fait des années maintenant, il a toujours le même discours, mais il vient toujours aux séances et il me dit que je fais un travail extraordinaire, extraordinaire, que (34-1)

je suis le premier à avoir réussi // à le soulager, alors que techniquement j'ai, je fais vraiment très très peu de choses et j'en fais certainement beaucoup moins que tout ce qui avait été essayé

<p>avant, et qu'il m'a dit que euh ...ça n'avait pas abouti quoi, donc voilà., donc je l'écoute, (4-2)</p> <p>quelque fois il ne dit rien, il se plaint souvent, on parle de choses et d'autres, de ce qui le préoccupe lui, cela n'a rien à voir avec son torticolis./ je n'ai pas le droit de le toucher, quand je le touche cela ne va pas du tout, alors au début c'était cela, maintenant, je le touche beaucoup plus facilement euh. /// et euh/// et voilà... donc, c'est vraiment le 1% pour qui l'écoute active ne devrait pas marcher, quoi. (34-2)</p>
<p>I: ah ben, vous dites quand même que cela marche !</p> <p>E3 : et mais ça marche quand même, ça marche quand même.</p> <p>I: et du coup on a un résultat dans le dans/// dans le // dans l'acceptation du traitement par le patient ?</p> <p>E3 : oui ...(dubitatif) //// il accepte de venir, / il accepte de s'occuper de lui, / il accepte d'aller un peu plus loin que ce qu'il avait fait et j'ai pu l'orienter sur d'autres médecins euh injecteurs, puisque ça marche avec de la toxine botulique, puisque les premiers n'avaient pas été satisfaisants, donc je l'ai orienté, ça s'est très bien passé. // (35)</p>
<p>mais bon, cela ne s'empêche pas de dire qu'après m'avoir vu, ça a été la pire séance de sa vie, donc</p> <p>on est toujours dans des relations euh ... totalement, euh..///// totalement quoi? totalement anormales, quoi, totalement euh... // pas conflictuelles du tout, puisque euh.. puisqu'il apprécie énormément ce qu'on fait, mais il n'y a aucune // aucune ouverture, aucune / aucun retour gratifiant, spontané / direct, je l'ai de façon indirecte. bon voilà. (36)</p>
<p>Donc, c'est grâce à l'écoute active que j'ai pu finalement obtenir ces résultats-là. Si j'avais voulu rester dans une objectivité totale et bien je ne l'aurais pas pris. Si je l'aurais pris et bien j'aurais fait un travail très cadré du type de celui qu'il avait eu et qui n'a pas fonctionné.</p> <p>Donc j'ai choisi de faire quelque chose de tout à fait différent / qui m'a semblé plus pertinent. voilà, donc c'est un exemple. (37)</p>
<p>I : Et du coup, pour les patients avec qui c'est censé marcher, les résultats euh.. /// ils sont de quel type ?</p> <p>E3 : et bien il y a une adhésion au projet thérapeutique, il y a une alliance thérapeutique forte, il y a une relation thérapeutique qui marche bien, (38-1)</p>
<p>il me font une confiance euh .. importante, ils savent que je peux euh, // je peux tout entendre, euh... //// sur leur problématique / ou autre chose, euh... voilà. Ils savent que je ne vais pas euh... /// ils savent que je vais tenir mon rôle / sans le dépasser, mais jusqu'au bout. //// voilà. //(25-2)</p>
<p>I : ok, et par rapport au traitement MK particulier au traitement euh.. ?</p> <p>E3 : ah ben, le traitement MK c'est de la technique, c'est pas /// donc le traitement MK sera d'autant mieux accepté qu'ils en auront compris la nécessité, qu'ils en auront compris et accepté les éventuelles contraintes comme l'auto-rééducation etc .. . Mais pour qu'ils puissent accepter des choses contraignantes, euh.. ben il faut qu'ils aient confiance dans la personne qui les contraint. Donc c'est une auto-contrainte acceptée, c'est / c'est pas autre chose quoi.(38-2)</p>
<p>I : ok, donc, on a un peu abordé le thème du choix de la mise en oeuvre de l'écoute active puisque vous m'avez dit, ben que pour vous c'était comme un réflexe.</p>

Ma question, elle est par rapport à vous-même, à votre état, à l'instant présent, est-ce qu'il y a des moments où/// c'est moins facile peut-être ou ... ?

E3 : Ben, y a des moments // ma disponibilité par rapport à cette écoute ?

I : oui

E3 : Bien sûr il y a des moments où je suis moins disponible que d'autres, des moments où je suis fatigué, ou je suis certainement moins réceptif, absolument.(39)

I : et du coup, est-ce qu'il y a // est-ce qu'il y a des conditions de mise en oeuvre particulière?// et peut-être des moments où ça ne passe pas ? //

E3 : oui, il y a des moments où cela ne se passe pas.

I : et à ce moment, qu'est-ce qui se passe quand cela ne se passe pas ?

E3 : et bien c'est le reste qui se déroule, c'est pas grave, c'est la séance qui va se dérouler. Il y a des moments où le patient lui-même / n'a pas envie d'être dans l'interactivité, il préfère rester un peu technique, ou sur des banalités. Le niveau de profondeur de notre relation va être très fluctuant en fonction de ce que l'on met l'un et l'autre en capacité et en besoin de de de travailler, ça va dépendre, comme dans toute relation,(40-1)

enfin ça va / on ne peut pas être / dans de l'écoute active à 100%, 10 heures par jour, euh... , c'est impossible, personne ne sait faire ça. Aucun psy ne sait faire ça. (41)

On est dans une /// c'est en fonction des éléments, il faut qu'il y ait une // une interactivité, / faut qu'il y ait une stimulation, une sollicitation par l'autre, c'est / profondément humain comme mode de relation, c'est comme dans toute situation humaine. (40-2)

I : mmm. // et du coup euh euh on reviendra peut-être sur /// peut-être maintenant, sur l'origine de votre engagement dans cette démarche/

///

E3 : je ne sais pas si c'est un engagement, c'est euh... enfin si, vous avez raison, c'est un engagement. C'est un engagement / et alors euh, l'origine, // je ne peux pas faire autrement, si vous voulez, c'est devenu un peu comme ça. C'est euh... Je pense que c'est venu de tout tout mon parcours, j'ai travaillé plusieurs années en psychiatrie comme je vous l'ai dit, euh.. et quand vous avez vingt ans et que vous abordez, sans beaucoup de formation la maladie mentale, euh ... vous êtes // un peu bousculé dans ce que vous étiez jusque là. donc vous apprenez que ///l'objectivité euh ... dans la transaction interhumaine, c'est pas grand chose, que la transaction dans la relation elle est énormément subjective, elle se joue à bien d'autres niveaux. (42)

Alors ensuite, j'ai fait des formations qui m'ont amené à creuser tout ce questionnement, bien sûr,///

et puis c'est au fil des rencontres avec // les différents lieux de travail que j'ai /// que j'ai creusé ces interrogations-là. Ensuite j'ai fait, qu'est-ce que j'ai pu faire... j'ai une forma.. / J'ai fait un master en science de l'éducation il y a une quinzaine d'année, on a repris un peu ces thématiques-là, à travers des modèles théoriques que vous connaissez peut-être, et euh... c'était /// une / une façon de relancer / sur un mode théorique, (43)

et puis euh /// et puis ensuite, je me suis vraiment spécialisé dans l'extra-pyramidal euh... // alors j'ai fait, justement, euh... // comment dire, /

j'ai travaillé à l'hôpital Lariboisière dans un centre national de référence Maladies rares, et là ce n'était absolument plus euh.. de l'écoute active, encore que, c'était // c'était des neurosciences de haut niveau // très techniques //// mais euh ... // avec des patients très particuliers puisqu'ils avaient des syndromes extra-pyramidaux et là, encore, au milieu de cette haute technologie, // enfin, haute technologie, / haute scientificité, il était / indispensable d'avoir une place / avec une certaine écoute, parce que les patients étaient très particuliers.(4-3)

euh...// et / mes collègues neurologues / eux-mêmes étaient obligés, de réserver à ce moment-là des temps d'écoute un peu particuliers. Même si ce n'était pas le fond de leur activité, ils étaient obligés de se faire un peu violence, lors des consultations pour déborder et avoir cette écoute-là. //(44)

Bon, et puis mon engagement là-dedans, // pour être tout à fait sincère, c'est parce que c'est absolument gratifiant de fonctionner comme ça. (45-1)

C'est à-dire, on lève beaucoup de verrous dans la relation, en étant direct, en étant à un niveau //// un petit peu premier de la relation, c'est-à-dire ne pas être/ ne pas se dissimuler derrière une posture, c'est beaucoup plus facile / pour interagir avec quelqu'un , que de se dissimuler derrière une blouse blanche etc. (46).

donc voilà et le retour de mes patients / fait que c'est beaucoup quand même beaucoup plus gratifiant que de travailler autrement, pour moi,(45-2)

voilà, cela correspond à un fonctionnement authentique chez moi, bon, voilà. Et avec les étudiants je ne fais pas autrement non plus. Voilà. (47)

I : ok. et du coup, ce serait quoi votre vision de l'avenir // de cette attitude / de cette technique chez les MK ?

//

E3 : alors, euh //// je pense euh, je pense qu'il faut l'enseigner dans les MK. Quand je fais la relation thérapeutique, j'en parle. // Là, à la rentrée, je vais faire un nouveau module sur la relaxation (? relation?) psychothérapeutique ,ça va être une façon d'amorcer ce registre-là. Moi je pense, j'ai été dans plusieurs IFMK et les, les étudiants qui sont sensibilisés à cette écoute très tôt / sont des étudiants beaucoup plus //// euh, //// beaucoup plus armés pour prendre en charge des patients. euh.../////(48)

Les plus / les moins armés, ce sont ceux qui font preuve / d'une haute technicité, / ou d'une scientificité choisie / parce que // plus valorisante à leurs yeux. / Autrement dit, un kinésithérapeute a besoin d'une technique, surtout s'il est spécialisé, il a besoin de connaissance scientifique, surtout encore une fois, s'il est spécialisé, mais s'il n'est pas en capacité de rentrer en relation avec un patient / de façon / très interactive, sur le mode de l'écoute active, et bien il va lui manquer quelque-chose. (49)

Et si on reprend l'evidence based practice qu'on / qui est la norme aujourd'hui, et bien, vous ne pouvez pas / parler / de relations avec le patient, d'écoute du patient, de savoir quelles sont ses croyances etc.. si vous êtes pas dans une écoute active, ça me paraît / ça me paraît difficile, quoi .(50)

I : ok vous avez parlé des étudiants et les autres MK ? ceux qui sont en exercice depuis des années?

E3 : alors j'ai assez peu de relations, enfin à part mes amis (rire) avec les autres MK. enfin si, enfin, ceux que je vois, // ceux que je voyais dans les congrès surtout euh.. , ceux que je peux voir, /// je sais pas trop, /// je crois qu'ils privilégient beaucoup la technique, euh /// maintenant, ils ont // ils ont nécessairement une bonne relation avec leurs patients, si vous voulez, on ne peut pas travailler si on n'a pas une bonne relation avec ses patients. Maintenant, est-ce qu'il font de l'écoute active, jusqu'où ils vont, jusqu'où ils s'engagent dans leur relation ? je sais pas trop.(51)

Ça dépend, c'est tout à fait individuel, c'est, euh.. / je crois que cela dépend de chaque praticien. // Mais si j'ai le retour de // et je peux l'avoir avec mes patients, // mes patients me disent que la plupart des kinés qu'ils ont vu avant, / quand ça ne marchait pas, c'était / à cause de ça, c'est -à-dire qu'il y avait pas, / y avait pas cette relation, ils n'arrivaient pas à exprimer, et quand ils changent de praticiens, de médecins, c'est souvent aussi ça, c'est qu' ils n'arrivaient pas à exprimer, ils n'arrivent pas à leur dire ce qu'ils avaient à leur dire. //(52)

I : et en terme de pathologie, parce que vous êtes spécialisé dans les syndromes extrapyramidaux, / et est-ce que vous pensez que c'est une démarche qui est plus ou moins adaptée à certaines pathologies ou // ou pas ?

E3 : ah ben euh, c'est certainement euh // plus adapté aux pathologies chroniques euh ... // que /// aux soins qu'on peut traiter / en / en réanimation par exemple (léger rire) c'est quand même un peu différent. euh/// C'est très différent aussi // quand vous réduquez un poignet ou une entorse de cheville, / c'est-à-dire un trauma aigu avec une durée de prise en charge très courte / (53)

alors évidemment il faut / de l'intersubjectivité, il faut connaître le projet du patient, évidemment, mais le niveau d'introspection réciproque , on va dire ça comme ça, sera beaucoup plus léger que // quand vous suivez quelqu'un pendant 20 ans.//

I : mmh

E3 : voilà c'est quand même pas la même chose du tout.

I : à cause du temps. à cause du temps de prise en charge. C'est pas la même chose d'interagir avec quelqu'un pendant, euh... pendant 10 séances ou pendant 10 ans, euh .../// enfin j'espère (rire) j'espère. //(54)

I : Et du coup, vous pensez que la posture au départ, d'écoute, elle peut pas être la même ?

E3 : // ah, je pense que c'est la même.. // le dispositif est le même // mais ce sera probablement pas la // même profondeur, euh / comment dire, la même / complicité que vous aurez, c'est pas possible. Quand un patient vous a raconté sa vie sur 10 ans, 20 ans, ou même sur une année, c'est pas du tout la même chose, le patient ne se livrera pas de la même façon en quelques séances.

lui, le patient sportif qui vient pour une entorse de cheville,euh.. il vous racontera ses .. il vous racontera, quoi, il vous racontera pas grand chose, (rire), il vous racontera / il vous demandera surtout que ça aille vite. voilà. (55)

//////////

I: ok.

E3 : les enjeux ne sont pas les mêmes, c'est normal, la relation n'est pas la même, la relation est calée en fonction des enjeux qui se jouent dans la relation.

///

I : ok, et pour autant pour un patient sportif, euh ... je reprends le patient extrême, on ne peut pas parler d'écoute active ?

E3 : ah ben si, je pense qu'on peut parler d'écoute active, lors si vous avez un sportif de haut niveau //

et bien, un sportif qui investit énormément, tout dépend de l'investissement que le patient aura dans le traumatisme, dans sa guérison, s'il y a une forte attente parce qu'un enjeu très important, évidemment qu'il y aura de l'écoute active à ce moment-là. c'est c'est / bon.

Je pensais à une entorse de cheville, à un collégien qui s'est tordu la cheville en trottinette, euh.. bon ben voilà, quoi, (rire) vous n'aurez pas / vous aurez pas la même chose que si vous rééduquez /// par exemple un sportif de haut niveau euh ... qui euh /// qui doit récupérer absolument, qui a des attentes // parfois disproportionnées, où il va falloir réguler / ses attentes, ses objectifs / bien sûr qu'il y a ça / chez les sportifs. Ça dépend, à la fois de la durée dans la relation, du niveau / de l'attente du patient, ça dépend du contexte.

///

I : oui, donc finalement, le / c'est le niveau d'attente du patient // qui détermine.

E3 : C'est le contexte, c'est le contexte, mais c'est effectivement le niveau d'attente du patient qui va déterminer, puisque vous vous interagissez / en fonction / de la demande du patient, enfin, vous.. voilà. Si le patient ne demande rien, ou si le patient ne manifeste pas grand-chose, votre écoute active, ben vous / vous n'aurez rien, vous n'aurez pas grand chose. Voilà. (56)

I : ok

E3 : et c'est très certainement, / alors Rogers, Rogers disait quelque chose, (58)

il disait que c'était le niveau d'anxiété qui déterminait finalement euh // les conditions d'une accroche psychothérapique, et bien, là, on n'est pas dans une démarche psychothérapique, encore que, on utilise les mêmes outils, mais euh //// enfin, // l'écoute active peut mener à une médiation psycho-corporelle de toute façon. mais là, dans un cadre kinésithérapique strict, //c'est // c'est la demande du patient, donc son niveau d'anxiété qui va déterminer l'implication que vous mettez dans la relation. (57)

I: mmh, ok, ok.

E3 : A mon sens, à mon sens. //

I : ok /// ok.

////

I : euh, ben écoutez je vous remercie, pour ma part, on a fait le tour de l'ensemble des thèmes que j'avais identifiés pour euh, pour cet entretien. Mais peut-être de votre côté, il y a des choses / qui vous semblent importantes et que vous n'avez pas eu l'occasion de dire / dans notre

échange. Donc euh..

///

E3 : non, je crois qu'on a euh.. que vous avez bien ciblé // la question euh //////////////// non je vois pas grand chose à rajouter////////////////////

I : ok////

E3 : à moins de déborder largement du cadre (rires).

Fin du cadre de l'entretien semi-directif à 41:15.

L'échange se poursuit informellement :

- Présentation de l'origine du choix de mon sujet d'étude par rapport à mon parcours professionnel.
- Nouvel échange sur l'écoute active
- Demande d'envoi du mémoire
- Recommandation de collègues pour d'autres entretiens

## Entretien 4

28 Octobre 2020

Réponses au questionnaire de recrutement :

- |   |  |
|---|--|
| X | Je suis kinésithérapeute libéral et je reçois régulièrement des patients douloureux chroniques.  |
| X | Je pratique l'écoute active régulièrement (plusieurs fois par semaine) depuis plus de trois ans. |
| X | J'ai été formé(e) à l'écoute active et je pratique régulièrement depuis cette formation.         |
| X | Je suis formateur(-trice) et j'enseigne l'écoute active dans les formations que j'assure.        |

X	Je suis d'accord pour participer à cette étude et être interviewé(e) dans ce cadre,
---	---

L'interviewé :

- Homme
- Tranche d'âge : 35- 45 ans
- D.E. MK : 2001
- Carrière de kinésithérapeute : centre de rééducation en neurologie, kiné du sport
- Spécialité kinésithérapique actuelle : (depuis une dizaine d'années) pathologie et douleur chroniques
- Formations spécifiques : Mézières, Busquet, kiné du sport, TCC et communication
- Aujourd'hui : exercice en cabinet libéral spécialisé sur la douleur chronique, enseignement en organisme de formation continue.
- Situation du cabinet : en ville.

Conditions de l'entretien :

- en visioconférence
- une stagiaire kiné en 3ième année assiste à l'entretien dans le cabinet de l'interviewé.
- pas d'interruptions extérieures de l'entretien
- relation cordiale,

Début de l'entretien semi-directif à 2'10 de l'enregistrement, après les tests de prise de son.

Interviewer (I) : donc j'aimerais que vous me parliez de votre pratique / donc de l'écoute active / euh .. avec vos patients en cabinets libéraux. // pourquoi ? comment ? euh ...
--

E4 : alors, de l'écoute active en règle générale ?
I : oui.//
E4 : ok // euh .../ ouais. (rires) Alors déjà, / je pensais que ça allait être plus précis, parce que / moi, je voyais, écoute active, écoute empathique, écoute voilà / donc comment classifier l'ensemble ?,(1) mais euh ...
I: vous pouvez me donner votre définition, en fait si vous voulez, hein?
E4 : ouais, /pour moi le / l'écoute devrait être / devrait suffire, finalement, quoiqu'on dise, empathique ou active, /(2)
l'écoute c'est quelque chose qui se travaille // euh.. / Et je pense que / actuellement, / alors là en plus, bon, je viens de finir deux jours de formations qui m'ont un peu irrité par rapport à ça / (3)
mais je pense que / quand on est kiné, on a / peut-être été formé / à euh ... / absolument soigner les gens / et à avoir une posture de / thérapeute face à un patient / et donc, une posture assez verticale "je suis au -dessus du patient" /(4)
et que la plupart du temps, / on est persuadé que / les infos que l'on va chercher / sont les bonnes infos, // et que donc, / ce que va dire le patient n'aura que peu d'influence sur ce que je vais faire de toute façon, / donc finalement l'écoute / est // secondaire, ou /peut-être pas indispensable /(5)
ou en tout cas, / elle est importante éventuellement pour créer de l'alliance thérapeutique, / mais je pense qu'au delà de ça / je ne pense pas que l'écoute soit vue comme quelque chose d'important / au delà de créer de l'alliance. /(6)
Elle n'est pas vue d'une façon euh.. / ok si je laisse parler le patient, il va me dire des choses importantes sur lesquelles sûrement, je n'aurais pas mis l'accent, je ne me serai même pas aperçu de certaines choses / (inspiration) et euh..(7).
/ Et donc du coup cette écoute, / elle est/ elle est indispensable. / pour moi. // Voilà. / Si on / si on n'écoute pas le patient c'est compliqué.
I: d'accord, qu'est-ce que...
E4 : déjà / c'est compliqué de créer de l'alliance, ça / c'est sûr et ça je pense que globalement les gens en ont conscience / et surtout compliqué de ne pas passer à coté de choses, si on ne le fait pas. ///
I: ok, donc, l'alliance, et ce que vous évoquez: pas passez à coté de choses, / est-ce que ça renvoie à l'anamnèse ?
E4 : ouais.// (8)
I : ok//// Est-ce qu'il y a d'autres apports / pour vous / de cette pratique ? ///
E4 : euh ... d'autres apports ?/// euh ... / Alors là, comme ça, // euh.. / ben ça me paraît déjà énorme, en fait./ ça me paraît déjà énorme. / euh ... Cette notion / d'horizontalité, en fait, cette posture euh ... // cette posture euh ... / où on est / à coté du patient, on n'est pas au dessus du patient, (9)
I :mmh
E4 : c'est d'jà fondamental.// euh .. Ensuite le / ça nous apporte des éléments / clairement qu'on n'aurait pas eus./ et euh ... / et puis ça renforce l'alliance / et puis ça permet au patient / de se

rendre compte que / beaucoup plus facilement / que les solutions peuvent venir de lui. // Donc euh... /, et on sait actuellement que / si on veut / que le patient quitte ses douleurs chroniques, que le patient / s'en sorte, que le patient avance, / il y a cette notion d' empowerment / qui est capitale / et comment / comment / comment euh... comment y arriver / euh, ben si on ne passe pas par l'écoute ? voilà. si / c'est clairement pas possible.//(10)

I : ok. Et du coup, donc, vous dites ... / pour l'engagement du patient. euh.../ qu'est-ce qu'il perçoit de cette démarche, enfin, comment il la perçoit cette démarche, le patient ?

E4 : / je ne sais pas s'il / je sais pas s'il la /perçoit toujours, / le patient, en fait, il perçoit qu'il est écouté. /

I : mmh

E4 : Clairement,/ ouais / il perçoit qu'il est écouté. / Et euh... alors moi qui bosse avec la douleur chronique en plus,/ plus la douleur est chronique, plus / les gens vont voir des spécialistes, /et plus ils vont voir des spécialistes, plus ils ont une relation verticale / avec les / les praticiens. /Ils vont voir des grands experts /et puis ils ont des relations très verticales avec des fois 4 ou 5 personnes dans la salle / et les consultations durent de moins en moins longtemps / et avec euh... finalement ben / "Soit je peux rien pour vous", soit "ben, prenez- ça ça ira mieux "euh ... /

Donc, le patient d'un seul coup, quand il vient / moi, au cabinet, la première chose / qu'il me dit, / c'est / euh "Ah ben au moins vous m'avez écouté". / C'est souvent ça qui vient /(11)

et euh... / souvent il est rassuré, / parce que mon discours est rassurant, / mais je pense aussi, / simplement le fait qu'il ait pu s'exprimer longtemps sur toutes ses problématiques,/ ben, ça vide un petit peu le euh.. // tous les problèmes qu'il a. / Ça décharge émotionnellement, ça / voilà /et c'est rassurant tout ça.//(12)

I : et en terme de / de résultats, / comment vous percevez euh...

E4 : // ben ils sont exceptionnels, hein// non j'déconne.// (rires)

I : (rires) en quoi vous avez des résultats ?

E4 : la réponse à cette question, c'est compliqué, parce que / comment ça se serait passé, si c'était quelqu'un d'autre qui avait pris en charge ces patients ? /

I : mmh

E4 : Moi j'ai l'impression qu'en faisant comme ça, on optimise / au maximum les chances de réussite. euh... /

I : c'est-à-dire la diminution de la douleur ?

E4 : /// alors redis-moi ça parce que ça a .. /

I : c'est-à-dire la diminution de réussite ? les chances de réussite, réussite : c'est la diminution de la douleur ? //

E4 : non / alors en l'occurrence pour moi, / c'est surtout, savoir ce qu'ils peuvent faire / ce qu'ils peuvent faire / ce qu'ils ne faisaient plus,/ c'est plus / plus ça qui compte. (13)

Après, / même quand on a de la douleur chronique, / on peut avoir largement une baisse de la douleur.

I :mmh

E4 : Après le problème / ce serait d'en faire un objectif principal / mais euh... / mais c'est quand même possible. (14)

/ Mais après, est-ce que les résultats sont meilleurs que ceux que feraient d'autres praticiens ?//Ça c'est toujours délicat/ Chacun travaille de son côté, en fait / et il faudrait que les patients aient exactement les mêmes pathologies, / que ce soit de vrais jumeaux et qu'ils soient pris par deux praticiens différents. / Globalement on se dit / quand on regarde les études, que ça a l'air intéressant mais / je pourrais être jamais être sûr de / de faire / de faire mieux qu'un autre //.

I : mmh /// mais vous, votre appréciation des résultats ?

E4 : ben, hum ! / difficile, /ben moi je peux vous dire que les gens ont l'air content / et encore, c'est l'interprétation que j'en fais./ Y en a qui reviennent pas./ est-ce qu'ils reviennent pas parce qu'ils étaient pas contents, / ou est ce qu'ils reviennent pas parce qu'ils ont autre chose à faire, / parce que // donc ça // si je veux être objectif, /clairement, je peux pas savoir. // Je peux pas savoir si je fais mieux que celui qui fait massage-chaud-électro. / Parce que ça les gens sont contents aussi. (15-1)

I : mmh. Et votre intuition ?

E4 : mon intuition, elle me dit euh... si je le fais, c'est parce que je pense que c'est mieux. / Mais euh..

clairement, ça reste juste euh... du /quelque chose qui respecte un petit peu la littérature scientifique./

I : mmh

E4 : // parce qu'on nous dit effectivement./ il faut créer une alliance, que / que euh... / que si on /dit les choses au patient, qu' on lui dit de faire ci, de faire ça, et ben / derrière de toute façon le patient, il les fait pas et pis en plus on l'a pas autonomisé donc, / globalement j'ai tendance à aller vers / ce que me dit la littérature scientifique, donc c'est / déjà, / un signe plutôt intéressant. (16)

/Après, le fait d'écouter le patient, / et d'avoir une relation assez / assez égale, /c'est sûr que c'est plutôt bon signe aussi. / euh.... /// Mais bon, / ouais, c'est euh... / c'est euh.. // Y a pas vraiment moyen de le savoir, quoi, / va falloir un paquet d'études très très précises qui pourraient dire ça/ et puis bon, / non, ça me paraît compliqué. / (15-2)

En tous cas, voilà, moi je suis bien / quand je fais ça, / moi j'ai l'impression que je fais des choses intéressantes et que j'aide les gens./ Et c'est pour ça que je continue à faire comme ça./ Ce que j'ai pas eu / l'impression de faire pendant quelques années quand même./ Je suis passé à la douleur chronique quand // quand à un moment donné, je me disais, ben en fait, les entorses récupèrent toutes seules, / les fractures récupèrent toutes seules, / les lombalgies / récupèrent toutes seules

I : (rire)

E4 : les lombalgies aiguës récupèrent toutes seules. /euh.. à part./ ce qui m'a éclaté pendant les premières années, aussi, faire de la neuro, / j'ai travaillé dans les centres de neuro, avec des para, des tétra, des traumatisés crâniens et euh, là, on se dit, ok, là on est utile / euh, / à part ça

la question c'est "est-ce qu'on est vraiment utile ? "

Est-ce que finalement, on n'est pas juste là pour euh./ pour surveiller et éventuellement, au mieux, faire en sorte d'aller un tout petit peu plus vite que ce qui était prévu par l'organisme, voilà. / Là, / dans la douleur chronique, globalement les gens, ils ont mal depuis dix ans, / S'ils ont mal / S'ils ont plus mal ou s'ils font plus de choses / après 1 mois et demi de séance a priori, c'est que, quand même, c'est les 1 mois et demi de séances qui ont été utiles. / donc / je me rassure un peu en disant, bon, voilà, / si les gens vont mieux alors qu'ils avaient mal depuis 2 ans, c'est que j'ai été utile. Voilà, ça me paraît un moyen un peu plus objectif de pouvoir répondre. //(17)

I : ok, / euh .. et du coup, mm // un de mes thèmes ça serait aussi: comment ça se passe ? c'est-à-dire, / comment vous le mettez en oeuvre ? à quoi / vous êtes attentif ? est-ce qu'il y a des moments particuliers ? est-ce que ...

E4 : je suis attentif, à beaucoup / à / énormément d'effets contextuels.// Ça j'y fait très attention. //(18)

Quand le patient appelle./ je fais attention à ma messagerie, // à / ce que je mets sur ma messagerie, / je mets euh... / je fais attention à ce que ce soit bien précisé que je m'occupe que de la douleur chronique/ donc ceux qui ne / n'ont pas ça / ne répondent pas, et pour ceux qui / ont ça, se sentent déjà très concernés. / Après, j'ai un biais, parce que quand les gens viennent, ils viennent pour moi parce que je suis spécialiste de la douleur chronique, donc ça me rajoute un effet qui est quand même très positif./ Euh..(23-1)

Les gens ensuite, quand ils appellent / j'essaie, après j'galère, mais quand je les rappelle, je prends du temps pour les écouter au téléphone.

I : au téléphone ?

E4 : Oui, au téléphone déjà. / (19)

Dans la salle d'attente, Je leur donne un questionnaire, pour leur dire que ça me permettra d'être encore plus précis dans le bilan. (20-1)

/Dans la salle d'attente, y a / elle est petite, / mais il y a une télé avec des vidéos // sur ce que c'est que la douleur et tout ça.// (21) euh..

J'essaie de faire attention à ce que le cabinet soit rangé, à ce qu'il soit plutôt propre, / à ce que / l'endroit où je les prends / en soin/ il soit cosy, / il soit / il soit posé, / il soit calme./ Je mets une petite musique pour détendre, / voilà. / Je fais / énormément attention / à essayer d'optimiser au maximum les effets contextuels, / à essayer de faire en sorte qu'ils soient pas nocebo. / voilà. Et/ quand ils arrivent, ils ont pas / la salle de gym directement face à eux, / même si peut-être que on sera amené et même sûrement / amené à faire des exercices, mais / pour certains, bouger c'est une souffrance, donc / je vais pas les mettre directement face à une presse, quoi / voilà. / donc, oui, déjà le premier truc, / c'est euh .. / c'est faire attention au contexte. //(22)

I : au contexte d'accueil ?

E4 : oui, // au sens large oui, //

I: ok, vous avez évoqué les questionnaires ? //

E4 : ouais / euh, pas tellement / enfin, oui/ des questionnaires, j'en fais pas dans la salle

d'attente/ dans la salle d'attente, c'est plus un //enfin, c'est une forme de questionnaire./ disons que c'est pas des cases à cocher, enfin / pas que. / Il y a / tout un côté administratif, genre le nom, le prénom, voilà, leurs activités de loisirs et tout, et après y a / un truc où c'est : évaluer, s'il y a des risques potentiels de drapeaux rouges, alors je demande s'il y a eu une perte de poids, s'il y a eu une inflammation, s'il y a eu une infection, s'il y a eu ceci, s'il y a d'autres pathologies associées/ Et puis après, il on rentre sur le détail de leur douleur./ il y a un body chart / et je leur demande de de/ de hachurer. / Et puis, à la fin il y a une petite question un peu motivationnelle où je leur demande s'ils pensent que les exercices permettraient d'améliorer leur problématique. / Ça me donne déjà une petite idée de voir si le patient il veut bouger, ou il veut pas bouger. / S'il me dit non, / bon ben je sais que / d'emblée, je vais pas lui dire "venez on va bouger, on va faire des exercices," je vais attendre un peu./ Voilà, / c'est ça que je leur donne dans la salle d'attente. / (20-2)

I: ok, et ensuite ?

E4 : puis, ensuite, / on s'installe ici . Même l'installation ici, elle est faite d'une façon, / où / je suis pas face à mon patient sur un bureau. / Je suis ... (il montre avec la webcaméra). En fait, là, il y a la chaise sur laquelle s'installe le patient / Et là c'est mon bureau / et mon bureau, il est collé contre un mur, ce qui fait que je suis pas face au patient / mais on est tous les deux, l'un à côté de l'autre. / et on / on fait un travail plus collaboratif, le patient, souvent il s'avance, et puis il dessine lui-même des choses et on travaille dessus ensemble. /// et euh... voilà./ (24)

je sais plus où on en était pour euh...

I : oui , donc / le démarrage de ... / finalement de / de l'interaction.

E4 : oui, le démarrage de l'interaction. / En fait l'interaction, / elle commence euh/ elle commence vraiment / mais très tôt, quoi. Si le patient, il a entendu parler de nous avant par le médecin ben, l'interaction elle commence là./ donc la réputation est déjà importante, / mais / même sur les réseaux sociaux./ le patient souvent, s'il connaît pas et s'il a une grosse problématique, / il va faire super gaffe à savoir chez qui il va / donc il est vraisemblable qu'il ira voir sur internet / qui on est / qui a fait quoi. Donc, là aussi, c'est pareil, l'interaction, elle commence là, déjà si on n'a pas nettoyé un petit peu tout ce qui peut y avoir de photos de soirée, de machin et tout ça, c'est clair que ça passera moins / etc... ça commence là. / (23-2)

L'interaction oui / verbale elle commence un petit peu plus quand le patient est là. / Et euh ... et là, ben /je fais une question très ouverte et puis en règle générale, les patients ils parlent pendant / un bon moment / (25)

Parce que moi, ils ont quand même une problématique qui dure depuis très longtemps, donc, il est pas rare qu'ils parlent pendant 5 bonnes minutes / pour expliquer leur problématique. //

I : 5 bonnes minutes sur la première séance, euh.. sur une demi-heure ?

E4 : ouais, 5 bonnes minutes / avant que moi, je redise quelque chose, (26)

et après moi, j'enchaîne sur euh... en fait, toujours un petit peu des questions ouvertes / enfin, pas un petit peu / toujours des questions ouvertes au final/ avec au final quelques questions fermées / qui me permettent d'avoir des / des réponses un peu plus précises sur des euh... / sur des potentiels problèmes. / Voilà si le patient me dit que euh... voilà / qu'il ne mange plus trop, /

peut-être que je serai amené à / m'interroger sur / savoir s'il dort, et puis savoir s'il / est entouré, / parce que peut-être qu'il y a des problèmes dépressifs. Donc du coup, voilà, des fois, on est obligé d'avoir des questions un peu plus fermées / quand il y a des doutes sur certaines choses. (27)

Mais globalement garder des questions ouvertes / et puis aller s'interroger / moi, ce qui m'intéresse / c'est ce qui fait varier la douleur. / voilà. / Parce que le patient arrive avec une problématique biomédicale, / et euh .. / mais mon objectif, c'est quand même qu'il se rende compte que la douleur elle est / certes / liée à des facteurs nociceptifs/ ou neuropathiques, mais / mais qu'elle est liée à plein d'autres choses. / Et plus on a une douleur chronique, / plus les paramètres autres ont de l'importance. /(28)

Moi c'est clairement aussi, un de mes objectifs, c'est que le patient comprenne comment fonctionne sa douleur / et euh... / que du coup, il la maîtrise beaucoup plus. //(29)

I: donc, là on a évoqué les premiers moments d'une prise en charge, est-ce que / est-ce qu' il y a d'autres moments où vous pratiquez l'écoute active ?

E4 : ///

(interruption de son)

(mon téléphone vibre)

E4 : (mot incompréhensible) C'est euh... c'est euh... l'écoute active / C'est permanent, /même quand on est avec le patient en train de faire un exercice, ou même quand on passe euh ... // même quand on passe euh ... euh... / sur du massage, de la mobilisation / sur table ou quoi, / euh...// le patient./ quand il dit quelque chose, on reste/ toujours euh... c'est toujours intéressant, quoi (30-1)

/ et il y a toujours moyen de rebondir, de refaire une question, un reflet. un truc qui ...(31)

/ Ouais, / en fait, toute la séance / reste complètement en écoute, quoi /(30-2)

même le moment où on parle / même le moment où on parle, finalement / même le moment où on parle, parce que la façon, parce que l'écoute / il y a l'écoute auditive, mais il y a l'écoute des gestes qu'il fait au moment où on dit quelque chose, et il y a toujours moyen de récupérer quelque chose à ce moment-là. //

I : et ce quelque chose ça serait quoi ?

E4 : euh ... / Un changement de position, euh ... un faciès qui change, / un recul sur la chaise, / euh.../ un soupir, / une phrase / une phrase qui finit pas, // je sais pas/ tout, / du verbal, paraverbal, non verbal, / (32)

y a tout qui peut un petit peu jouer, après ça reste beaucoup sur du ressenti, hein, sur du feeling/ c'est difficile hein des fois d'objectiver.// mais euh.. là c'est cool, j'ai une stagiaire qui est très réceptive, donc, du coup, ben on en reparle après, "oui t'as ressenti à ce moment-là, c'était un peu machin, elle fait, ah ouais, mais voilà ... " je pense que si on pouvait filmer peut-être qu'on s'en apercevrait, / mais je pense que le fait d'être là / sur le moment, c'est encore plus flagrant -là, / y a des fois des petites choses qui se passent. / ouais// (33)

I : et du coup, ces informations / que vous recueillez, vous les utilisez comment euh ... en séance ?

E4 :// ben, /je pense qu'assez souvent, je lui renvoie cette information-là qui me parvient / je lui dis :/ " ah, / ça a pas l'air de vous ... " / voilà/ ou euh... /ou l'inverse / " Ah ben, ça vous fait plaisir , ou ça vous fait machin" ou alors / je lui demande / "vous en pensez -quoi ? " /// moi, j'hésite pas / à faire beaucoup parler les patients, je pense être assez à l'aise, avec / leurs émotions, / leurs pensées, /donc euh.. / voilà, / j'y vais / assez clairement je pense euh.. / dans ce qu'ils ressentent. / donc, si je sens qu'il y a quelque chose, / j'aime bien qu'ils l'expriment, / comme ça, on sait où on en est. / Donc, je / là et pour le coup, je fais des questions un peu plus / fermées. (34)

I : ok, / et du coup, // à votre sens, ça fait progresser la prise en charge de / de quelle manière ?

E4 : // euh ... alors, Quoi exactement ? le fait de / d'être à l'écoute de tout ce qu'il peut dire, / de ce qu'il peut faire, de tout ce qu'il peut euh .. ?

I : oui, le fait de .. / oui, c'est ça.

E4 : ouais? //// ça fait progresser de quelle façon ? // ben, c'est déjà une relation / c'est déjà un soin qui est déjà assez authentique, du coup, je pense.

I :mmh

E4 : / Et mon idée derrière tout ça, c'est que si le patient ne sens pas quelque chose et ben on le fasse pas.

I :mmh

E4 : Qu'il soit assez libre de dire," non là, là, pfff, cet exercice-là là, non il me plaît pas, j'le frai pas." "ok super !"// Donc, /ça permet vraiment / d'essayer je pense d'être au maximum / en accord avec ce que /veut le patient / que parfois, il n'exprime pas, ou que parfois, /il ne sait pas exactement, ce qu'il veut, / et l'idée du coup, c'est peut-être de trouver ensemble / ben la meilleure solution et d'avoir quelque chose de plus / de plus ciblé, de plus adapté, de plus / personnel. // ce qui a priori, je pense/ a plus de chances de fonctionner ///

Certaines fois, les gens, ils me disent, "wouapf, c'est quoi cet exercice-là là ?" / Et c'est sûrement un exercice que j'ai / un peu imposé, / parce que j'ai pas été assez vigilant. Et le patient il me dit," vous savez cet exercice-là-là, je l'sens pas. /Par contre l'autre, je l'aime le beaucoup" " ok super, ben on fait l'autre" Voilà. / Et ça, c'est sûrement des fois, c'est moi qui ai dit ça, "venez, on va essayer ça. "

Et j'ai pas été suffisamment à l'écoute du patient qui voulait faire autre chose.(35)

I : et du coup ...

E4 : Autre chose / (boit une gorgée) chose importante / : je me trompe tout le temps. // parce que là, ce qu'on dit, ça a l'air très très bien et tout, / mais je le fais pas parfaitement tout le temps/ voire même, / je le fais tout le temps non parfaitement (rire) donc ça foire euh ... régulièrement// mais en tout cas, c'est l'idée de base, quoi / voilà, c'est le concept / et après derrière / on fait ce qu'on peut, quoi ! / (rire) (36)

I : ok, vous ... / et il y a peut-être des moments où c'est plus ou moins propices pour vous, / par rapport à vous /

E4 : ouais

I : ... d'être attentif, d'être écouté, est-ce que vous avez identifié euh.. ces moments ?

E4 : ouais, les jours où je suis fatigué, / les jours je pense trop à autre chose, où j'ai trop de projets en cours, ce qui m'arrive souvent, je fais trop de choses. / Donc là, dans ces cas-là, / clairement j'y arrive moins / (37)

et puis / certains patients avec qui c'est plus compliqué que d'autres./ Certains patients avec qui clairement / dans la vie, on n'aurait aucune affinité. / ben là, il faut encore plus se forcer. / Et je sais que là, ben c'est ma grosse limite / en gros quand je pense / que le patient est un con..

I : (rire)

E4 : et ça reste mon avis et / et j'essaie de faire en sorte qu'il ne transpire pas pendant la rééducation, mais / je sais que / clairement / je vais avoir moins d'écoute empathique./ et beaucoup moins de patience / Voilà. /Et là ce sera plus difficile, (38-1)

/ et en général c'est le moment où je parle le plus.

I: mmh

E4 : parce que / parce qu'en fait./ c'est pas que j'ai pas envie de lui laisser la parole, c'est que./ en fait, comme le patient, souvent, il ne me met pas à l'aise, / et ben là pour le coup, ce que je disais tout à l'heure, je suis plutôt à l'aise avec ce que les patients me disent, avec leurs émotions

ben, avec ces patients-là non, donc avec ces patients là, j'ai pas trop envie que la situation se complique donc je pense que je compense en parlant / beaucoup plus.

I: que la si- / que la situation se complique ?

E4 : ouais, se complique dans le sens où / comme je suis pas à l'aise avec le patient / plus je vais parler, moi, // moins lui me dira des choses qui potentiellement vont/ m'embêter me ... / donc en fait, / ça me permet / ça me permet d'être plus à l'aise// voilà. / (39)

Et là, je sors complètement de la relation / assez / assez d'égal à égal dont / je parle habituellement et j'ai / plus tendance à / expliquer les choses. A dire " ben, là, / vous savez, / c'est comme ci, c'est comme ça, donc on va faire ça." voilà. / A sortir de ma posture un peu ... voilà. (40)

I : Et ces choses qui pourraient vous embêter, est-ce que vous / est-ce que vous / vous pourriez / vous pouvez m'en dire plus ?

E4 : alors /// euh /// un patient // ah euh ... //ben là, il y en a eu un l'autre jour ./ mais c'est un patient euh.. ///en fait, globalement, ça se rapproche beaucoup de quand on a des pathologies euh.../ des pathologies psychiatriques. /Alors, après / c'est un peu particulier de dire ça. Je pense que en fait le dernier patient auquel je pense, il n'avait pas de pathologie en soi, /mais il avait des caractéristiques assez particulières, qui faisaient qu'il se rapprochait de pas mal de profils de la DSM5 /et là, dans ces cas-là, / et ben, quand on essaye de dire quelque chose et que derrière/ ça répond pas, ou alors ça répond à coté, une fois, une deuxième fois, une troisième fois, / que les comportements sont pas adaptés euh... / que le patient, on lui demande ce qu'il a fait, et qu'en fait il dit qu'il a fait n'importe quoi, et qu'il comprend pas pourquoi il a mal, / voilà / toutes ces choses en fait / qui sont pas logiques./

Quand on est avec des gens qui globalement / fonctionnent / à peu près / comme tout le monde, tout va bien. / Dès qu'on est avec des patients avec des caractéristiques particulières / des

patients / qui sont pas forcément étiquetés, mais qui ont des caractéristiques de borderline, des caractéristiques de patients dépressifs, / des caractéristiques de patients /euh .. narcissiques, / ben, / là, / c'est plus compliqué à gérer./ C'est plus compliqué à gérer./ Et pourtant j'ai l'impression que j'arrive à identifier ces problématiques là, / donc, je pense avoir un avantage par rapport à certains, / parce que j'ai des notions de psy, // mais quand même / je sais que / je sais que c'est plus difficile. / C'est plus difficile souvent. // (41)

Alors, souvent / quelquefois, je peux avoir la patience au contraire, / j'en ai conscience / donc du coup, je me dis "ah ben ok, je vais avoir la patience/"(38-2)

Mais après, ils jouent en plus un petit peu le coté "ouais, mais lui, je le sens pas de toutes façons" /

J'ai une patiente borderline, avec qui ça se passe super bien / parce que / je pense, / je trouve, c'est un peu triste de dire ça, mais je trouve qu'elle est super intéressante. / Parce qu'elle est très intelligente et / et à coté de ça, elle a des comportements qui sont complètement irrationnels / mais du coup, comme elle est très intelligente, et on arrive à avoir une interaction qui est sympa / et on arrive à discuter de choses qui sont super intéressantes. Donc ça / elle a beau être complètement borderline, / mais alors là, /à fond / et ben j'arrive quand même / à avoir une interaction qui est super intéressante./ Par contre / la même patiente / qui en plus / partirait dans tous les sens./ je pense que/ j'aurais arrêté les séances, et je l'aurais renvoyé vers un psychiatre./ enfin, /elle, je l'ai aussi renvoyé vers un psychiatre, mais j'aurais du coup en plus / avec une autre personne / arrêté les séances. Tandis qu'avec elle je continue.//(42)

I : ok, c'est à dire que / il y a des moments où ça se passe pas, où peut-être / il y a/ moins d'écoute, ...on va dire..

E4 : oui et..

I : et ... / c'est aussi en fonction du / du type de patient quoi ?

E4 : oui, bien sûr. Y a aussi une interaction. On est deux, /on essaie de faire un travail collaboratif./ On est deux. / En fait, on peut pas / tous bien s'entendre / Et / et il y a des fois, ça matche / enfin, c'est le principe des interactions humaines, hein, des fois ça matche plus que d'autres. Y a des fois où ça matche pas trop, parce qu' on est peut-être trop différent. / A ce moment-là./ fff/ faut ramer un petit peu plus // faut ramer un petit peu plus. (38-3)

I : Et du coup, ces patients, euh .. ils restent ... euh... /////

E4 : Ils restent // en quoi ?

I : ils restent avec vous en soin ? ils s'en vont plutôt plus tôt ? enfin ...///

E4 : Quand ça se passe moins bien ? /

I : mmh.

E4 : quand ça se passe moins bien ? / pfou, ben là, tu vois, j'ai un patient/ avec qui ça se passe moins bien / j'en peux plus de ce patient, /et en fait il revient / tout le temps et en plus, je lui dis, "mais c'est bien là, vous vous débrouillez bien, est-ce que vous avez besoin de moi ? " "ah oui quand même j'ai besoin de vous " fff Donc il y en a, en fait, avec qui ça se passe pas très bien pour moi./ mais comme j'essaie de montrer de l'écoute, et que / si/ je pense que pour lui ça lui convient bien. Je pense que c'est variable. (43)

I: finalement, ça marche bien ! //

E4 : / Ouais, / pour lui, ouais, trop, // faudrait que je sois beaucoup moins sympa, / je pense (rires)//

I: du coup, / ouais, / sympathique pour vous, / c'est associé au fait d'écouter les gens ?

E4 : ben du coup, / je pense qu'on peut devenir sympathique comme ça, / parce que le gars il se dit : "ah ben c'est cool, lui au moins il m'écoute, il sait ce que je veux," (11)

voilà, / et on arrive à trouver / des solutions, ouais, ben pour lui à force de venir, le piège c'est ça, à force de venir, il y a une connivence, un lien qui se fait, qui est au-delà de la relation, enfin, qui reste dans la relation patient / et euh ... / et euh ... / thérapeute, // mais / avec / du coup, / un affect / qui se développe un petit peu plus / parce que / le temps fait que, ben euh ... même si moi, je partage pas d'informations personnelles.

I : mmh

E4 : Je ne reçois jamais de cadeau de mes patients, de trucs, / parce que déjà, je ne les vois pas très longtemps euh.. et qu'en plus, / j' connais leur vie de ce qu'ils veulent bien me raconter, mais ils connaissent rien de ma vie, c'est-à-dire que cela reste très professionnel. / Ils ne savent pas si j'ai une enfant / un enfant, une femme, on n'est pas du tout dans l'échange informel, / on reste vraiment centré sur la thérapie, / et ça / ça pose un cadre, quand même, je pense aussi. // (44)

I : mmh. Pas très longtemps, c'est ? /vous pouvez me donner une idée ?

E4 : que les patients viennent ?

I : oui, de la durée de prise en charge moyenne.

E4 : Ça fait longtemps, que je me dis qu'il faut que regarde en moyenne combien je vois les patients,

je pense qu'en moyenne euh .. //je dois les voir, /// hum ... // aller, 8 , entre 8 et 10 séances,

I : Ok

E4 : je pense ... /// mouais, /ouais, /autour de ça. / Y a très peu que je continue à voir de toute façon. Enfin, il y en a une. / Il y a en a une que je vois depuis des années, // euh /// mais euh... /// et puis du coup, peut-être l'autre patiente borderline, /étant donné du coup, qu'elle sera tout le temps borderline et / et sportive de haut niveau, il y a des chances pour que je la vois, aussi elle, pour quelques années, quoi.

I : mmh

E4 : mais voilà, j'ai deux patients au long cours / et sinon, / sinon, c'est des patients que je vois que sur quelques séances. ///(45)

I : euh.. quelle serait euh...voilà, on a déjà parlé de pourquoi vous en êtes arrivé là, mais on peut éventuellement revenir dessus, mais / ma question serait plutôt / votre euh/ quelle serait votre vision d'avenir pour / l'écoute active dans le métier de / kinésithérapeute ?

E4 : hum ! /// (boit une gorgée) Tu me poses la question aujourd'hui, je suis super pessimiste en fait/ (rire) (souffle)/ Je viens de faire une formation de deux jours avec des kinésithérapeutes qui se forment à l'entretien motivationnel / (inspiration) avec plein de formations à l'agence EBP, qui est quand même un / organisme de formation qui est quand même très intéressant. /Et en

fait, ils avaient un niveau d'écoute qui était proche de // du néant //et avec une vision très verticale de la kinésithérapie./ c'est pour ça qu'en plus / ça me parle hein/ (46)

donc euh... je me dis qu'en formation initiale, y a des gros gros gros gros progrès à faire / et là je pense que ça vient même des / profs / qui donnent les cours./ Je pense que globalement./ les kinés ne sont jamais formés/ à / la posture qu'il doivent avoir,// quand je parle de posture, / c'est pas se tenir droit ou de travers, c'est vraiment le / comment / comment / quelle relation, quelles relations on doit avoir avec le patient.

Je ne suis pas sûr que dans les études de kiné on nous parle justement / beaucoup du patient partenaire, du patient avec lequel on travaille/ sur un projet / et qu'on avance ensemble et que le patient, il a autant les clefs de sa rééducation que nous, / voire même plus. /

Et ben tout ça, c'est quelque chose qui à mon avis, devrait être /la base, / enseigné / la première semaine de la première année. /Voilà, / c'est euh... on /part de ça, / et autour de ça, / on construit quelque chose. //(47-1)

Et euh... l'ensemble des études devrait euh ... /en permanence / ramener à ça, / et après on rajoute des éléments, ok, on rajoute de la thérapie manuelle, on rajoute du machin. Mais /si on n'a pas cette base, // en fait, c'est / c'est, c'est foutu. / Et le problème, c'est que les étudiants, ils arrivent avec plein de techniques, / alors ils ont tout le temps envie de les utiliser en plus, les techniques mais à un moment donné / on n'a pas l'essentiel quoi,(48)

/on n'a pas / cette écoute qui a été faite, cette alliance qui a été créée puis on n' a pas cette humilité,(47-2)

/ alors que quand même, tout le monde se dit, ouais, maintenant, on fait de l'EBP, on fait du machin, on fait du truc, mais en fait, non, c'est pas du tout ça qui est fait, / les gens font de la science, / ils disent, / non, / en fait c'est ce traitement là / qui va être bon pour le patient. / et euh ... et en fait , non, ça marche pas comme ça, parce que quand on regarde les tailles d'effet / de nos traitements,/ ben ils sont mais / ridicules // On critique les médecins, les rhumato qui donnent des traitements, qui donnent des anti-inflammatoires, où qui font des infiltrations, mais la taille d'effet de nos traitements / ils sont tout aussi négligeables, donc / on ne peut pas/ imposer une solution au patient, / sachant que de toute façon, la solution qu'on va lui proposer/ elle reste une solution, / qui un effet qui est quand même faible. //(49)

Donc, euh// pfff. donc voilà, / donc, il faudrait, / il faudrait / refonder, à mon avis, complètement, / euh .. faudrait qu'on soit beaucoup plus humble/ déjà / et ça / qu'on nous l'enseigne dès le début/ (50-1)

Et que des patients /viennent / à l'école de kiné, / pour / pour expliquer comment ça se passe, / pour expliquer leur / leur problématique, / comment ils s'en sont sorti...voilà / ça existe hein, / ça existe / au canada, / ça existe dans quelques fac de médecine en France, des patients qui euh / qui viennent / et qui enseignent en tant que / qu'experts. Et euh ... donc./ ça serait / pas impossible hein, à faire. / Mais pour l'instant, mais pour l'instant, je pense qu'il n'y a pas un seul patient qui aille enseigner quelque part. Toi, / t'en as pas eu dans ton / dans ton / cursus ? (51)

I : Pas à l'école même.

E4 : ouais. donc bon, voilà, pour moi, c'est un problème de posture. /Si de toute façon, on ne

pensait pas qu'on étaient les maîtres suprêmes de la douleur chronique en faisant faire des exercices à tous les patients, / peut-être qu'on redescendrait un peu d'un niveau/ et que tout serait un peu plus facile. /// (50-2)

I : Ok, donc, une vision d'avenir euh ... / peut-être pas perdue pour les étudiants, mais pour les MK en poste euh...

E4 : ben, pour les MK en poste, / là y a plus qu'une solution, parce que ./ c'est les supervisions. // Il faudrait que euh.. / qu'il y ait des kinés superviseurs / formés à ça. / Et que / dans certaines villes, ben, les kinés s'inscrivent et qu'ils fassent des supervisions. / (52-1)

Mais / avant que les kinés acceptent / de / se faire juger par leurs pairs, / euh.../// à mon avis, il y a du chemin. /Parce que comme on est / de toute façon tout puissant / et qu'on sait faire plein de choses / ça c'est, je pense la vision de beaucoup / pourquoi ils iraient se faire superviser, quoi, /ils y arrivent très bien comme ça et les patients, ils sont très contents./

I : mais enfin, euh .. corrigez-moi, mais la supervision, c'est pas / un jugement, c'est plutôt une aide, non ?

E4 : non, quand je dis jugement, le problème / c'est que c'est comme ça qu'ils vont vous voir. Tu vois ?/(53)

On est bien d'accord, hein, au contraire hein / la supervision, c'est pour ça que ce serait super bien, / parce que c'est vraiment/ c'est vraiment une écoute, / c'est vraiment une écoute, et c'est voir si / y a possibilité de faire les choses différemment, d'ajouter une chose, d'ajouter une autre. Donc, oui, la supervision c'est / c'est /c'est ça./ Sauf que /

Alors / , moi, je vais tenter de faire une formation à la supervision l'année prochaine / sur la douleur. // Mais je suis persuadé que personne s'inscrira. / Je vais pas / Je vais faire un e-learning / et puis derrière le e-learning, je vais faire une formation pratique, / uniquement de supervision / ou plutôt / d'inter-vision. / Mais euh... / les gens, ils vont faire le e-learning parce que, c'est de la théorie et ils adorent / bouffer de la théorie./ après, quand il s'agit de modifier les pratiques, ben là y a déjà beaucoup moins de monde, quoi. /et /les inter-visions, personne ne viendra./ Je suis sûr que je vais en faire, allez, peut-être une dans l'année, allez, on réussira à réunir, allez, dix kinés dans une même salle qui seront / motivés pour faire de l'inter-vision / mais sinon, euh... c'est une démarche qui va pas, à mon avis ... / (52-2)

Et là c'est pareil / si dans la formation de base, on nous avaient appris que on n'a pas la solution ultime et que / en gros, // et ben / (rire) on a deux trois outils qui ont l'air de plus ou moins bien marcher, / ok, comment on fait pour les adapter et puis comment on peut améliorer la situation. Et bien c'est pas ça qu'on vit. On dit, "regardez, il faut faire ci, il faut faire ça, et si vous faites ça, ça va aller mieux, et si ça fait ça, ça marche. "/ Y a rien qui marche vraiment quoi / Il faut essayer de faire au mieux, avec ce qu'on a, c'est-à-dire pas grand' chose. /// (50-3)

I : Mais alors du coup, vous, comment vous en êtes venu / à cette posture./ à cette écoute ? //

Qu'est-ce qui vous a motivé pour ça ? //

E4 : euh ... ben./ alors, / ça a pas l'air comme ça quand je parle, en plus comme ça / et puis un peu que je suis énervé contre les autres, hein, mais / / en fait, j'ai euh .. j'ai très très peu

confiance en moi, alors beaucoup plus maintenant, mais pendant très très longtemps, j'ai eu très très peu confiance en moi, / et du coup, cela m'a tout de suite mis dans une posture où j'avais du mal à me mettre au dessus du patient / et je pense que ça / au final, ça au final, ça m'a aidé.

I : mmh

E4 : Quand j'ai eu mon DU de kiné du sport, parce que j'étais sportif / je me suis dit, "je suis sportif, le DU de kiné du sport c'est bien, je vais travailler avec des sportifs" / Je me suis aperçu que / ma posture ne convenait pas du tout pour un sportif / le sportif il a besoin qu'on lui dise, "tu fais tant de séries, tant de trucs, et tant de machins, point-barre parce que tu as ça. "

Et moi j'arrivais : "ben, je sais pas exactement ce que t'as, mais a priori c'est ça ou ça, donc c'est ok. Donc regarde, tu vas commencer par euh.. Tu pense que t'en peux faire combien des exercices ? "

Le mec, il me dit " mais euh ..." Ça ne convenait pas du tout ! / parce qu'il faut être super sûr de soi.

donc c'est pour ça que le sport, j'ai laissé tomber et que je suis parti sur quelque chose d'autre.  
(54)

Et puis, là on s'aperçoit, que sur de la douleur chronique, en fait ça ne marche pas tant que ça, quoi, /toutes les techniques qu'on a apprises, les étirements, les massages, l' électro, le chaud, le machin et le truc. /En fait, là les gens, ils allaient pas mieux quoi. / Donc il a fallu que euh.. / petit à petit / ben, que je fasse différemment. /(55)

Mais je pense que déjà, / la capacité à créer de l'alliance thérapeutique par de l'écoute, je l'avais./ Ça je l'ai eu.. / C'est, c'est un peu / inné. // Et il y a certains qui pourront toujours se former, / et ce sera mieux // mais ... /mais/ il y arriveront jamais vraiment, /parce que d'eux-même déjà, ils ont du mal à penser que le // que leur vision est moins bonne que celle du patient, ou que leur vision est au moins égale que celle du patient. Je pense que cette posture, elle est peut-être pour certains plus difficile à avoir. Pour moi, elle est venu déjà naturellement /// (56)

I : ok.

/////

I : euh... pour moi, j'ai fait le tour des thèmes que je / que je voulais aborder .. mais...

E4 : Bon, je te plains / je te plains parce que / p'tain/ la retranscription ... //

I :(rire)

E4 : si tu fais cela pour tout le monde ...///

I: Et ben, oui ! (rises) euh ... mais il y a peut-être des choses importantes euh ... enfin / que / vous aimeriez me dire, que j'aurais pas abordées. et .. //

E4 : ouais. / Non, on a abordé pas mal de choses, hein, quand même, j'ai l'impression, // euh ... non, non, on a même parlé des supervisions , ouais, non / non non, on a même parlé de ouais, non ... non, je pense que/ je pense que tout ... / non, là il y a rien qui me vient. //

I: ok / et ben, alors, je vous propose de terminer là l'entretien.

Fin du cadre de l'entretien semi-directif à 38'33. (durée de l'entretien : 36' 20")

L'échange se poursuit informellement :

- Demande d'envoi du mémoire
- demande et recommandation d'autres collègues à interviewer.

## Entretien 5

3 novembre 2020.

Réponses au questionnaire de recrutement :

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Je suis kinésithérapeute libéral et je reçois régulièrement des patients douloureux chroniques.  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Je pratique l'écoute active régulièrement (plusieurs fois par semaine) depuis plus de trois ans. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | J'ai été formé(e) à l'écoute active et je pratique régulièrement depuis cette formation.         |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Je suis formateur(-trice) et j'enseigne l'écoute active dans les formations que j'assure.        |

Je suis d'accord pour participer à cette étude et être interviewé(e) dans ce cadre,

L'interviewé :

- Homme
- Tranche d'âge : 25 -35 ans
- D.E. MK : 2010
- Carrière de kinésithérapeute : hospitalière, puis libéral, puis mixte.
- Spécialités kinésithérapiques actuelles : douleur persistante, maxillo-facial, kiné respiratoire
- Formations : entretien motivationnel
- Aujourd'hui : mi-temps en libéral, mi-temps en hôpital, interventions en IFMK.
- Situation du cabinet : périurbain

Conditions de l'entretien :

- en visioconférence
- pas d'interruptions de l'entretien
- relation cordiale, l'heure du thé
- fatigue de l'interviewé perçue à la fin de l'entretien, situé en fin de journée.

Début de l'entretien semi-directif à 1'37" de l'enregistrement, après les tests de prise de son.

Interviewer (I) : très simplement, le sujet des entretiens, c'est l'écoute active /des patients /donc voilà, j'aimerais que / vous me parliez de votre pratique / très concrètement / dans votre cabinet libéral / d'écoute / de vos patients.

E5 : // ok. / je pense que le premier truc, c'est que / pour moi, l'écoute active, elle va commencer vraiment dès le bilan(1),

/et / et en fait, c'est / l'écoute active, c'est se taire (rire), c'est laisser la place déjà au patient de dire ce qu'il a à dire, / et ensuite / lui montrer qu'on a entendu son discours, soit / en / simplement, en lui faisant signe de continuer / avec de la communication non-verbale, soit en / validant ce qu'il vient de dire, ou en l'encourageant à poursuivre, / via des questions et des remarques sur ce qu'il a pu apporter.(2)

I: ok donc..

E5 : oui ?

I : non, pardon, allez-y.

E5 : et... hop du coup, je disais, c'est vraiment, /déjà, manifester déjà le fait que / ce que le patient a à nous dire est intéressant. //(3)

I : ok, le manifester comment ?

E5 : Ben, du coup en prouvant qu'on écoute ! (rire) donc là /en posant des questions dessus, en soulignant les choses qui paraissent importantes, / éventuellement / en revenant sur des points sur lesquels on peut être en désaccord etc.. Mais / vraiment montrer que cela ne nous est pas passé / par dessus, et que finalement ils auraient pu nous réciter une liste de courses ou une poésie, c'était la même chose.(rire)(4)

I : (rire) ok, et du coup / vous avez parlé / vous dites, ça commence dès le bilan et ensuite, ça se poursuit comment ?

E5 : euh ... /le bilan n'est jamais fini ? (rire) (5)

I : mmh

E5 : non, en fait, ça commence dès le bilan, parce que je pense que, /enfin je pense... / il semblerait qu'on a tendance à interrompre nos patients beaucoup trop vite, d'après la littérature, /même si / c'est pas hyper / fourni, qu'il y a peu d'études sur le sujet / et que / surtout, les informations qu'on perd, on les coupe /de façon précoce, il y a de très grandes chances qu'on ne les obtienne plus jamais.//(6)(7)

I: mmh

E5 : Et // donc, c'est // lors, du bilan, / je préfère / justement / ne pas être directif du tout, les laisser /vraiment s'exprimer, avant de passer plus sur quelque chose de plus semi-directif et éventuellement à la fin d'être très directif.// Parce qu'en fait, cela permet de recueillir / plein d'informations qu'on n'aurait pas autrement,(8)

et // comme je disais/ comme l'état du patient finalement, ne cesse d'évoluer normalement, / au cours de la prise en charge, / ou / si c'est pas le cas, il faut aussi s'en apercevoir on peut considérer que le bilan n'est jamais fini./ et que donc finalement, dès lors que le patient parle d'autre chose que de la météo, ou // ou du match de foot de la veille, euh ... il y a un intérêt à l'écoute active, et c'est des //il va nous livrer des informations qui peuvent être pertinentes pour notre bilan,(9)

/ et de toute façon pour notre alliance thérapeutique et ... // (10)

I : ok, donc vous avez évoqué trois phases finalement, en termes de méthode, non directif, semi-

<p>directif, très directif. / euh ...Tout ça, c'est la première séance ?</p> <p>E5 : //oui, moi, ma première séance, c'est quasiment toujours de l'entretien, euh .. / parce que j'ai / je suis bavard, / que je sais que les patients sont bavards quand on les laisse l'être (rire),</p> <p>I : mmh</p> <p>E5 : et /// du coup, effectivement, la première séance, c'est vraiment beaucoup / beaucoup du semi-directif, je pense / on va dire le // le deuxième quart d'heure (rire)</p> <p>I : mmh</p> <p>E5 : s'il manque encore des informations, / je vais prendre cinq minutes de plus pour préciser en étant vraiment plus strict //(11)</p>
<p>et par contre au début, je les laisse vraiment, on va dire, élaborer librement sur / leur problématique, / éventuellement, en relançant avec des questions ouvertes, où des choses du genre, qui vont leur laisser plus de place. // (12)</p>
<p>I :ok ///</p> <p>E5 : (rire)</p> <p>I : //et du coup, alors euh/ comment vous ressentez la perception qu'ont les patients de cette démarche ?</p> <p>E5 : euh .. c'était quelque chose qui m'angoissait beaucoup quand j'ai commencé, / à faire des bilans, on va dire, beaucoup plus /entretien, et beaucoup moins physique, euh ... /parce que j'avais peur que ce soit mal reçu. (13)</p>
<p>Et en fait, la plupart du temps, / j'ai plutôt des retours très positifs des patients qui me disent : "vous êtes le premier / à prendre le temps de m'écouter", "vous êtes le premier / à me poser des questions", "vous êtes le premier à / me dire que ce que j'ai à dire est intéressant, " etc.. (14)</p>
<p>et du coup, finalement, ça à l'air très compliqué parce que ça correspond pas du tout à ce qu'on a pu faire pendant nos études, et à l'image d'Epinal qu'on a, mais en fait, c'est très bien / reçu par les patients, et...(15)</p>
<p>/ J'ai du avoir deux patients en tout qui ont été très mécontents qu'y ait pas de massage ou de manipulation à la première séance pendant / au moins 5 ans.</p> <p>I : aha, 2 patients...</p> <p>E5 : bah... à la louche, / peut-être deux fois plus que deux ! (rire) ça resterait que 4 en 5 ans. (16)</p>
<p>I : ok, et ils l'ont manifesté comment ?</p> <p>E5 : Je pense qu'il y a en un, une fois qui m'a dit qu'il venait pas pour parler, mais pour/ travailler en gros./// Et /// je pense que j'en ai d'autres qui étaient simplement / déçus qu'il n'y ait pas eu de geste thérapeutique et de repartir avec leur / problème, on va dire à la fin de la première séance. //(17)</p>
<p>I : mais qui sont revenus. /</p> <p>E5 : mais qui sont revenus. euh... J'en ai une qui est pas revenue, en me disant que c'était une démarche intéressante, et une façon de faire intéressante, mais, en gros, qu'elle était pas prête à s'investir dans ses soins et qu'elle préférait qu'on lui masse le dos, sans parler. Donc (rire)</p> <p>J'ai pas pris cela comme quelque chose de négatif puisque finalement, elle reconnaissait que /</p>

ben c'était simplement pas euh ... / en accord avec ses besoins du moment, // mais / mais bon, c'était spécial (rires)(18)

I : ok, et sinon, vous vous y prenez comment, enfin, est-ce qu'il y a des choses auxquelles vous êtes plus ou moins attentif / dans cette démarche ?

E5 : // euh... / je pense que j'ai une grille dans ma tête qui est un petit peu celle de mon / bilan-type qui est quand même / structuré. // Et, en fait je cherche à repérer les informations qui pourraient aller dans ce sens-là. / Donc il va y avoir tous les descripteurs de douleurs qui vont peut-être m'orienter sur une nature de douleur particulière, et en particulier, les descripteurs qui peuvent m'orienter sur la douleur neuropathiques, // ou d'origine neurologique en tous cas. euh... / il va y avoir tous les / toutes les phrases, / les clichés etc.. un peu type qui vont être associés à des facteurs psychosociaux. (inspiration) euh... ///

Après moi, j'aime beaucoup les faire parler sur tout ce qui est leur / leur vie quotidienne en fait, et notamment tout ce qui leur plaît, leurs loisirs, leur famille etc.. pour dégager des ressources qui vont pouvoir nous / nous permettre de / d'appuyer, on va dire, / soit des motivations, / soit des astuces, soit / intégrer / leurs / leurs exercices dans la vie quotidienne.

I : mmh

E5 : et du coup, j'aime beaucoup les faire parler là-dessus et donc dès que / je note des ressources, ils ont un chien, ah ben tiens, donc ils peuvent aller se promener ou jouer avec, et donc ils peuvent faire des squats en portant le chien si c'est un petit chien rigolo etc.. et ... et du coup, c'est vraiment des choses que je guette. / donc, ouais, ressources, facteurs psychosociaux, descripteurs de douleurs / euh... // j'utilise quand même pas mal la fonction comme euh... / évaluation de mon traitement, / donc j'aime bien faire des / échelles fonctionnelles spécifiques au patient, je ne sais pas si cela vous parle ?

I : euh non, est-ce que vous pouvez précisez ?

E5 : C'est la "patient specific fonctionnal scale" / qui est une échelle euh.. / on demande au patient de choisir x activités qu'il apprécie, généralement, enfin, / qu'il doit faire, parce qu'il les apprécie ou parce qu'elles sont importantes pour lui, / généralement entre 3 et 5, et on lui demande d'évaluer / de 0 et 10 à quel point il arrive à les faire,

I : ah oui, j'ai déjà vu

E5 : comme c'est quelque chose qui n'est pas toujours facile à faire verbaliser, on va dire de façon formelle, / ben, toute cette partie d'entretien avant, dès que j'ai des indices fonctionnels que c'est quelque chose d'important pour eux, quelque chose qu'ils ont dû modifier /ou quelque chose qu'ils aimeraient refaire plus ou mieux, ben, je note, et après dans mon entretien semi-directif, je vais revenir sur ces / ces éléments-là euh...(19)

/ et du coup .../ comme le thème, ça reste l'écoute active, (rire) ben, justement, le fait de revenir, sur des éléments dont ils ont parlé, pour faire du semi-dirigé autour, / de ces éléments-là, ben, c'est une façon de leur montrer qu'on a écouté, qu'on veut plus d'info, et donc... de faire de l'écoute active (rire) //(20)

I : ok, et euh... du coup, est-ce qu'il y a un moment où vous choisissez de mettre en oeuvre cette écoute active ou pas / par rapport au patient, / par rapport à vous... au moment... par rapport à ...

E5 : /// euh... // je dirais que c'est rare que je /choisisse de /pas faire d'écoute active (rires)/// ça peut arriver quand ils commencent à partir / dans des délires, sur le / "notre bien-aimé professeur Raoul" ou des choses du genre (rires)

I : mmh

E5 : mais, sinon, / (21)

non, généralement, /c'est rare que je fasse exprès de sortir de la démarche, et par contre, je vais être beaucoup plus attentif quand j'ai remarqué qu'il y a des facteurs psychosociaux ou des /troubles du comportement qui étaient gênants chez le patient,(22)

et que j'ai vraiment envie d'utiliser les outils de l'écoute active, comme les / les reflets, les // questions ouvertes etc .../ pour les amener à s'interroger sur leur structure de / pensée, ou leur comportements qui sont / néfastes sans simplement passer d'un / on va dire, d'un côté paternaliste, où on leur dit "ben non, vous faites ça, c'est n'importe quoi, faites comme ci, parce que euh... c'est mieux". (23)

Voilà, quand j'ai l'impression qu'il y a des // des soucis soit de comportements, soit de cognitions, qui sont peu productifs, je me concentre plus pour être vraiment plus performant techniquement en l'écoute active.//(24)

I : mmh

E5 : pas juste le faire à l'instinct, et à l'intuition (rire).

I : mmh , ok. // Et des patients pour lesquels, /vous vous dites, non, euh .../ non, ça n'apportera rien ?

E5 : // non (rires) euh... Je pense que ça apporte / toujours, par contre, ça demande quand même, plus de ressources d'être concentré pour / vraiment faire de l'écoute / active, on va dire, vraiment dans les règles,(25)

je sais pas s'il y a / d'autres chapelles, / mais moi, je suis formé en entretien motivationnel, j'ai fait le niveau 1, (26)

/ euh... et donc, avec l'entretien motivationnel, on a cette stratégie, je pense que vous connaissez, hein, de créer l'alliance thérapeutique, de focaliser sur un problème, ensuite faire une planification, et le tout, en utilisant un certain nombre de /techniques, le demander-partager, etc... le reflet, la question ouverte(27),

et / il y a des patients chez qui ça vaut plus le coup de s'investir pour être /vraiment performant là-dedans, parce que pour le coup, / une / mauvaise communication va vraiment entraîner une perte de chance, / alors que chez d'autres, une communication optimale serait un petit plus/ mais pas un gros point déterminant. (28)

E5 : je sais pas si je suis clair.

I : vous les caractériseriez comment ces patients ?

E5 : euh ... // avec des termes d'ACT, (rire) // l'ACT c'est la thérapie d'acceptation et d'engagement. / Et euh... Les patients avec lesquels je trouve que c'est le plus efficace, c'est ceux qui ont des boucles coincées, c'est-à-dire ceux qui ont un comportement / qui va les emmener à avoir une réaction qui va généralement / aggraver / ce qu'ils cherchent à éviter / et qui finalement se retrouvent à avoir un cercle vicieux, problème, évitement, qui renforce le

problème, qui entraîne une augmentation du comportement d'évitement, etc... (inspiration) et // ces gens-là, souvent./ enfin, je trouve / Si on va simplement leur dire dit justement, " ben, ça marche pas ton truc, fais autrement " avec une approche très paternaliste, ça a de grandes chances de pas marcher, /alors que si on est plus / justement dans l'écoute active, et finalement / les aider à s'entendre eux-même, ils réalisent beaucoup plus facilement tout seuls, beaucoup plus vite et / en entreprenant beaucoup plus facilement des changements, / que si on leur a mis le nez dans leur caca. (rire)/ (28)

I : //ok // donc, vous avez dit, " c'est plus /efficace". euh... qu'est-ce que / en terme de résultats, comment vous percevez ça ? les résultats de cette démarche d'écoute ?

E5 : (inspiration) euh... je dirai que le résultat principal de cette démarche d'écoute, alors qu'est pas lié seulement à l'écoute, mais qui est lié à la douleur persistante, c'est pour tous les patients type psy, ou Mgen, qu'on redoute d'avoir en / nouveau patient parce que justement, ils posent plein de questions, qu'ils sont très investis, et qui ont aussi besoin qu'on entendent des recherches qu'ils ont fait,etc.. et de comprendre pourquoi ce qu'ils ont lu sur doctissimo, n'était pas une source intéressante ou utile, et ces patients-là, que je redoutais euh... / en / début d'exercice, /maintenant c'est des patients avec qui généralement, j'ai vraiment / beaucoup de plaisir à travailler, /et avec qui on peut vraiment construire un partenariat de soin, / où ils peuvent s'impliquer / et finalement faire plus que la moitié du boulot (rire).

I : /oui, donc, du plaisir à travailler ?

E5 : euh.. oui, / là, sur des séances qui étaient désagréables.// (29)

Donc, pour le coup, je pense que / même si, enfin / si, je pense qu'en plus je pense que j'étais pas bon, parce que comme il y avait pas une bonne alliance thérapeutique, il n'y avait pas forcément une bonne confiance de leur part, ils étaient pas forcément / motivés pour faire les exercices etc... et / ça aide pas mal. /Ça aide aussi beaucoup / moi, je trouve que c'est aussi un gros plus sur l'observance aux exercices thérapeutiques.(30°

I : mmh

E5 : parce que, / dans l'écoute active, j'imagine aussi qu'on peut intégrer le non-jugement de ce que le patient nous raconte ? / ça vous paraît légitime ?

I : // le non-jugement, /// oui, tout à fait !

E5 : et du coup, c'est vachement important, enfin / (31)

à partir du moment où les patients n'ont pas fait les exercices on arrive justement à être dans l'écoute, /écouter ce qui a été une barrière à l'exercice, et ne pas juger le fait qu'ils n'aient pas fait mais les aider à trouver des solutions pour y arriver la fois d'après, ben, ça marche beaucoup mieux que encore une fois, que quand on est paternaliste et qu'on leur dit "ah ben non, la prochaine fois vous le ferez, parce qu'il n'y a pas de bonne raison de pas le faire" et // et voilà. (32-1)

I : donc, du plaisir pour vous, de l'observance pour les patients, autre chose ?

E5 : euh... /// je pense que cela fait partie de l'écoute active aussi, même si /je pense qu'on peut faire de l'écoute active, sans / le faire, /mais c'est plus d'horizontalité dans le soin, avec beaucoup moins de paternalisme,(33)

et du coup donner plus de / de contrôle au patient sur sa pathologie et ce qui lui arrive, etc. Puisque / comme on écoute plus son ressenti, on peut plus / ajuster, valider, / corriger, informer, en fonction de ce qu'il a besoin, et pas de ce dont / nous / on juge qu'il a besoin. Donc, comme on cerne mieux les besoins du patients, on peut mieux lui donner / ce dont il a besoin pour qu'il s'au/to/no/mise. //(34)

I : donc, aussi de l'adaptation ...

E5 : oui (boit une gorgée) //

I: de l'adaptation dans / dans le traitement ? /même ?

E5 : oui. // euh... Un truc que //j'utilise pas mal, euh... /j'ai / un /biais en faveur euh.. / de l'exercice thérapeutique type musculation, /parce que je trouve, / enfin, à priori, / dans la / recherche, au niveau du troisième âge, il semblerait que ça ait /plus de bénéfice que les autres activités physiques même si elles sont bénéfiques quand même. / euh... Chez les jeunes, / il y a quand même une problématique de force / en post-blessure, ou post-trauma, ou post-pathologie longue, et du coup, le renforcement va nous permettre d'aller un / peu plus vite là-dessus. Il y a un coté efficacité, dans le sens où, souvent, entre / une heure de marche ou / un quart d'heure de muscu, (rire) / on a un peu plus vite / fait avec le renforcement musculaire(35).

Donc j'ai un biais en faveur du renforcement musculaire, mais par exemple, certains patients ne vont pas aimer du tout, ou certains patients vont pas réussir à trouver le temps de. / et finalement, en étant dans l'écoute, on va finir par comprendre et finir par trouver la modalité d'exercice qui / même si elle est moins optimale en terme de temps, d'efficacité et de leur pathologie à eux, va peut permettre d'être observant et de travailler, alors que je pense que, le coup classique, c'est les mères de famille qui ont un travail, et donc qui ont un travail, qui ont le foyer, plus le travail, plus les enfants à gérer, à gérer et pas forcément le temps de gérer une pathologie derrière / et du coup, ça va repérer ça. et du coup, soit / se baser sur leurs loisirs et les transformer un petit peu et qu'ils aient un coté thérapeutique, / ou, trouver un moyen de glisser dans le quotidien / des exercices sans qu'il y ait à dédier un temps qu'elles n'ont pas, / à les faire, ça peut être un plus, et si on n'écoute pas le problème du patient, ben, savoir, si on si / si ces patientes là, on va pouvoir les aider en allant dans le plaisir, / dans / l'optimisation du temps, ou euh ... / dans le rapport temps-efficacité, etc... (32-2)

I : oui, alors, là ...

E5 : je me suis peut-être un peu embrouillé

I : oui, oui, si, très bien. Et donc là, vous parlez de l'auto-traitement surtout ? et en séance ?

E5 : on mets en place l'auto-traitement (rire)

I : ok.

E5 : je suis très très biaisé en faveur de l'exercice et de l'auto-traitement. C'est vrai que je fais très peu de traitement / passif en séance, / et généralement, on met en place la planification des exercices justement, euh... / on discute des barrières qui ont été rencontrées, / de la progression à mettre en place, /et il y a assez peu de massage, ou de manipulations. / On peut refaire les exercices ensemble pour les corriger ou les modifier, mais je suis très peu "modalités passives". (inspiration) (36)

Même si au début, /pour l'écoute active, et // la prise en compte de l'aspect psycho-social, j'ai beaucoup utilisé / des trucs comme le massage, ou /des mobilisations pas très complexes, pour pouvoir discuter, /pendant qu'on faisait un soin, qui / me semblait plus légitime aux yeux du patient. (37)

I : /ok /// donc, finalement, l'écoute/ elle vous sert à orienter le traitement... ///

E5 : ouais.

I : que ce soit en séance, que ce soit en auto-traitement ...

E5 : / ouais, surtout en auto-traitement et effectivement un peu en séance aussi. /

I : parce que / vous avez dit " plus légitime", un traitement, pourquoi ?

E5 : ça euh... // moi, à l'école, j'ai appris que le kiné, il massait.// (rire)

I : ah oui.

E5 : / et que c'était vraiment euh... / la base du métier que de toucher les patients, et du coup quand, / par rapport à / mes formations, par rapport à la littérature, par rapport à mes expériences / personnelles, / j'ai plus mis / en / avant, l' exercice thérapeutique / et euh.. // l'éducation thérapeutique, comme modalité de traitement principale, je ne me sentais pas très légitime (37)(39)/

à ne pas masser quand même / et j'avais l'impression que ça allait forcément décevoir les patients et être un problème pour eux. /Et du coup, /faire ces choses-là, donc écoute active, pendant que je faisais les modalités passives, ça me donnait un peu plus bonne conscience (rire).

I : ok, donc, ça c'était avant.

E5 : oui, / c'était plus une béquille au démarrage. Je m'en sers encore ponctuellement quand je sens que cela répond aux attentes du patient d'avoir une manipulation, un massage, et de voir ce qu'il en est et plus simplement quand ils ne sont pas en état de faire / quelque chose de plus actif.(38-1)

I :ok. /et quand / 'fin/ par hasard, ben, quand ça se passe pas ? quand il n'y a pas d'écoute active, /qu'est-ce qui se passe à ce moment-là ?

E5 : (inspiration) généralement c'est que je suis fatigué (rire). // euh... ouais... Le problème, c'est que ça demande/ beaucoup d'énergie, et plus on veut faire une écoute active de qualité, plus c'est / donc, comme on disait tout à l'heure, en étant à la fois dans l'attention au patient, et à la fois dans la préparation / intérieure d'une bonne /technique d'écoute active, / c'est extrêmement /prenant au niveau énergie, et du coup, / ça arrive, qu'il y ait des séances où simplement je suis trop fatigué pour prêter vraiment attention à ce que raconte le patient. euh... surtout quand les patients / euh... ne parlent pas vraiment de leurs problèmes euh... / physiques et vont partir sur des/ on va dire des// conversations plus triviales, ou plus bénignes, et là facilement je peux décrocher, et effectivement, c'est des séances où je suis pas très content de moi à la fin. (rire)(40)

I : ah oui ?

E5 : euh... parce que / ben parce que effectivement c'est pas une / bonne séance, (rire) si on n'a pas été présent pour le patient. //(41)

I : une /bonne séance, euh... // une bonne séance, ça serait ... / à part la présence auprès du patient, / ça serait quoi ?

E5 : (inspiration) euh .... /// c'est une séance, où on peut avancer quelque chose. / euh... donc / progresser en direction de son objectif fonctionnel, / ou / repérer des barrières à son objectif fonctionnel et les lever. /euh... donc, pour reprendre l'exemple que j'aime pas du tout, si c'est un patient qui est trop fatigué ou trop douloureux ou trop stressé pour réussir à s'investir dans ses exercices etc.. / ça peut être une séance de massage ou de relaxation avec de l'écoute active à la clef./ euh... Oui, une bonne séance, c'est une séance qui donne des outils au patient pour progresser vers son objectif fonctionnel. / Que ce soit par une technique passive, ou en lui donnant un exercice / physique, un exercice de relaxation, / en repérant une barrière à l'exercice / enfin, à sa progression et / ce genre de choses.(42)

I : ok et..

E5 : donc effectivement, c'est pas possible sans communication. je pense que des / enfin, à mon sens, des séances purement techniques, / à part en orthopédie, / potentiellement sur /des rééducations post-opératoires, qui sont très protocolisées, on ne peut pas la faire sans écouter le patient.//(43)

I : ok. // Et euh... du coup, / votre engagement dans cette démarche d'écoute active, / d'où il vient ? comment / comment ça s'est produit pour vous ? pourquoi vous avez fait ce choix ?/

E5 : euh ... /je pense qu'il ya une petite sensibilité on va dire personnelle / déjà, depuis le début, /puisque quand on était stagiaire avec mes potes, on /blaguait sur le fait que on devrait /passer un diplôme de psycho, parce que quand on faisait marcher les mamies dans les couloirs, on n'avait que ça à faire de leur faire de la psychologie en même temps,

I : (rire)

E5 : (rire) euh... c'était des stages passionnant (rire)(44)

Et ... après, vraiment, quand j'ai découvert le modèle bio-psycho-social, avec l'ouvrage "Explain pain" de David Butler et Lorimer Moseley, j'ai pris conscience des facteurs psycho-sociaux et / et compagnie et là, du coup, la parole et le dialogue, sont vraiment devenus des supports thérapeutiques important / qu'il fallait exploiter, parce que./ euh.. c'est ce que je dis à mes étudiants en cours, / euh... / je ne sais pas si vous voyez, il y a ce camembert qui a été réalisé par paincloud, où il mettent les différents modulateurs de la douleur, / dans un camembert sur fond vert ? Ça vous dit rien ?

I : oui, où il y en a énormément ?

E5 : il y en a une dizaine, ou peut-être il y en a un petit peu moins mais où la nociception représente 10 % et je leur dit, c'est bien de s'occuper à fond des 10% du camembert mais que c'est pas plus mal, si on peut s'occuper peut-être un peu des 90% qui restent, et voilà./ ça vraiment été ça, quand j'ai découvert ben, qu'il y avait, bien plus que /juste la nociception, et que l'aspect biomécanique à prendre en compte pour être vraiment efficace, ben, c'était plus une option de pas s'en occuper, et de rester sur seulement 10% de / euh.../ de notre potentiel.,(45)

I : Et du coup, / là, vous parlez de la douleur, et /// en terme d'attentes de votre part sur / l'amélioration de / cette douleur, euh... comment vous situez euh... / la démarche d'écoute ?

E5 : mmmh ... // dans l'amélioration de la douleur, // elle est pas forcément / énorme, / par contre dans l'amélioration / du vécu de la douleur par le patient, je pense qu'elle est très importante. / Y a un article, qui est je sais plus de qui, je sais plus de quand, mais ça doit dater d'il y a au moins 10 ans, et qui s'intitule "Are we dispensing nocebo to patients" / admirez mon superbe accent (rire)

I : (rire)

E5 : et cet article dit en gros que quand on écoute les patients, qu'on ne valide pas / leur plainte et leur ressenti, y a de grandes chances, / d'après des / des études qui étaient sorties sur / l'aspect psycho-social de la douleur, / si on ne s'occupe pas de cet aspect, / euh... / enfin, qu'on ne valide pas la douleur du patient, qu'on n'écoute pas, qu'on ne lui montre pas qu'on a compris et entendu sa souffrance, / ben potentiellement, on lui fait plus de mal que de bien. / (inspiration) et / et du coup, ben voilà, / je pense qu'on ne va pas avoir forcément des résultats miraculeux par l'écoute active sur la douleur mais que par contre, ne pas la faire, / et ne pas montrer au patient qu'on entend ce qu'il a à dire à ce niveau-là, / ça, ça peut faire du mal au patient et l'enfermer dans des trajectoires de soin qui sont très négatives et / et voilà. (46)

I : oui, du coup, pratiquer l'écoute active, c'est une manière d'éviter le nocebo ?

E5 : ouais ///

I : ok, ////

euh...// qu'est-ce que vous / pensez de cet outil, / de cette démarche, / de cette attitude finalement, pour la profession de kiné ?

E5 : alors, / moi, je suis / euh... à la fois / modéré et extrême là-dessus. Je pense qu'aujourd'hui, ne pas écoutactiver euh/ ne pas utiliser l'écoute active avec de nos patients/ c'est pratiquement une faute professionnelle, parce qu' on n'est plus justement dans cet aspect médical, très médecin-centré etc.. où on est finalement, tout puissant sur le patient qui exécute simplement nos ordres et on est les sachants, on est vraiment beaucoup plus sur une démarche où techniquement, on doit obtenir le consentement éclairé du patient pour tout ce qu'on fait. Et, / ben on ne peut pas obtenir le consentement éclairé du patient, si on n'écoute pas ses / questions, ses craintes, ses angoisses, si on n'est pas capable de répondre à ses questions pour qu'il puisse ensuite consentir à ce qu'on lui propose, donc vraiment pour moi, d'un point de vue éthique et philosophique c'est indispensable (47-1)

et après quand on parle du traitement de la douleur et potentiellement du traitement de maladies chroniques et invalidantes, comme la sclérose en plaque, ou des choses du genre, ben, cela devient indispensable en tant que technique, / de considérer cet aspect-là. //

Donc, pour moi, c'est à la fois important dans certains /champs techniques de la kiné comme outil de traitement, (48-1)

/ et à la fois vraiment important / du coup, / d'un point de vue philosophique, dans la relation patient-kiné. Et du coup, là, pour tout le monde.(47-2)

I : et ces champs de traitement, vous avez cité, les maladies dégénératives, la douleur chronique... //

E5 : mmmh, ... / (boit une gorgée) parce que, je pense, c'est ceux pour lesquels// enfin, la

maladie / dégénérative va pas forcément générer une douleur physique / immédiate./ mais par contre, elle va quand même souvent générer une souffrance / par rapport aux limitations de participation dans la vie sociale, / à la perspective / future qui est souvent pas bonne etc... / et du coup dans ces cas-là, //l'écoute va devenir importante, quoi. (48-2)

I: mmh

E5 : / Pas forcément pour la douleur, mais pour la souffrance qui est associée à la maladie. /

I : mmh // et / pour rester sur le métier de kiné / libéral, selon vous, euh... cette démarche d'écoute active, elle est perçue comment, par / la profession ?

I: / euh... ben ça va dépendre (rire) des gens (rire). euh.. ça va dépendre des gens./ Je sais qu'il y a beaucoup de personnes qui aiment bien, / je sais qu'il y a ma voisine qui est kiné, qui a été ma remplaçante, qui aime bien on avait discuté de ça, elle m'a dit que c'est ça qui a fait qu'elle ne s'est pas reconverti./

I : mmh

E5 : donc, je pense qu'il y a des kinés qui le vivent très bien. (49)/

Et puis il y a en a d'autres pour qui je pense, c'est trop éloigné du métier qu'on leur a vendu, / où on était des mécaniciens du corps humain. euh... / Je pense qu'il y a un côté, / effectivement, // j'ai pas envie d'être péjoratif, du coup, / je précise / mais qu' il y a un côté un peu ego, où vraiment, on a/ on a cru qu'on avait un métier qui était très technique, et très complexe, et qu'il fallait /une maîtrise incroyable du corps humain, de l'anatomie, de la biomécanique etc... Et au final, / ben toutes ces compétences qu'on a parfois acquises avec beaucoup de travail, / beaucoup de frais financiers ne sont pas /si importantes que ça, par rapport à l'écoute / et du coup je pense que ben, une partie de la profession / a beaucoup de mal à voir / décliner finalement, la part de /technique dans laquelle ils s'étaient investie pour quelque chose qui ne leur plaît pas forcément et qui n'était pas le contrat pour lequel ils ont signé quand ils sont devenus kinés. enfin, voilà, je pense qu'il y a un peu /les deux. /(50)

I : Et en terme de / je sais pas euh.. de freins à la mise en oeuvre, dans l'exercice libéral / de cette pratique, comment ? qu'est-ce que vous verriez ? est-ce qu'il y en a ? est-ce que ...

E5 : pour moi le principal, / surtout donc, quand j'ai commencé, c'était vraiment le regard du patient. Et l'impression que ça n'allait /pas lui convenir. et que euh... ça sortait .. / que comme ça correspondait pas à ses attentes, / il n'allait pas / ben y trouver son compte et il allait pas être satisfait. / Et du coup, la solution que j'avais trouvée c'était de me consoler, entre guillemets, enfin de me rassurer / en combinant, ça avec des techniques / kinés plus classiques / passives, en même temps. Euh... donc, ça je pense que c'est un des premiers freins. (38-2)

Un autre, ensuite, si on veut avoir un colloque singulier de qualité, ben, il faut qu'il soit singulier. / donc, cela exclut de fait toutes les prises en charge groupée / de patients. Ça demande aussi / plus de temps, car bien que la rumeur veuille que / quand on demande son motif de consultation à un patient, il a tout donné dans les 3 minutes, ça m'arrive d'avoir des patients qui parlent quarante minutes sans s'interrompre. (rire) Donc, ça veut dire qu'on est obligé d'avoir, pour respecter la convention / un patient à la fois pendant une demi-heure. Et du coup, cela peut avoir un impact financier / négatif non négligeables, pour certains, en tous les

cas, ça limite clairement les ambitions financières (rire) qu'on peut avoir./ Euh... Je pense que ça, ça peut être un frein.(51)

/ Comme je disais, c'est aussi assez fatigant./ par rapport à / l'époque où je massais juste / et /où, entre guillemets, j'avais un travail qui était beaucoup plus fatigant physiquement / alors, j'étais un peu plus jeune, puisque / ça fait 10 ans que j'exerce. (rire) mais, euh.. je pouvais voir 22, 24 patients par jour, alors qu' aujourd'hui quand j'ai une journée où je vois 17 patients, et quand je sais que je vais avoir un ou deux soins, qui vont euh... soit, c'est des soins un peu techniques, soit c'est des amis, et du coup, / je peux faire beaucoup plus d'erreurs, et / me corriger, me rattraper sans qu'il y ait vraiment de / problèmes par rapport à ça. / Mais voilà, je peux / si je vois plus de 16 patients dans la journée, je sais que je serai pas satisfait de toutes les séances que j'ai / réalisées./ Alors qu'à l'époque, je pouvais en faire 24 et trouver que j'avais très bien travaillé à chaque fois (rire).

I : ok

E5 : et //donc c'est beaucoup plus fatigant, / intellectuellement. //(52)

Mais, / c'est / je trouve que c'est beaucoup plus enrichissant, qu'on / rencontre beaucoup plus / notre patient, / et que du coup, il y a beaucoup plus d'échanges / et / et que ça crée des relations plus intéressantes avec eux, qui peuvent nous apporter beaucoup plus aussi, / et du coup, /ça, c'est les bons cotés ! // (53)

I : ok, y a quelque chose qu'on n'aurait pas abordé dans la manière dont vous pratiquez, dans / ce que vous en attendez ?

E5 : euh... // je sais pas, / je réfléchis (rire) /

I : le message / le message de la fin, /le truc / le plus important selon vous ?

E5 : le message de la fin, je dirais que pour moi, c'est plus important /l'écoute que la /technique, Après, plus je travaille, plus j'ai l'impression / que la kiné c'est simple (rire) et qu'il faut pas être trop complexe / et que / et qu'en fait, justement, avoir une relation de qualité et utiliser des techniques ou des exercices simples, c'est / à mon avis bien plus important que d'avoir une technique ou des exercices très compliqués et une relation / pauvre avec les patients, / et que / et que du coup, il vaut mieux / investir dans des formations / d'écoute active, dans des bouquins, / enfin, lire les livres d'entretien motivationnel ou des choses du genre, / que // que dans des formations très techniques que ce soit en terme d'exercices ou en terme de thérapies manuelles / (inspiration) (54)

et // que c'est pas si compliqué à mettre en oeuvre, / qu'il faut oser./ alors moi, je suis un kiné qui ose beaucoup (rire),,

I : mmh

E5 : j'ai testé beaucoup beaucoup beaucoup beaucoup de choses avec les patients (rire) // à partir du moment où on leur demande l'autorisation, on leur explique bien les enjeux, je pense qu'on peut se le permettre. / Et que du coup, il faut pas hésiter à oser, tester ces choses-là avec les patients ben si c'est raté, il sauront nous dire pourquoi et comment, et si c'est réussi, /ce sera que du plus./// Donc, voilà. Il faut oser / arrêter la technique et entrer dans le relationnel / aussi (rire). / (55)

I : ok ////

I : ok, je ne sais pas si vous avez quelque chose à ajouter, pour ma part, on a fait un peu le tour des thèmes /d'entretien que j'avais identifiés. / Donc euh... //

E5 : je crois que je suis au bout.

I: merci, /pour vos réponses détaillées et puis, très claires (rire) / sur ces sujets.

Fin du cadre de l'entretien semi-directif à 38'17" (durée de l'entretien :37')

L'échange se poursuit informellement :

- demande et recommandation d'autres collègues à interviewer.

## Entretien 6

4 novembre 2020

Réponses au questionnaire de recrutement :

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Je suis kinésithérapeute libéral et je reçois régulièrement des patients douloureux chroniques.  |
| <input type="checkbox"/>            | Je pratique l'écoute active régulièrement (plusieurs fois par semaine) depuis plus de trois ans. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | J'ai été formé(e) à l'écoute active et je pratique régulièrement depuis cette formation.         |
| <input type="checkbox"/>            | Je suis formateur(-trice) et j'enseigne l'écoute active dans les formations que j'assure.        |

Je suis d'accord pour participer à cette étude et être interviewé(e) dans ce cadre,

L'interviewé(e) :

- Femme
- Tranche d'âge : 25 -35 ans
- D.E. MK : 2019
- Formations : entretien motivationnel
- Aujourd'hui : activité libérale
- Situation du cabinet : ville

Conditions de l'entretien :

- en visioconférence
- pas d'interruptions de l'entretien
- relation assez proche avec l'interviewée.
- c'est l'heure du café

Début de l'entretien semi-directif à 38" de l'enregistrement, après les tests de prise de son.

Interviewer (I) : Ma première question, donc ça va être euh/ tout bêtement/ que tu me parles de ta pratique de/ de l'écoute active de tes patients./ voilà. Comment ça se passe, pourquoi ? qu'est-ce que tu entends par là ? //

Interviewée (E6) : Alors euh // par où commencer ? Déjà l'écoute active, euh... je pense que c'est quelque chose de super important. Déjà, on en a pas mal parlé à l'école mais /ça commence

/dès l'arrivée du patient euh... dans le cabinet / dès que tu vas commencer le bilan, même, dès que tu le vois dans / au niveau de l'accueil, (1)

mais / 'fin, / déjà, c'est super simple, quand tu as le patient qui arrive avec son ordonnance par exemple, pour te dire "il a mal / à tel endroit", il peut avoir tellement de choses à dire tellement de choses à t'apporter de plus / que l'ordonnance, que, en fait, il faut vraiment pas se cantonner à ce que tu vois, à ce pourquoi il vient, et euh... si jamais tu te contentes / de poser des questions très précises avec des choses très protocolisées, on va passer à côté d'énormément euh ... de leviers / pour aider ce patient quoi. (2-1)

Donc euh... c'est/ je sais pas trop comment te dire ça, // mais déjà, le fait de se sentir écouté/ le patient va pouvoir / se confier davantage, en apprendre davantage sur / sa pathologie, pourquoi il vient, sur / lui dans sa globalité et comment on peut l'aider / pas seulement sur son problème et pour que / pour que tout ce qu'il y a autour se passe bien pour lui. //(3-1)

I : // le patient va en apprendre, /lui / davantage /en parlant ?

E6 : Nous.

I : Ah.

E6 : Le patient, il peut en apprendre lui davantage, [incompréhensible], mais c'est surtout [coupure de son] nous, en fait, mais [problème de son].

I : excuses-moi, j'ai une connexion-là, du coup j'ai pas du tout entendu ce que t'as dit, la connexion était super mauvaise; ///

E6 : pas de soucis, je disais juste que, /qu'est-ce que je disais ? je disais oui, que le fait de verbaliser, / le fait, simplement, de le faire parler de sa pathologie, cela peut mettre / ça peut mettre en évidence des choses auxquelles il n'aurait pas pensé, / et qui peuvent être en lien avec euh... / avec les problèmes / qui font qu'il vient nous voir, en fait. // (2-2)

I : Ok, donc, tu as dit, dès l'accueil pour le bilan,/

E6 : Oui

I : Voilà, euh... y a d'autres moments ?

E6 : Ah ben, tout le temps, en fait,(4-1)

à partir du moment / Quand on a le patient en face de soi, euh.. // c'est super important, en fait, de montrer qu'on est à l'écoute. Et notamment encore davantage maintenant qu'on a les masques au cabinet, faut vraiment / leur montrer qu'on les regarde, qu'on leur donne notre attention, qu'ils peuvent parler librement, et qu'ils peuvent / faut pas qu'ils hésitent à se confier, en fait.// (5-1)

Et puis même pendant les prises en soin, hein ? c'est / Je veux dire, c'est tellement facile de mettre un patient en autonomie et puis de partir et puis euh ... voilà, mais si on est a coté d'eux et qu'on les regarde, il peuvent plus facilement vous dire "ah ben, vous voyez, là ça me fait mal" ou "c'est telle ou telle douleur dont je vous parlais" etc... c'est / en fait, c'est tellement / c'est un truc tellement simple et en fait, et ça révèle tellement de choses différentes que c'est difficile d'en parler. //(6)

I : Mmh // donc tu as / tu as dit " montrer au patient qu'on l'écoute", tu as parlé du regard ?

E6 : Oui

<p>I : Est-ce qu'il y a d'autres choses ? /</p> <p>I: Il y a beaucoup je trouve, les mouvements de tête pour montrer que oui, / on entend ce qu'il dit, on imprime.// on enregistre. /(7)</p>
<p>Euh ... moi après j'utilise, enfin, / j'ai fait une formation à l'entretien motivationnel, donc j'utilise pas mal quand même, tout ce qui est reflète et compagnie.</p> <p>I : Mmh</p> <p>E6 : Euh.. // aussi, / souvent des résumés pour euh... essayer de / faire repartir/ de le faire parler de certains points qui nous semblent importants / dans sa prise en soin. // euh... après, il y a peut-être des choses que je dis sans /plus m'en rendre compte. / euh...// non ouais, déjà ouais, tout ce qui est reflet, mouvement de tête et le regard qui est super important.//(8)</p>
<p>I : Ok, et dans le / peut-être dans le contexte, enfin, / ou dans le lieu où tu mets en pratique, enfin, dans ... / est-ce qu'il y a des choses auxquelles tu es plus attentive ou ... //</p> <p>E6 : Comme par exemple ?</p> <p>I : Euh.../ dans l'espace, euh // la / je sais pas / la manière dont tu te positionnes par rapport au patient, ou / l'endroit où tu l'accueille, ou... / est-ce que / est-ce que ça joue ?</p>
<p>E6 : Oui, ça joue beaucoup. Après, / ça dépend vraiment dans quel cadre, 'fin à quel moment, il discute, je veux dire / enfin... // Je ne sais pas trop comment répondre à cette question. / euh.. // pffff // Généralement en fait, faut éviter / j'essaie d'éviter la confrontation avec le patient, c'est-à-dire, par exemple, ne pas être face à face. Ça, c'est un truc que je déteste, / mais c'est euh... / plutôt, toujours se mettre sur le côté, à côté du patient. C'est un truc tout bête qu'on apprend d'ailleurs dans l'entretien motivationnel. C'est / et / il faut plus être à coté du patient pour l'accompagner, / pour le suivre, que, être en face dans un / dans une relation euh ... /j'allais dire, un peu asymétrique où le patient / est contraint de nous donner des réponses, là, on est là, plus pour l'écouter, pour être à son chevet entre guillemets, et c'est à lui de // je sais pas comment dire, c'est des relations vraiment d'égal à égal. (9-1)</p>
<p>I : Oui, quand tu dis...</p> <p>E6 : Je ne sais pas si je réponds.</p> <p>I : Si, si, très très bien. (rire) Donc, il y a quelque chose dans la relation au patient.</p> <p>E6 : Oui, mmh.</p> <p>I : // Tu pourrais en dire plus sur / sur cette relation ?</p> <p>E6 : Par rapport à l'écoute active ?</p> <p>I : Oui ?</p>
<p>E6 : Euh ...// ben déjà, je trouve que l'écoute active, c'est vraiment un outil énorme euh... pour /renforcer ce qu'on appelle l'alliance thérapeutique. Et l'alliance thérapeutique, si on n'a pas l'alliance thérapeutique, clairement, on peut aller nulle part dans les prises en soin.(10-1)</p>
<p>Donc, le fait vraiment, d'écouter le patient, il va pouvoir.../ Ben, c'est ce que je disais tout à l'heure, en fait, je me répète mais, euh, / en renforçant l'alliance thérapeutique, le patient va peut-être être plus observant aussi par rapport au traitement qu'on va lui proposer, il va / il va être plus en confiance, il va / tester davantage de choses, ça va / apporter énormément euh... à lui, / à nous, et puis euh... on va pouvoir avancer plus simplement, / lui proposer des choses</p>

plus adaptées etc...

I : "À lui" : en quel sens ?

E6 : // et bien, parce qu'au final, c'est pour lui, en fait, si on l'écoute activement et que du coup, / il / il s'investit davantage dans sa prise en soin, ça peut que lui être bénéfique. / (11)

I : C'est-à-dire, en terme de / de douleur, en terme de fonctionnalité, en terme de...

E6 : En terme de douleur aussi oui, 'fin. / Après, j'en sais rien, c'est purement une impression mais / le fait de se sentir écouté, tout de suite, les patients, on a l'impression qu'ils se sentent mieux. C'est comme si ça augmentait un peu leur seuil de tolérance à la douleur.

I : Mmh

E6 : Tu vois c'est / vraiment se sentir écouté, cela leur enlève un poids des épaules.

I : Mmh, ok.

E6 : Donc, je pense qu'en ça, c'est très important aussi. / (12-1)

I : Et / y a d'autres choses que cela apporte au / kiné, ou au patient ?

E6 : Euh... l'écoute active ?

I : Oui.

E6 : Euh... // je pense que oui, mais là, ça me vient pas.

I : Tu as parlé d'alliance thérapeutique, tu as parlé de / de seuil de la douleur, tu as parlé euh... d'adhésion au traitement,

E6 : Oui

I : Euh... d'observance du traitement.

E6 : Non, puis tout simplement oui. Tout simplement, la relation avec le patient, la relation de confiance qui est super importante, mais on revient à l'alliance thérapeutique, oui. Pour l'instant, je vois rien de plus. (10-2)

I : Ok. Et à toi, comme kiné, est-ce que cela t'apporte des choses ?

E6 : Oui, ben déjà, / je vois pas comment / comment discuter avec un patient sans lui montrer qu'on l'écoute. 'fin, // je sais pas, c'est ...// C'est même pas quelque chose de forcé, je veux dire, / c'est normal de montrer qu'on écoute quelqu'un, (13) /

donc je vois pas / ce que ça m'apporte en tant que kiné, ben ...// C'est déjà plus facile je trouve, notamment dans la phase de bilan. Parce que des fois, il y a des choses que le patient n'aurait pas dit, si on avait vraiment été très protocolisés, en utilisant vraiment un protocole "où est-ce que vous habitez", "est-ce qu'il y a des marches d'escaliers" etc... Là, de lui-même, il va dire, "ah oui, ben c'est vrai, d'ailleurs, cette douleur, je l'ai quand je vais promener mon chien", ou des choses comme ça. Et en écoutant activement, on a un puit d'informations énorme et au final, le bilan se fait tout seul.

I : Mmh

E6 : Simplement, on lance le patient, " pourquoi vous venez ? " et puis hop, ça y est, c'est parti, on a juste à le guider un petit peu, de temps en temps, vers là où on veut aller pour avoir des informations bien précises mais sinon / tout le bilan se fait tout seul. C'est / c'est un grand confort ! (rire).

I : Mmh

E6 : Et puis ça évite de refaire 15 fois le bilan.

I : Ok, parce que sinon, on referait 15 fois le bilan ?

E6 : En fait, souvent, des fois, on se rend compte que ben mince, il nous manque une information, alors on va voir le patient / la séance suivante et on lui dit, "mais euh.. est-ce que... " je sais pas "est-ce que vous avez d'autres loisirs, est-ce que vous faites d'autres choses, est-ce qu'il y a des choses dont vous ne m'aviez pas parlé?" Y a peut-être des informations / on se dit qu'il y a peut-être des informations qui manquent, alors que / là, en fait généralement, il nous dit la /majorité / de ce qu'on a besoin de savoir. (14-1)

I : Mmh //et donc ça / c'est la première séance ?

E6 : Oui. Oui oui. Et puis après, c'est tout au fil des séances. Je pense que le bilan, c'est quelque chose /qu'on vient compléter petit à petit, à force de voir le patient, / quand il va nous en apprendre sur lui, sur ce qu'il fait dans la vie quotidienne, sur la manière dont évolue sa pathologie ou ce pour quoi il vient nous voir, / mais euh... / mais c'est / 'fin / j'aime beaucoup, parce que dès la première séance, grâce à l'écoute active, on a énormément de / on apprend énormément de choses. (15)

I : Et est-ce que, du coup, tu pourrais me décrire cette première séance ?

E6 : Alors, ça dépend / clairement des patients. Mais euh... On va faire un truc un peu général, euh.. donc le patient arrive,

I : Mmh.

E6 : Euh ... donc euh... / on essaye de le mettre / là en ce moment c'est beaucoup lavage de mains et compagnie, mais je vais te passer toute cette / toute cette partie-là.

I : Ok

E6 : / On va commencer par prendre l'ordonnance etc... mais / en prenant l'ordonnance, on lui demande /pourquoi il vient, on va pas seulement lire l'ordonnance. Là, j'ai eu l'exemple, par exemple, d'une patiente qui est venue, comment ça s'est présenté ? // euh, elle me dit / je vois sur l'ordonnance "lombalgie machin"./ Et euh... pendant que je fais le dossier, je lui demande "mais euh... pourquoi vous venez ?" elle me dit, "j'ai /énormément mal au genou".

I : Mmh

E6 : Et là, / je me dit, il y a quand même un décalage, elle vient pour son dos mais / elle a mal au genou. Alors ben, je dis " d'accord, depuis combien de temps vous avez mal au genou?" etc.. et puis là, elle commence à partir "voilà, / euh.. mais je peux pas me faire poser une prothèse, machin ...", et puis / après on va déjà la regarder aussi, / on va déjà se rendre compte que ben / peut-être que ça va justement influencer sur ses douleurs de dos. Mais si j'étais juste partie en mode "ben, ok, elle vient pour son dos" "Qu'est-ce qui vous arrive au dos "etc... elle aurait peut-être pas / parlé de ses genoux ou alors, pas tout de suite. Après, du coup, il y a l'installation du patient, / une fois que le dossier est fait, (16)

I : Le dossier c'est-à-dire ?

E6 : Simplement tu sais, le fait de passer la carte vitale, l'ordonnance, tu sais que tout soit / tout soit prêt avant de commencer la séance.

I : Ah, ok.

E6 : Après, c'est vraiment / on installe le patient, donc moi, c'est / semi-allongé sur la table, bien installé, coussin sous les genoux etc... Je m'installe sur un tabouret./ un peu à coté, qu'on soit pas face à face, un petit peu,

I : mmh

E6 : // comme ça [montre la position] ouais.(9-2)

Et je dis "pourquoi vous venez ? expliquez-moi, ce qui vous arrive." Et alors là, ben voilà, c'est parti. J'essaye généralement d'avoir / pas mal d'informations sur/ la douleur. Depuis combien de temps ils ont mal, euh...// s'ils prennent des médicaments/ leurs loisirs, etc... mais généralement, ça vient / ça vient tout seul car ils me parlent que ça les empêchent, dans la vie quotidienne, de voir leurs petits-enfants ou de faire ci, de faire ça et euh... / (17)

Mais le fait de montrer qu'on les écoute, ça leur donne envie d'en dire davantage à chaque fois. / et euh / c'est en ça que c'est super intéressant / et super important. (5-2)

I : Ça veut dire que toi, / t'as / t'as tes questions en tête.

E6 : Je sais à peu près quelles informations il me faut.

I : Mmh

E6 : Mais / généralement, / en fait, des fois le patient / C'est pas ces questions qui sont si importantes que ça / pour le traitement. C'est pour ça que / le patient, il est expert / de ce qu'il lui arrive, et c'est à /lui de nous donner toutes ces informations. Et des fois, / on n'a pas besoin / d'avoir tout ce que je t'ai dit, des fois, c'est / beaucoup plus simple que cela, et c'est à lui / de nous le dire, quoi. // (18)

I : Ok, / et comment tu / penses qu'ils perçoivent cette démarche ?

E6 : // Euh, j'ai l'impression que c'est / 'fin /de mon impression, j'ai / c'est assez apprécié. / Euh.../ après c'est assez / je sais même pas, parce que / c'est vrai que je leur ai jamais trop posé la question. Mais / le fait de les écouter activement tu veux dire ?

I : Oui, oui oui.

E6 : /// Je pense que ça... /En tous cas, moi, de mon ressenti, je trouve qu'ils se confient davantage. / Et euh... y a pas / bon, il y a quelques patients avec qui c'est toujours un peu plus compliqué que d'autres, mais / c'est / ils sont beaucoup plus investis dans les prises en soin. // (19)

I : Les patients pour lesquels c'est plus compliqué, comment tu / décrirais / ce qu'il se passe ?

E6 : Euh .. alors, c'est des patients qui sont généralement assez renfermés sur eux-même. Donc, on va essayer de poser des questions ouvertes etc... pour euh.. / pour les faire parler mais généralement krrc, c'est très court, c'est des phrases, très arrêtées. Euh... mais ces patients-là, au final, ça finit toujours par se débloquer, j'ai l'impression, c'est-à-dire que, ben, 'un jour, il vont nous parler d'un petit truc, on va les inciter à en parler, et puis là, ça y est, ça se débloque : " Et puis au final, je vous avais pas dit, mais il y avait ça aussi et puis ..." // (20)

mais il faut qu'ils se sentent écoutés, il faut qu'ils / faut pas qu'ils aient l'impression qu'ils soient là juste pour être pris en soin, juste pour leur genou, juste pour leur dos, juste pour voilà, il faut vraiment / qu'ils sentent euh... / qu'on va les écouter pour / pour le moindre problème / qu'ils auront à nous dire, parce que tout peut-être lié. Mais si on ne leur fait pas sentir qu'ils sont dans

un endroit confortable, où ils peuvent parler etc., // ils en diront pas plus. (3-2)

I : Et donc, tu dis, "un jour", / "un jour, ça se débloque ? "Ça peut-être // quand /en fait ?

E6 : [inspiration] euh.. fff. // J'ai l'impression que c'est quand on a réussi à les mettre suffisamment à l'aise, et quand on a réussi à mettre le doigt sur ce qui / sur ce qui, /eux// leur tenait à coeur. / Je sais pas même comment expliquer ça. / C'est euh... Ça dépend de /eux, aussi, quand ils sont / quand ils sont /ouverts à ça. C'est ... / Je pense à un patient qui parlait pas du tout et puis, euh.. un jour, il a commencé à me parler de son petit-enfant avec qui / en fait, il s'était tordu la cheville en courant après son petit-fils, et puis un coup, j'en étais venu, je sais même plus pourquoi, à parler de son petit-fils, et / alors là, c'était parti.(21)

Il fallait trouver le point qui faisait parler le patient et puis, c'était beaucoup plus simple pour toute la prise en soin, pour euh.../ il parlait beaucoup plus.

I : Plus simple, euh... / dans quel sens en fait ?

E6 : Euh... / Dans la manière d'obtenir des réponses, dans la manière / d'avoir son ressenti sur la prise en soin, c'est-à-dire lui demander...

I: Ok.

I : Des fois, on lui demande si l'exercice convient, si c'est pas trop difficile, "non ça va" .et puis on en saura pas plus. Alors que là, il dit, " j'ai l'impression que c'est plus simple que la dernière fois".

I : Ok

E6 : Le fait de vraiment les englober, c'est / de leur faire ressentir qu'on est là qu'on les écoute, c'est / ouais, ça débloque tout, en fait.

I : Donc, finalement, est-ce que ce que tu dis, c'est / ça permet / l'écoute ,elle permet /aussi d'ajuster la prise en soin ?

E6 : le traitement, oui, exactement, oui oui.(22)

I : Ok. // Euh ... dans le /// Comment tu choisis, pour chaque patient, de mettre en oeuvre ou pas, de l'écoute active ? // est-ce que tu choisis d'ailleurs ?

E6 : Non, ça se fait / c'est avec tous les patients, en fait, faut vraiment que tout le monde se sente écouté, donc je // c'est / avec tout le monde.

I: Quelque soit, finalement / l'ordonnance ?

E6 : C'est ça, oui.(23)

I : Ok. / et / bon, et y a peut-être des moments où / ça se passe pas, quand même ?

E6 : Euh... je t'avouerais que y a des fois, il y a des problèmes avec la barrière de la langue. Il a des patients qui // en fait, on n'arrive pas du tout à se faire comprendre, on n'arrive pas à les comprendre ou inversement, et quand il y a pas de traducteur ou de traductrice à côté, c'est /super compliqué. / Et le fait de mettre en place l'écoute active, de / de montrer quand on comprend, quand on comprend pas, de / ou vraiment de bien acquiescer quand / il y a quelque chose / qui est compris, / euh... je pense que c'est aussi //, c'est bien aussi pour / dans ces cas-là.  
//

I: C'est bien de /

E6 : De vraiment forcer l'écoute active.

I : Avec une barrière de la langue, donc quelqu'un qui comprend pas bien le français, ou qui s'exprime pas trop bien en français, c'est ça ?

E6 : C'est ça, oui.

I : Et du coup, est-ce que t' arrives à / obtenir / les informations que tu / tu souhaites / quand même ?

I : En tous cas les patients essayent davantage, parce que si jamais / 'fin // je peux même pas exactement en être certaine, parce que / je crois que j'utilise l'écoute active à peu près avec tout le monde, mais // le fait de montrer que nous, on force un petit peu pour comprendre, que c'est pas parce qu'on les a pas compris, que bon, ben, on passe à autre chose et que l'information-là, elle passe à la trappe, / le fait qu'ils voient / qu'on insiste, / ils vont /vraiment essayer par tous les moyens de nous faire comprendre ce qui va, ce qui va pas, et euh .../ ils voient qu'on est impliqué / dans leur traitement, et du coup, ils ont envie aussi de nous aider euh... à trouver une solution pour / pour que ce soit bénéfique pour eux / à terme, quoi. (24)

I : Mmh ///

I : Et euh... du coup, dans le /temps d'une séance, / comment ça se passe ? enfin, comment tu manages le /temps / d'une séance, avec cette écoute ? ou des séances ?

I : Euh... /// ben, déjà, en fait, moi, les séances sont découpées, / c'est assez compliqué parce que moi en plus, / on a une balnéothérapie au cabinet, donc généralement la balnéo, c'est un temps d'autonomie quand le patient a l'habitude, / souvent quand il a une pathologie chronique. / Et euh.../

Sinon, généralement, il y a toujours au moins 20 minutes que je passe/ avec le patient, donc soit en cabine, soit en salle, pour le travail. Et / là c'est vraiment de l'écoute active tout le temps quoi, c'est-à-dire, ben, on peut parler euh... / du traitement, voilà expliquer des exercices etc... mais sinon, c'est / on est vraiment / là pour le patient, on le regarde, euh... / on attend qu'il nous / On peut poser des petites questions ouvertes pour savoir un peu comment ça se passe pendant l'exercice, est-ce qu'on peut rajouter du poids euh...mais // en fait, je / je vois pas à quel moment, on fait pas d'écoute active à partir du moment où on /est avec le patient. /// Non, j'ai l'impression que c'est / tout le temps, il faut qu'on soit vraiment à l'écoute du patient, quelque soit le moment, on sait jamais euh... / on n'est pas expert pour lui, et y a des moments où il peut avoir / envie de nous dire quelque chose, il y a peut-être des moments où il se passe quelque chose, et euh... on doit être là, pour saisir / saisir l'information quoi. (25)

I : Et t'as dit 20 minutes avec le patient,

E6 : Oui

I : Et // du coup, si le patient s'exprime beaucoup, euh... / 'fin, comment / comment tu fais dans ces 20 minutes-là, ou au delà de ces 20 minutes ?

E6 : [inspiration] euh ... s'il s'exprime beaucoup au point, de // de rallonger le temps ? au point de ...

I : Oui, par exemple, oui.

E6 : // C'est vrai que c'est toujours compliqué (rires), on ne sait jamais comment s'esquiver dans ces moments-là, euh...// pfff. Généralement, /ouais. Il faut trouver le moment où il va / arrêter

sa phrase / et puis là, on lui dit / ce que j'aime bien faire, j'ai eu le cas aujourd'hui, il y a une patiente qui parle énormément. C'est / on dit " d'accord", / enfin, on dit "ok, d'accord", / on répond à sa question si / on fait un reflet si besoin pour montrer qu'on a écouté, puis on dit " je m'absente, je vous laisse travailler en autonomie", ou "je vous laisse patienter 1 minute" et puis, en revenant, toujours avoir un mot / pour raccrocher les wagons en fait, pour dire "donc vous m'aviez dit ça, machin...", pour qu'il puisse continuer à s'exprimer. (26) / Je sais pas si je réponds à ta question.

I : oui, je pensais plutôt à la fin de la séance. /

E6 : comment arrêter la séance ?

I : oui.

E6 : // c'est vrai que c'est compliqué. // euh... // il faudrait une situation concrète pour pouvoir bien répondre, je pense que toutes les situations sont différentes mais euh... // mmh / comment je peux te répondre ?

I: bon, enfin, c'est peut-être pas // du coup, c'est peut-être pas un problème pour toi, en fait ? ça se passe...

E6 : Franchement, non,

I : Ok

E6 : Non en fait, ça va toujours, c'est // ça s'arrête progressivement euh ... de part et d'autre, donc, euh ... ça va. (27)

I : Ok. Tu as parlé de balnéo, d'un cabinet à plusieurs, vous êtes / plusieurs kinés ?

E6 : Oui.

I : Ok. Et du coup, euh...comment tu / penses que tes collègues, ils perçoivent, / cette manière de faire que tu as / d'écouter euh...

E6 : On travaille pas du tout de la même manière déjà. / Euh... je suis avec un vieux kiné, si on peut dire, euh... / qui est sorti de l'école il y a très longtemps. / Et euh.../ en fait, c'est assez / c'est assez spécial comme manière de faire, c'est à dire que lui, il travaille avec sa femme et sa femme elle est / elle est infirmière, elle fait tout ce qui est secrétariat. Et lui, il fait plus / il est plus dans les actes. C'est à-dire / sa femme lui dit " bon ben, voilà j'ai envoyé M. Machin en piscine" ou "M. Machin t'attend, je lui ai mis du chaud," "je lui ai mis ... " voilà, "ah tiens, qu'est-ce que tu penserais de ça ? "Mais lui, en fait, / il prend énormément de patients en même temps, / et c'est aussi en ça qu'on travaille pas de la même manière et du coup, j'ai l'impression qu'il a moins de temps avec ses patients. / Il considère que / on en a discuté il y a pas longtemps, / que je prends /trop de temps. Et ça aussi, c'est assez compliqué, quand euh... parce que moi, j'veux dire, j'ai / j'ai deux patients par heure, 3 patients max quand il y en a un en piscine. Lui, c'est plus / on est plus dans l'ordre de 5, 6, 7 patients en même./ en une heure. Et du coup, il me dit "c'est de la perte de temps, ces patients-là, tu pourrais être aussi efficace en un quart d'heure". (28)

Et pour moi, peut-être au niveau / au niveau de la prise en soin enfin, je sais pas comment dire, / manuelle, peut-être oui, qu'en un quart d'heure, on pourrait être aussi efficace, mais / s'occuper de quelqu'un, c'est pas seulement une question de technique, c'est aussi une question d'écoute,

c'est aussi une question / de discuter pour débloquent des choses et euh... ce temp-là, on ne peut pas le réduire, / ça dépend de chaque patient, / il y a des patients, certes, on pourra faire des séances en 20 minutes, y en a d'autres ils auront besoin d'une demi-heure, 3/4 d'heures, peut-être plus. Voilà. Il faut vraiment, je pense, être assez flexible et pouvoir réserver le temps qu'il faut à chaque patient, et même selon les jours, parce que des fois, y a des patients qui vont avoir besoin de plus parler, et, d'autres fois où/ où non, pas spécialement, la séance va se dérouler assez / assez rapidement. (29)

I : C'est à-dire que tu adaptes ton temps de prise en charge c'est ça ?

E6 : Oui, c'est ça.

I : Ok /// et euh // donc, lui, sa perception, c'est euh... que tu / tu perds du temps, en fait ?

E6 : C'est ça.

I : Et toi, ta perception ?

E6 : Euh.. , je perds pas du temps, non, c'est pas du temps perdu, et au contraire, oui, comme je te disais, c'est du temps gagné parce que des fois / y a des informations, enfin// c'est / c'est aussi la part d'éducation qu'on a en kiné. (14-2)

Des fois, y a des patients / y a un patient, je sais plus pourquoi il venait, enfin bref, toujours est-il qu'au bout d'un moment, au bout d'une ou deux séances, il a commencé à me parler, de / "ah ben j'suis allé courir hier". J'ai posé des questions pour qu'il me parle un peu de la course et c'est là, que je me suis rendue compte " ah mais vos chaussures, vous les avez depuis 3 ans, vos chaussures ?" On a regardé ensemble ses chaussures, on s'est rendu-compte qu'il fallait modifier le pas, modifier sa manière de courir etc... et je me suis dit, mais, si c'était mon collègue qui avait pris ce patient, euh... / il aurait jamais posé de questions, il se serait occupé / il se serait occupé de ses muscles, il aurait regardé l'articulation et puis basta, au revoir, quoi. Et/ en ça, je trouve que c'est aussi une perte de chance pour le patient, parce que / il va passer quoi, il va passer 10 séances et il va retourner voir son médecin, il va dire, "voilà, la kiné, ça m'a rien fait"/ et / et il va rester avec ses douleurs. Enfin / je trouve qu'on ne peut pas passer à côté de l'écoute active pour inciter le patient à parler, c'est quelque chose de vraiment fondamental dans la prise en soin. (30-1)

I : Mmh, // ok, on passe à côté de choses, en fait ? ///

E6 : Ah oui, oui, oui. ///

I : Ok. // euh... et du coup, comment t' en est venue là ?

E6 : Euh.. hum ! bonne question! / euh... je sais pas trop en fait. euh.. / Je / Moi, j'ai ma maman qui est dans le soin déjà. /

I : Mmh

E6 : Et c'est quelqu'un qui est très très à l'écoute aussi, et du coup, ben ça m'a paru assez naturel de partir là-dedans. (31)

Et euh... // c'est quelque chose peut-être qui m'a manqué un peu à l'école. On avait certes, tout ce qui était les sciences humaines, mais j'avais envie d'en avoir un peu plus. /(32)

Et euh.../ . moi, en fait, à la base, j'étais partie là-dessus pour mon mémoire, mais j'étais partie sur la / à la base c'était plus / par rapport à la douleur. Je voulais voir en fait, si le fait de / passer

plus de temps avec le patient, de lui accorder de temps / permettait / de / de mieux gérer la douleur, de trouver plus de / leviers à enclencher pour l'aider etc... / et de fil en aiguille c'est là-dessus que je suis tombée sur l'entretien motivationnel],(33)

mais bref / euh... / la question c'était "comment j'en suis venue là ?". Je sais même pas en fait, je pense que c'est tous les parcours humains qu'il y a à côté, / mais c'est pas forcément lié à la kiné.(34)

I : Mmh, oui, tu as parlé de soin, finalement, de prise en soin, c'est un mot que tu utilises beaucoup.

et euh... /

E6 : Oui

I : Et pas "de la kiné " finalement.

E6 : Non, oui. / C'est plus global que ça. C'est / certes, on fait de la kiné, mais on est là pour écouter le patient, et puis aussi pour lui proposer d'autres alternatives, je pense des fois, y a des patients / enfin, je vois des patients pour des problèmes vestibulaires, et euh / et / des questions toutes bêtes, " Mais ? vous avez été voir un ORL ?" "Ben non" / mais parce que le médecin, / peut-être que le médecin n'a pas pu prendre le temps de parler avec lui euh... qu'il était pas au courant de ses vertiges, parce qu'il avait juste dit qu'il avait mal aux cervicales, et qu'il a pas posé la question.(35)

C'est aussi en ça que je trouve que c'est pas une prise de temps / une perte de temps pardon, et ça, je l'ai pas dit tout à l'heure, mais euh...le fait de passer plus de temps avec le patient, on va tout de suite pouvoir partir dans la bonne direction, / au lieu de faire quelque chose de très protocolisé puis de se rendre compte en cours de chemin, que ben, / peut-être que ce n'est pas ce qui correspond le mieux au patient, peut-être qu'une autre technique, peut-être qu'il y avait autre chose derrière, peut-être que / voilà, c'est de l'investissement pour / plus tard.(30-2)

I : Ok, donc tu es partie, au départ, aussi sur une idée que / la douleur avait un rapport avec le / temps / le temps de prise en charge ?

E6 : Oui.

I : Et ça aujourd'hui, / qu'est-ce que tu en penses ?

E6 : Euh ... justement, je me pose toujours plein de questions par rapport à la tolérance à la douleur. Enfin, je suis vraiment /bloquée sur la /tolérance à la douleur, je me dis/ je sais pas si on peut vraiment / influencer sur la douleur, le simple fait de les écouter, les patients, le simple fait de dire "oui, votre douleur, elle existe", enfin, parce qu'il y a beaucoup de personnes qui disent "oui, vous exagérez" non, faut leur dire, "oui, vous avez mal, on n'est personne pour juger votre douleur" déjà tout de suite, on a l'impression que cela la rend plus supportable.(12-2)

I : Mmh

E6 : Donc, je pense que le fait de les écouter, ça doit énormément jouer sur le fait qu'ils se sentent compris et / c'est quelque chose qu'ils peuvent du coup, mieux gérer /eux-mêmes.(36)

I : Ah oui ?

E6 : Mmh ////

I : Finalement, ça facilite aussi la séance, quand /il y a des / des techniques qui sont peut-être un

peu douloureuses ?
E6 : Oui, mmh, mmh. /// Je ne sais pas, j'ai pas d'exemples à te donner là comme ça, mais // Si, y a / je sais pas si c'est trop en rapport avec l'écoute active, mais il y a tout ce qui est, / comment on appelle ça / euh... hypnose conversationnelle ?
I : Mmh
E6 : Notamment, là, j'ai en tête / les mobilisations de genou chez les patients qui ont été / qui ont bénéficié d'une pose de prothèse, et euh.. quand c'est très difficile de passer en flexion, on y a va tranquillement, on / on leur montre qu'on prend le temps, qu'on respecte leur douleur, voilà. Et puis, on essaye de parler avec eux, donc, on les lance sur quelque chose ou alors eux-mêmes, ils vont se lancer et on va juste les inciter à continuer, et euh... et petit à petit, on va pouvoir gagner en amplitude, c'est vraiment le fait de sentir qu'ils sont là, ou simplement leur occuper l'esprit, je sais pas, / franchement, je ne sais pas, ça va permettre d'avancer plus facilement, et de mieux progresser / dans le / au niveau de leur douleur, de leur pathologie et compagnie.(37)
I : Quelque soit le discours du patient ? parce que là tu dis/ tu les laisses s'exprimer,
E6 : Mmh
I : Euh... // s'ils s'expriment sur leur douleur présente, est-ce que ça produit le même effet ?
E6 : Ça, j'ai pas fait trop attention à ça, euh... / je saurai pas te répondre. J'ai pas fait / j'ai pas fait attention à ça.
I : Ok. Euh... et qu'est-ce que tu penses, finalement, de cette technique, ou de cette attitude d'écoute, pour la profession de kiné / en général.
E6 : Je pense qu'on ne peut pas faire sans. Parce que, un patient, on peut pas le limiter à sa douleur, sa pathologie, ou ce pour quoi il vient. Et il faut vraiment prendre en compte, tous les facteurs qui peuvent influencer / sur la manière dont il se sent, sur euh... et euh... / Il faut vraiment tout prendre en compte. Et sans écoute active, euh... on peut avoir tendance à se mettre euh... / à beaucoup trop se limiter en fait. / Et on a besoin du patient, on a besoin / de l'alliance thérapeutique, pour pouvoir explorer un petit peu, tout ce qu'il y a autour de sa pathologie, pour savoir qui il est, pour savoir d'où il vient, ce qui lui est arrivé, et / ce qui peut faire / qu'il est pas bien à ce moment-là, ou en tous cas, qu'il a besoin / il a besoin de nous. (3-3)
Mais sans écoute active, ben, il va pas forcément avoir besoin de coopérer, il va juste attendre qu'on s'occupe de lui, et puis, / on n'aura pas tous les éléments pour le faire au mieux, quoi.(10-3)
I : Et tu penses que / enfin, comment c'est partagé, dans la profession, en général, / de ce que tu peux en / savoir, ce point de vue là, que tu / dis : "on peut pas faire sans".
E6 : J'ai l'impression que c'est quand même beaucoup les / nouvelles générations de kinés qui / sont attentives à ça.
I : Mmh
E6 : Les anciennes, les anciennes, pas tellement, enfin, de ma toute petite expérience, les anciennes, j'ai l'impression que c'est // c'est plus euh. ./ c'est plus euh... / "je traite et puis basta". Mais / c'est vrai que cela donne de l'espoir de voir que tout ce qui est modèle bio-

psycho-social, tout ça, c'est quand même plus / plus courant, on y fait beaucoup plus attention. // J'espère que ça va continuer (rire).(38)

I : Et dans quelle / pour que / pour que ça se généralise peut-être, un peu, tu penses que // qu'il faudrait faire quoi ?

E6 : Continuer déjà d'en parler à l'école. / euh.. parce que c'est super important, je pense que les cours de sciences humaines, ça a été quelque chose de / de super chouette et il faudrait / faudrait continuer là-dessus. / euh... (39)

Qu'est-ce qu'on pourrait faire d'autre ? / Ben, il y a des formations qui sont proposées déjà mais euh... // mmh, peut-être, ouais, des conférences un petit peu, comme celle qu'on a avec [information supprimée pour l'anonymat] qui sont vraiment très intéressantes, ça pourrait être bien de voir les dernières études sur / l'impact de / comme ce que tu fais un petit peu avec ton mémoire en fait,

I : Mmh

E6 : Sur l'impact de l'écoute active / sur / l'évolution / ou sur comment se sent notre patient. / Comment est-ce qu'on peut faire ? // [inspiration] Je pense que c'est déjà des bonnes pistes à explorer (rire).(40)

// Parce que je suis pas sûre que faire quoique ce soit / si, parce qu'il y a des vieux kinés qui voudront bien changer, mais ils sont tellement / dans leur routine et euh, / c'est assez compliqué de leur dire qu'il faut changer de manière de travailler, en fait. // Mais on peut toujours essayer ! // (41)

I : Finalement pour toi, c'est / c'est aussi, une manière de travailler ?

E6 : Oui, ah oui oui ! je / je dis : je ne vois pas à quel moment on ne fait pas d'écoute active. / Du moment qu'on a le patient en face de soi. (4-2)

On n'est pas là, nous, pour le baratiner, on est là pour que / pour lui, et c'est à lui de s'ouvrir à nous et il faut qu'on l'aide à / être dans les meilleures conditions pour le faire. //(10-4)

I : Ok. Et euh... / est-ce qu'il y a des moment où toi euh... / tu le sens pas trop, en fait ?

E6 : Où je sens pas trop ?

I : Euh ... d'écouter le patient.

E6 : Ah fff. Je pense que c'est humain, mais c'est important de le faire quand même. Oui, peut-être qu'il y a des moments où j'écoute un peu moins le patient, où j'ai plus la tête ailleurs, ou des choses comme ça. Mais / non vraiment / c'est / c'est pas pour autant qu'il faut laisser tomber, / qu'il ne faut pas les écouter, quoi. //(42)

I : Ok, et ben, écoute pour ma part, j'ai fait un peu / le tour des / des thèmes que je voulais aborder / dans l'entretien. Je ne sais pas si toi, de ton côté, il y aurait un truc, / [inspiration] auquel, / je serai totalement passée à coté (rire).

E6 : Euh... ben non, euh.. mais si tu veux, s'il y a d'autres questions qui te viennent ou si j'ai / d'autres idées, je peux t'envoyer ça / par écrit, par mail ou autre, y a pas de soucis.

I : Ouais, pourquoi pas.

E6 : S'il y a d'autres choses qui te viennent, n'hésites pas.

I : Ou toi, des points importants, où tu te dis [claquement de doigts] "zut, j'ai oublié de te parler

de cela" !
I : Ça marche. Ah ben, qu'est-ce que je peux te dire. Non, enfin, je pense qu'avec ton mémoire, tu as tout ce qu'il te faut mais ... / il faut déjà une grosse part de bienveillance quand on écoute le patient, ça, j'en ai pas parlé. / Mais c'est / Faut vraiment pas qu'il se sente jugé, il faut qu'il se sente à l'aise. Et euh... on est là pour l'écouter, on est là pour s'occuper de lui, pas pour le critiquer sa manière / de vivre, pour dire " ah ben, ça c'est mal", c'est / on n'est pas là pour ça, (43)
on est là pour l'aider à trouver des solutions, / pour l'accompagner, mais on n'est aussi pas là pour le faire à sa place. Donc, c'est aussi quelque part l'écoute active, c'est lui montrer que c'est à lui de / c'est à lui de parler, c'est à lui d'agir. / voilà. /(44)
I : C'est actif pour le patient aussi ?
E6 : Ah, c'est ça ouais ! / Dans la manière de travailler aussi. euh... je sais pas si, c'est euh..., ça sort peut-être un peu de l'écoute active mais euh.. euh../ j'trouve que les / enfin // Comment dire ça, par où commencer? / Personnellement, je suis très dans euh/ tout ce qui est euh...euh.../ prise en soin active. C'est à dire, c'est pas : "le patient, on le met sur le dos, on lui met du chaud et puis on attend". Voilà. C'est aussi, un peu dans la nouvelle vague de kiné, et euh.. / c'est super important aussi, parce que le patient, il est pas là : "ah ben je me tourne les pouces, à la maison je fais rien".(45)
On lui fait comprendre que pour que cela aille mieux, va falloir qu'on bouge, il va falloir qu'on fasse ci, qu'on fasse ça et quelque part ça l'implique davantage, et / ben, / il est au même niveau que nous, en fait.
I : Mmh.
E6 : Voilà. ///
I : Au même niveau de // de quoi ? au même niveau de ... //
E6 : D'expertise, on va dire.
I : Ok. //
E6 : Lui, c'est son corps, et nous, on vient lui apporter les réponses quand il en a besoin. Mais euh... C'est / quelque part, c'est lui qui va / il faut qu'il se / qu'il se traite lui-même, on va être là, c'est sûr, on va avoir des techniques qu'il n'a pas et qu'il peut pas faire lui-même mais // il faut qu'il se prenne en main (rire). //(46)
I : Ok .//// Ok, ben écoute, je te propose qu'on /s'arrête-là.
E6 : Ça marche.
I : Si / si t'as plus, / plus d'autres idées / à rajouter.
E6 : J'ai pas grand chose à rajouter, non (rire)
I : Ok et ben, écoute ,c'est super, merci beaucoup.

Fin du cadre de l'entretien semi-directif à 36' 50"(durée de l'entretien :36' environ)

L'échange se poursuit informellement :

- demande et recommandation d'autres collègues à interviewer.
- échange sur mon mémoire
- nouvelle idée sur le sujet de l'écoute active retranscrite ci-dessous :

E6 : On était énormément de kiné à couper la parole à ses patients,

I : Mmh

E6 : Euh... l'air de rien, des fois, ils parlent et on dit, "ah oui, parce que ..."voilà. On voulait faire voir qu'on sait, qu'on avait écouté quand il parlé. Il y avait une étude là-dessus, je crois que le patient se fait couper la parole 80% du temps, / il peut pas finir ses phrases lui-même / et euh... c'est quelque chose d'important aussi, moi je sais que j'ai du mal avec ça, (rire) essayer de pas couper la parole au patient quand il parle, d'acquiescer, / un petit silence pour repartir, rebondir dessus, / c'est important aussi, ça lui montre qu'on écoute, / jusqu'au bout de sa phrase en fait. / voilà / j'avais oublié (rire)(47)

I : (rire) //// Ok. Ben écoute, / merci beaucoup encore, et puis, voilà, peut-être à bientôt par mail.

## Entretien 7

6 novembre 2020

Réponses au questionnaire de recrutement :

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Je suis kinésithérapeute libéral et je reçois régulièrement des patients douloureux chroniques.  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Je pratique l'écoute active régulièrement (plusieurs fois par semaine) depuis plus de trois ans. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | J'ai été formé(e) à l'écoute active et je pratique régulièrement depuis cette formation.         |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Je suis formateur(-trice) et j'enseigne l'écoute active dans les formations que j'assure.        |

Je suis d'accord pour participer à cette étude et être interviewé(e) dans ce cadre,

L'interviewé :

- Homme
- Tranche d'âge : 25 -35 ans
- D.E. MK : 2016
- Formations : diverses (contrôle moteur et sport, communication, outils de prise en charge de la douleur)
- Spécialité : douleur persistante
- Formateur : hypnose intégrée à la kinésithérapie
- Aujourd'hui : activité libérale, cabinet de groupe
- Situation du cabinet : ville dense

Conditions de l'entretien :

- en visioconférence, cadres personnels
- une interruption de l'entretien pour des problèmes de connexion
- relation cordiale
- fatigue de l'interviewer à la fin de l'entretien

Début de l'entretien semi-directif à 3'07" de l'enregistrement, après les tests de prise de son.

Interviewer (I) : J'aimerais / tout simplement que vous me parliez de votre pratique, / donc de

l'écoute active / avec vos patients dans le / en kiné libérale, voilà, comment ça se passe ? / pourquoi ?

Interviewé (E) : centrée sur l'écoute active, c'est ça ?

I : voilà, c'est ça. /

E7 : ok. / Alors moi, / j'ai pas une définition très claire de ce que c'est, l'écoute active, / dans le sens où je sais que c'est un terme qui est utilisé dans la littérature, et / et je ne sais pas exactement ce qu'il englobe. Cependant, / j'ai fait différentes formations qui, je pense, n'utilisent pas le même concept mais utilisent les mêmes compétences, notamment à travers l'hypnose, l'entretien motivationnel et d'autres techniques.(1)

I : mmh

E7 : Du coup, avec mes patients, comment ça se passe ? euh... Déjà, si on parle de la première séance qui est très souvent la / la porte d'entrée, euh... lors de l'anamnèse, / l'écoute active en fait elle va se mettre en place (2)/

moi, j'aime bien / commencer par une question ouverte / donc qui est souvent : " en quoi est-ce que je vais pouvoir vous être utile ?" / et ensuite d'écouter la personne,(3)

et donc du coup, là, il y a différentes choses que je vais mettre en place qui vont être euh... /de l'ordre de la communication verbale, non verbale, et même paraverbale, sur comment je module le son de ma voix, / comment je me positionne aussi dans l'espace. (4)

/ Ça c'est des choses que j'ai volontairement travaillées, par exemple, ou même au niveau de la proxémie, sur euh... / je suis pas sur un bureau, et puis une chaise, / en face de l'autre, mais plutôt le bureau sur le côté, comme ça j'ai mon ordinateur et j'ai toujours / mon regard qui est toujours sur la personne, et puis il n'y a pas d'obstacles entre la personne et moi.(5)

Et euh... (toux) du coup, au niveau verbal, euh / je vais beaucoup euh.. écouter la personne, donc, du coup, les seuls moments où je vais parler, ça sera pour la relancer,(6)

I : mmh

E7 : un peu comme les techniques que vous allez utiliser dans le / dans l'entretien avec moi. Donc, ça va être / des reflets, / euh... ça va être le fait de répéter une partie de la phrase que la personne a dite avec une inflexion de voix vers le bas,(7)

le fait de faire des résumés, " si j'ai bien compris, vous me dites : tatata " et laisser un silence pour que la personne enrichisse ou valide le résumé et puis demander à la personne de développer comme vous allez le faire aussi, avec des "c'est-à-dire" " dites-m'en plus" etc...

Donc, ça ça va être pour le coté euh... verbal.(8)

euh ... Au niveau du non-verbal, / je vais avoir tendance à la regarder, pas / avoir le regard fuyant, euh... / avoir une attitude plutôt / ouverte / et euh... centrée sur la personne, / faire gaffe à pas trop / me toucher le cou, [mime] m'étirer, à regarder ailleurs, qui peut vite être interprété par la personne, comme " ah ben, mince, il ne m'écoute pas " / et donc, voilà, je dirais que je prends du temps pour faire ça, (9)

enfin, c'est / c'est des choses que j'ai travaillées et qui sont maintenant intégrées, je pense qu'on le fait tous plus ou moins et le fait de s'y former, cela permet de développer ce type de compétences et euh...(10)

après je me mets dans une posture où j'ai envie de comprendre. / Ça c'est un peu différent que juste / utiliser des techniques euh... / de communication. C'est / Vous savez , on parle toujours de savoirs, / savoirs faire, savoir -être. Et moi, le savoir-être, c'est une / une notion qui / qui me plaît beaucoup depuis ces derniers temps, / sur laquelle, je m'intéresse beaucoup et / j'aime bien cette notion de savoir-être en tant que / euh... avec une posture qui est : j'ai vraiment envie de comprendre pourquoi la personne elle est là, qu'est-ce qu'elle attend de moi, qu'est-ce qu'elle pense qu'elle peut faire, qu'elle peut pas faire, quelles sont les choses qu'elle a envie qu'on fasse ensemble, et euh... / vraiment comprendre l'histoire des personnes. //(11)

Plutôt que justement, avoir des questions à type d'anamnèse qui vont être très euh... thérapeute-centrées, / avec des questions très fermées directement, où je coupe la parole, / où / je saute du coq à l'âne, parce qu'en fait, / il y a certaines informations très précises qui m'intéressent et pas tout le reste./

I : mmh

E7 : alors qu'en fait, il y a / de l'intérêt à tout ce que va me dire la personne. //(12)

I : ok, vous avez dit à un moment donné "je prends du temps pour faire ça". Donc euh... ça veut dire quoi, du temps ? ça veut dire combien ? ça veut dire ...

E7 : euh... vous voulez dire, dans le temps de / l'anamnèse, enfin, le temps où je / j'écoute la personne ?

I : oui, dans le temps de la séance, ou même dans le temps de la prise en charge.

E7 : hum / oui, hum, /// c'est dur de donner une donnée chiffrée. Mais je pense que / moi, j'ai fait en sorte que mes premières séances, elles durent trois quarts d'heure, une heure.(13)

D'avoir du /temps / pour faire une première séance. / D'autant plus que j'ai souvent des patients, comme je vous disais / enfin, tous mes patients ont des douleurs persistantes et donc du coup, ils ont souvent de longues histoires. / euh... (14)

Du coup, je pense que ce moment là, où le patient parle, à mon avis, ça peut bien durer entre // 15 minutes, voire / 25 minutes, / 15-25 minutes, je pense, facilement, / et puis parfois il peut y avoir / ça peut déborder plus ou moins. euh... / (15)

Et après, effectivement, là, je parlais de la première séance, mais après, dans les séances suivantes ça va constituer quand même pas mal de temps de séance, euh ... / après, c'est assez variable aussi pour les patients.(16)

Il y a des patients qui ont besoin de plus parler, de plus / comprendre, de plus / verbaliser, ce qui leur permet de mieux intégrer les / concepts qu'on apporte dans dans dans les séances.(17)

Mais je pense que cela occupe une très grande place dans mes séances de rééducation. //(18)

I: euh.. / Et cette place là, par rapport aux / autres traitements que vous mettez en place, comment ça s'agence euh... ?

E7 : // ben, en fait, le but, c'est que / cette écoute active, pour reprendre le terme, / elle / elle est / elle soit mise en place / de manière /suffisante pour que justement / le patient ait de la confiance, qu'il ait compris / les choses qu'il avait /besoin de comprendre, / qu'il / se soit senti compris / et une fois qu'il y a ces principaux ingrédients, et j'en oublie certainement,(19)

/ euh... là, on va pouvoir / justement / répondre à ces attentes / qui auront été émises pendant

euh... ce moment d'échange. Et donc, du coup, / une fois, qu'il y a cette base-là / En fait, c'est pas comme si c'était juste une technique mais le fondement de la prise en charge. (20)

I: mmh

E7 : et ensuite, on peut aller sur des techniques de prise en charge. C'est-à-dire que euh.. /Je pense à une patiente par exemple, que j'ai eu hier, on a passé euh... en fait / beaucoup de temps à discuter, on avait une séance de 45 minutes. / On a passé euh... / 40 minutes en fait à discuter, / parce que elle, elle avait besoin de me poser des questions / par rapport à la douleur, par rapport à notre première séance, parce que c'était une deuxième séance / et euh... de vraiment comprendre / comment aller se mettre en place la / suite de la rééducation, et en fait, on a gardé / il restait à la fin 5 minutes, / pour qu'on mette en place un exercice, que je lui explique comment il fonctionne et qu'elle puisse le refaire/ jusqu' à la prochaine fois où on se verrait.(21)//

Mais, il y a aussi des moments où / cette phase-là, elle était passée, par exemple, cette patiente / dans un mois, certainement, en fait, on passera / 5 -10 minutes ensemble / à faire un espèce de feed-back, de comment se sont passés les derniers jours, les dernières semaines avec ce qu'elle devait faire / pour ajuster un peu s'il y a besoin, et ensuite on engagera sur de l'exercice, de l'activité physique ou d'autres types d'outils, où là du coup, le temps d'écoute active, il sera limité au début de la séance,(22)

même si, // et c'est là qu'il faut être précis, / pendant qu'on fait des exercices, il y a aussi de l'écoute active, parce qu'en fait, je questionne / sans cesse "qu'est-ce que vous ressentez ? " comment ça se passe pour vous, racontez-moi" et en fait, on va ajuster tout le soin en fonction de cette écoute, et des besoins de la personne. // (23)

I : ok, c'est-à-dire que / dans les /résultats que vous attendez de l'écoute active,/ il y a / la compréhension de la personne./ si j'ai bien compris,

E7 : mmh

I : il y a / aussi l'adaptation finalement, des exercices donnés // est-ce que

E7 : oui, tout à fait.

I : ouais

E7 : Il y a // m'assurer que je comprends bien ce que me dit la personne./ que la personne comprenne que je la comprends //

I : (rires)

E7 : ouais, et euh... // ajuster le traitement en fonction de ce qu'elle ressent, de ce qu'elle vit.//

Et en fonction de ses objectifs qui peuvent évoluer, de ses attentes qui peuvent changer etc.../ (24)

I : ok. / Et vous avez dit, à un moment donné, "il y a des patients qui ont besoin, euh... / de euh... temps, de etc... " Est-ce que ça veut dire qu'il y a aussi des patients qui ont /pas besoin ? /

E7 : (rire) mmh./ Je dirai qu'on a tous besoin d'être écouté, et // surtout quand on va voir un professionnel de santé, parce que / quand même on livre une partie de soi, / une partie de son intimité, euh... après, c'est évident qu' il y a des personnes en fait, qui vont avoir des postures / différentes,euh... des postures parfois plus passives, un peu plus attentistes, sans que ce soit

péjoratif parce que pour elles, c'est / le professionnel de santé qui est en face d'eux qui sait, / c'est lui le sachant,

I :mmh

E7 : et donc du coup, je délivre le minimum d'informations / et c'est lui qui sait de toute manière. Voilà, je pense qu'il y a ce type de profil aussi. (25)

Après, c'est aussi à moi, en tant que professionnel de santé, de faire comprendre à la personne, / que / ben, oui, moi, je suis expert en kinésithérapie, mais que la personne qui est en face de moi, mais vous là, le patient, vous êtes expert de votre corps et que j'ai besoin aussi de savoir, ce que vous vous vivez. Quelles sont les pensées que vous avez, quelles sont les attentes que vous avez ? comment vous envisagez votre pathologie, votre douleur ?

Qu'est-ce que cela vous a fait quand le médecin vous a dit que vous aviez le / la colonne de quelqu'un de 80 ans ? etc.. etc.. // (26)

Donc, ces personnes-là qui sont / donc tout le monde a besoin d'être écouté, je pense, surtout dans un contexte de soin et / les personnes qui sont un peu moins prolixes, on va le dire comme ç, euh... euh... moi, je vais faire en sorte de poser un cadre où / elles comprennent qu'elles /peuvent justement développer si elles le souhaitent, et si elles ne le souhaitent pas , et ben, c'est tout aussi bien. Parfois, il y a des personnes qui / qui ont pas besoin de s'étendre plus que ça parce ce qu'elles ont / déjà une écoute de la part d'autres professionnels de santé, / et / auquel cas, elles ont juste besoin / de donner un minimum d'informations pour que je comprenne la situation et ensuite elles savent déjà ces personnes-là, ce qu'elles veulent, ce qu'elles attendent (sirène) C'est ok, pour vous si je vous donne des exemples de patients ? (27)

I : ah oui, ok, c'est impeccable, très bien.

E7 : il y a trois jours, j'ai une patiente qui m'a consulté, qui a une myopathie, et ben elle, j'ai senti que / mes questions ouvertes la mettaient mal à l'aise, parce qu'elle avait pas du tout envie de développer sur euh... sur son vécu, et euh...

I : mmh

E7 : et sur / comment se déroulait sa vie en ce moment, parce que ça avait l'air d'être quelque chose de difficile pour elle et je l'ai senti./ Et donc tout de suite, je lui ai demandé ce qu'elle attendait de moi. Et euh... elle m'a demandé , voilà, qu'on mette en place un programme d'exercices et qu'elle puisse se remuscler parce qu'elle était très déconditionnée / de part sa pathologie / et puis également / le fait que depuis ces derniers mois, elle avait plus du tout fait / d'activités physiques et donc euh... tout de suite, on a mis en place un programme d'exercices. Et je sais qu'à travers ça, on a continué à discuter mais d'autre chose, euh... / y a un climat de confiance qui s'est installé et je sais que / à un moment donné, peut-être on viendra à rediscuter de son vécu dans le futur, si elle, elle en a besoin mais ça viendra au bon moment pour elle, parce que c'est pas quelque chose qui doit être forcé pour autant. / Parce que les questions ouvertes ça peut être déstabilisant, ça peut être / intimidant, ça peut même presque euh.. / euh... comment dirais-je, / ça peut rentrer dans l'intimité un peu trop vite aussi /

I: mmh

E7 : et donc, du coup, ça peut mettre des personnes en difficulté. / Et ça je pense qu'il faut

savoir aussi le sonder, et cela fait partie de l'écoute active / selon moi.(28)

I : ah oui, ok. // Et du coup, vous trouvez / les patients, ils le perçoivent comment cette démarche ? Comment ... / Votre ressenti par rapport à ça ?

E7 : // euh... // ben déjà, ils le verbalisent pas tous./

I: mmh

E7 : ils me disent pas tous, enfin, à moins que je leur pose la question. / mais, tout le monde ne va pas s'exprimer sur comment ils ont ressenti qu'on leur pose des questions ouvertes, / (rires) déjà, ils sont pas sensés savoir ce que c'est qu'une question ouverte. (29)

Euh... /Y a quand même souvent des patients qui font le retour que / que ça fait du bien d'avoir été compris, d'avoir été entendu, / qu'on prenne du temps / pour faire ces choses-là.(30)

Il y en a même qui sont surpris en fait, qui disent "ah ben moi, je pensais pas qu'un kiné/ ça pouvait faire ça en fait,

I : (rire)

E7 : moi je pensais qu'on allait faire que des étirements, que des exercices"

Y en a où ça challenge leur représentation assez fortement. (31)

Je me souviens d'une patiente qui m'avait dit, "moi j'ai l'impression qu'on parle beaucoup,

I : oui

E7 : et en fait, j'ai j'ai / pour moi, les séances de kiné, elles sont faites / plutôt pour faire les exercices, que parfois, j'ai pas le temps de faire à la maison", (32)

euh... alors que pour moi, c'était plutôt l'inverse. / Pour moi, c'était plutôt /parler de / quelles ont été les difficultés, quelles ont été les choses qu'elle a réussi à mettre en place, pour que, on ajuste / et qu'on définisse exactement ce que la personne doit faire, et qu'elle puisse le faire dans la suite. /(33)

Et du coup, on en a discuté et du coup, j'ai adapté mes séances. Je lui ai demandé " ok, alors, ce dont vous avez besoin, c'est que, quand vous venez c'est peut-être qu'on passe 5 minutes pour savoir comment ça s'est passé les derniers temps, et puis tout de suite embrayer sur les exercices, parce que c'est ça qui est important pour vous / et vous avez pas forcément le temps de faire chez vous, mais quand vous êtes ici, c'est le cadre pour le faire" elle a validé ça, et puis on a ajusté les séances comme ça. // (34)

I :mmh.

E7 : Mais ça, c'est pas / c'est pas , / je dirais, en tous cas, la / la majeure partie des cas, et très souvent les gens / après j'ai une population très spécifiques, des personnes qui ont des douleurs persistantes, c'est souvent des gens qui ont vu beaucoup de professionnels et ils ont aussi beaucoup d'éléments de comparaison, et euh... je pense que c'est une force de mon côté / de /prendre le temps de les écouter, parce que souvent c'est des gens, / je pense qui ont été /beaucoup exposés aux professionnels de santé, et du coup, ils ont plus de probabilité d'avoir de mauvaises rencontres, ou des rencontres qui se sont pas très bien passées. Euh..., donc du coup quand ils /arrivent dans le cabinet et que / on prend du temps vraiment pour euh... les écouter, pour les comprendre, souvent c'est quelque chose sur laquelle ils sont reconnaissants.(35)

I : et du coup, j'ai envie de vous poser la question euh... : Est-ce que cette patientèle spécifique,

vous l'avez choisie a priori, et vous avez mis en place des techniques qui vont bien pour ces patients-là ? ou est-ce que / vous avez pratiqué / comme / comme vous l'entendez et que finalement, la patientèle / en est résulté finalement ? // je sais pas si je suis très claire...

E7 : euh... je crois que j'ai pas bien compris

I : est-ce que du coup vous avez euh... / choisi de vous occuper de patients avec des douleurs persistantes, et ensuite mis en place la technique d'écoute active, ou est-ce que finalement, c'est en mettant en place votre manière de travailler que la patientèle / s'est orientée vers / des patients à douleur persistante ?

E7 : d'accord. Alors / Non, non, moi, j'ai choisi de travailler avec des personnes qui ont des douleurs persistantes, / donc c'est un choix de ma part. Après je pense que j'ai fait ce métier, pour écouter les gens / et pour les aider, et c'était déjà quelque chose qui était / prégnant pour moi, et / en fait, c'est naturellement que je suis allé me former plus à ça.(36-1)

C'est déjà quelque chose / qui me semblait très important dans une posture soignante, / et qui / est d'autant plus adapté sur la population de patients que j'ai.

I: ok, / et sur les autres patients, parce que vous avez peut-être pas / exclusivement des patients / avec des douleurs persistantes ?

E7 : (incompréhensible)

I : si ?

E7 : / ah non, en fait, ouais, ça représente quand même, je pense, 95% de mes patients/ Parce que c'est vraiment la pratique que j'ai développée.(37)

Après effectivement, j'ai de temps en temps d'autres types de patients, de la traumatologie, ça peut m'arriver de temps en temps ou pas forcément de la douleur persistante, mais des douleurs / musculo-squelettiques, / récurrentes parfois. Enfin, ouais. /

Mais, c'est la même chose, / c'est-à-dire que / c'est juste que l'expression de leur vécu, de leur histoire, elle sera souvent en fait, un peu plus courte, il n'y aura pas toute / une / une montagne de représentations qui se sera construite parce que le temps a été plus / court, parce que les répercussions étaient moins grandes, et donc, du coup, le / le temps d'échange il est un peu moins grand, de part / cette différence-là, mais c'est le cadre que je pose également. (38-1)

I : et du coup, avez-vous noté une différence / enfin, eux, ils perçoivent / votre démarche différemment que des patients qui ont une douleur persistante ? ou / c'est un peu pareil finalement ?

E7 : je sais pas

I : vous savez pas.

E7 : / J'ai envie de vous dire, qu'ils sont contents d'être compris, mais ce n'est pas quelque chose que j'ai investigué. /donc, mon biais c'est de vous dire / c'est de vous dire qu'ils se sentent compris, maintenant / si on fait une étude, peut-être qu'on pourrait être surpris. (rire) (40)

I : (rire) / ok. / Donc, on a parlé un peu / des résultats, de la confiance / dans la relation, de la / de la compréhension, euh... // pour vous et puis pour eux. euh.. Est-ce qu'il y a / d'autres choses que vous apporte / le fait d'écouter les patients, de pratiquer cette écoute active ? //

E7 : (toux) euh.../ tout à l'heure j'ai dit, / euh... qu'ils comprennent qu'ils sont compris, / moi,

comprendre et / adapter les soins.

I :mmh

E7 : et je crois que / y a les trois grandes / les trois grandes choses, et quand je dis adapter les soins, c'est aussi bien // enfin, / c'est aussi bien / enfin c'est ce que je rajouterai, / c'est / aller chercher également / des choses qui sont importantes pour elles, pour les réinvestir dans la rééducation. Je pense là dernièrement./ j'ai un patient, / euh... / je sais plus comment c'est venu, mais on/ on a commencé à parler de / de musique à un moment. (toux) parce que / Ah, oui, si, / parce qu'il y avait un fond musical, / et il m'a demandé ce que c'était, et je lui dis "ah, vous aimez bien la musique ?" il me dit " ah oui, oui, j'adore, et tout, et avant j'aimais danser, et maintenant, je danse plus", / et là, j'ai récupéré une information très importante, parce que du coup, / pendant la séance, ben, on a dansé du coup.

I : (rire)

E7 : Ça m'a permis d'adapter la séance, et puis on a changé le contexte, je lui ai dit, ok c'est quoi la musique que vous aimez, sur laquelle vous danser donnez-moi en une, on l'a mise, ok, je vous propose qu'on / venez, on fait une danse là-dessus, et puis on voit ce que ça donne pour vous là, et puis on fait avec le kiné, ça fait hyper longtemps que vous avez pas fait, donc venez, on fait ensemble.

I: ok donc, c'est des éléments de motivation que vous allez chercher ? c'est ça ?

E7 : oui de motivation, et puis moi j'aime / j'aime / enfin, c'est un terme qui / qui / qui vient beaucoup des formations d'hypnose que je donne, mais des "ressources"/ les ressources des patients, c'est tout ce qui va / tout ce qui vous inspire, tout ce qui vous donne de l'énergie, tout ce qui vous fait du bien, qui vous met en joie, toutes les activités que vous faites où vous voyez pas le temps passer, qui vous font vibrer, toutes ces choses-là oui.

I : mmh

E7 : ça, on va le récupérer grâce à de l'écoute active. // (41)

I : ok. // et / dans le / est-ce qu'il y a des moments où vous choisissez de pas tellement faire ou que c'est pas possible / que voilà. Que l'écoute active, elle n'est pas possible, / par rapport à vous, par rapport au / au moment, par rapport au / je sais pas. 'fin est-ce qu'il y a des moments où finalement, ça se passe pas, même si ...////

Vous m'entendez ?///

(bruit) ////

E7 : (toux) euh ... hum .../// (coupure de son) alors (coupure) je sais pas (coupure) je dirais non, parce que j'arrive pas à imaginer. // oui je vous entends. //

I : ok, et moi j'ai une connexion qui est très mauvaise de mon côté ////

E7 : je vous entends ouais /////

I : [bruit] ////

E7 : allo, allo ?

I : oui ///

E7 : ouais, je vous entend.

I : ok, là ça a l'air d'être revenu, oui, pardon.///

E7 : ok, non pas de problème, je vous entendais bien, c'est moi qui ait buggé ?

I : je sais pas du tout, / j'avais image fixe, et puis je / je n'avais plus de son, donc euh.. //

E7 : ok, bon, / on fait un clap alors et on reprend (rire)

I : oui (rire)

E7 : (rire) euh... à la question là, j'avais envie de / de répondre non, / parce que je / je n'arrive pas à imaginer euh... une /interaction humaine où il y ait pas d'écoute active. /

I : ok.//

E7 : Enfin, je /ça sous-entendrait que le patient il rentre, / du coup, on / parle pas, puis // (rire) je sais pas, il se met sur la table, et // enfin, j'arrive pas à concevoir une ...donc, peut-être il faudrait / affiner la question. ///(42)

I : ok, ou peut-être des moments où pour vous, c'est plus difficile ? ///

E7 : ok, des moments où c'est plus difficile. euh... ///

J'ai euh... // Oui, ben forcément, y a des moments où euh... / la personne d'avant, elle vous a touché ou euh... / émotionnellement, / où euh... du coup, vous êtes encore en train de penser au patient d'avant, alors que le patient est là devant vous et qu' il vous parle. Y a des moments où vous pensez / à une tâche très importante que vous devez faire parce que vous avez oublié de payer votre URSSAF

I : (rire)

E7 : euh ... oui, y a des moments où / on peut être déconcentré, ça c'est évident, / y a des moments où on est fatigué,/ y a des moment où on n' a pas envie, y a des moments où / on a envie de dormir, (rire) parce que c'est la vie normale. / Après, euh... / pour ma part, / toutes ces choses là, elles ont jamais, / pour l'instant, été / trop trop prégnantes au point / de / pas pouvoir écouter la personne en face de moi.(43)

I : mmh //

E7 : donc, j'ai toujours été suffisamment, entre guillemets, disponible pour pouvoir pratiquer ça. /

I : ok.

E7 : et parce que / encore une fois, je / la personne qui est en face de moi / je pense que ça m'aide beaucoup de me dire que j'essaye de me connecter aux gens. // De euh... // d'essayer de créer quelque chose, / de créer une interaction, et de / vraiment de chercher à comprendre, comme si y avait / Enfin, c'est une personne comme une autre en fait, qui est en face de moi et qui me / me parle. Et j'essaie de rentrer / oui / dans / un peu dans sa tête, pour comprendre / pour comprendre ce qu'elle vit et malgré les désagréments que j'ai cités auparavant, je pense que j'arrive / j'arrive quand même à le faire. / (44)

I: mmh

E7 : Et puis bon, c'est vrai que c'est des compétences aussi sur lesquelles j'ai beaucoup travaillé, / je me suis beaucoup formé./ j'ai eu toute une période où je me filmais, / euh... où j'enregistrais mes consultations pour voir les choses que je faisais / et pour les améliorer, / euh... donc / peut-être que ça, ça m'a aidé, je sais pas.(45)

I : aha. // ok, du coup, sur euh... est-ce que vous pouvez revenir un petit peu sur l'origine de

votre engagement dans cette / dans cette démarche ?

E7 : (toux) // L'origine de mon engagement dans le fait de vouloir / aider les gens ?

I : écouter, écouter les gens, ouais.

E7 : écouter les gens ? euh... Ben, en fait, c'est pas vraiment / c'est juste que pour moi, l'écoute elle est / elle est inhérente au fait de prendre en charge les gens. /

I : mmh

E7 : Donc euh... c'est / c'est / c'est pas dissocié de la prise en charge. J'arrive même pas à imaginer une prise en charge où il n'y aurait pas d'écoute./ euh... / (38-2)

Parce qu'en fait, cela irait vers des pratiques que je ne / qui ne seraient pour moi pas du soin. Si on prend une caricature, je sais même pas si ça existe, mais des fois, on voit des gens en parler sur les réseaux, ou ailleurs. Des gens qui font chaud / électro -massage, par exemple./ Je / Si on prend la caricature d'une personne, le patient arrive, bonjour, ok mettez vous là, ok je vous mets les électrodes, ok, je reviens dans 10 minutes, euh... je vous masse. Même là-dedans il y a un minimum d'échange vous voyez. Et / (rire) et même une personne qui ne ferait uniquement un acte presque robotique, / alors c'est le type de pratique, que moi, euh.../ alors, je n'ai pas du tout fait mon métier pour faire ça, euh... / et donc du coup, // mon / pour moi, l'écoute, elle est inhérente au soin. (39)

/ Et donc / Ça a toujours été important / pour moi. Ça a toujours été important avant même que je sois kiné, en tant que personne, // et / naturellement /quand j'ai été kiné, ça a été un trait, on va dire, de ma personnalité qui est devenu encore un peu plus / marqué, parce que j'ai travaillé dessus. (36-2)

I : mmh // ok, et avec des formations du coup, que vous avez citées / tout à l'heure //

E7 : Oui des formations ou même, ben voilà, ou des démarches personnelles, comme je vous disais quand je me suis enregistré, quand, / ces choses-là, oui.(45)

I : mmh. // ok. Et en général, / vous en pensez- quoi de cet outil / d'écoute active pour l'ensemble de la profession ? enfin, / pour le kiné libéral ?

E7 : /// ah ben, je pense que c'est un excellent outil.

I : mmh

E7 : je pense que c'est// je pense que c'est la base du soin, hein.(46)

Y a / ce matin, euh... // je donne une formation dans un institut, / un organisme de kiné. Et puis là, ils faisaient un / ils voulaient promouvoir un peu la formation que je donne en hypnose, et ils faisaient un jeu-concours / où ils faisaient gagner un livre que j'avais recommandé. Et en fait, y a tout dans / le titre de ce bouquin c'est la réponse à votre question. Le bouquin, il s'appelle: écouter, virgule, parler deux points soigner .

I :mmh

E7 : C'est un livre de Philippe Haim qui est une personne / avec qui je travaille, qui est psychiatre, qui fait des formations d'hypnose et les thérapies brèves. (47)

Ecouter, virgule, parler, ça donne du soin. Après on peut tout mettre derrière ça bien entendu, hein... mais, le premier pas c'est déjà l'écoute. Comment j'pourrais / parlez si je ne sais pas de quoi il faut que je parle. / Même dans cet entretien, il a fallu que je vous écoute au début, pour

que vous plantiez un cadre, / pour que je puisse ensuite parler à l'intérieur de ce cadre-là.

I: mmh

E7 : Donc, pour moi, l'écoute active, /effectivement, / elle / elle / c'est un concept qui est nécessaire pour /tous les professionnels de santé. // (48)

I : ok, donc, en fait, euh... // l'ensemble des professionnels, euh... font ça, / aujourd'hui.

E7 : ah non ! (rire) ça je ne sais pas. Ou alors oui, certainement, mais il doit y avoir des degrés différents. Moi, je pensais répondre à la question, qui était : je pense que c'est un élément qui est très très important/ qui soit utilisé par tous les professionnels de santé. Après euh... ,non, y a sans doute, quand je parlais de la caricature électro-chaud-massage, euh... peut-être qu'il y a des gens qui ne sont pas dans cette démarche d'écoute active, ou qui le sont très peu, ou alors à des bas niveaux et je pense effectivement qu'on /doit aller vers des hauts niveaux d'écoute active. / (49)

I : c'est à dire que l'écoute active , c'est / on peut / c'est un ingrédient qu'on peut mettre / un petit peu, un peu plus, beaucoup euh... dans une prise en charge.

E7 : ouais, je pense. // Et puis, il y a différents niveaux d'écoute active. / Parce que là / enfin, vous voyez, si vous aviez fait aujourd'hui un entretien dirigé, / vous m'auriez écouté / mais vous n'auriez pas rebondi sur les mots que j'utilise. / Pour autant, vous m'auriez écouté. Maintenant, vous faites un entretien semi-dirigé, /donc vous m'écoutez/ et en plus de ça, vous m'écoutez activement et du coup vous me relancez sur certaines choses dont j'ai parlées, donc ça c'est un niveau supplémentaire en fait.

I: mmh

E7 : c'est en ça que je dis, qu'il doit y avoir des différences de pratiques chez les professionnels de santé, euh .. entre écouter juste ce que la personne me dit, et puis euh.. / directement enchaîner sur quelque chose d'autre, ou / écouter, rebondir , faire développer, faire des reflets, résumer, m'assurer que j'ai compris, faire comprendre à la personne que j'ai compris.

I : mmh, / oui, donc, il y a une différence entre écoute simple quelque part, et puis écoute active.

E7 : oui, /// vous l'avez mieux dit que moi.(50)

I : (rire) ok.

E7 : tout simplement. /

I : du coup, vous avez commencé aussi, l'entretien en disant "je ne sais pas exactement euh... ce que c'est, l'écoute active" enfin, "j'ai pas euh.. ", vous avez quand même abordé pas mal de notions. Mais euh.. / finalement euh... / si je vous demandais une définition, vous me diriez quoi ?

E7 : Alors...

I : votre définition / votre définition de l'écoute active

E7 : oui, pour préciser, c'est surtout que j'ai voulu prendre des pincettes, en disant,/ c'est pas / je n'ai pas lu, sur ce concept théorique-là,

I : d'accord

E7 : donc je sais pas le définir comme il est défini dans la littérature,/ malgré tout j'en ai une

compréhension qui n'est pas forcément la même. Si je devais donner une définition? euh... ///  
hum ! c'est une bonne question ça ! / euh... En plus ça va être gravé, là, sur la retranscription,  
alors il faut pas que je me trompe ! (rire) non je rigole. (51)

I : (rire) c'est la vôtre, vous pouvez pas vous tromper !

E7 : (rire) Bon, l'écoute active, / je dirais que /// (expiration) c'est donc, / c'est une /manière  
d'écouter les gens, / et quand on dit écoute, malheureusement pour moi, c'est / trop limité parce  
qu'il y a le verbal, le non-verbal, le paraverbal, y a la proxémie, y a tout ça. /

I : mmh

E7 : donc, dans l'écoute, il y aurait tout ça. / Et active, pourquoi, parce que / c'est pas / euh..  
vous savez, c'est la différence entre / entendre, et écouter, / justement. Entendre, je peux  
entendre un son, sans forcément /chercher à l'écouter.

I : mmh

E7 : Du coup, dans cette notion de "active", il y a l'idée que je vais /activement chercher à  
/comprendre ce qui est dit, // et du coup demander plus d'informations, / pour être /sûr d'avoir /  
compris ce qui a été dit // et du coup, dans ce " actif", c'est ce qui amène tous les / différents /  
ingrédients de l'écoute active en fait, / qui vont être / ben, les différentes techniques qu'on peut  
utiliser pour /activement écouter la personne.(52)

I : mmh ///

I : ok. Euh... dans // je reviens un peu sur euh... sur les apports de la démarche, / euh ... est-ce  
que vous pourriez en dire un peu plus sur / les apports dans la relation euh... / entre / entre vous  
et le patient ? ///

E7 : mmh

I : est-ce qu'ils sont importants pour vous ? comment ça / comment ça peut se / se traduire ?

E7 : est-ce qu'ils sont pardon ?

I : importants pour vous

E7 : pour la relation ?

I: oui, voilà, comment ...

E7 : oui, parce que là, on parle de la relation en fait.

I : mh

E7 : Oui, oui, on est en train de parler de relation, l'écoute active ça sert à produire une relation,  
en fait. Ça sert à produire une relation thérapeutique, parce que c'est un /cadre thérapeutique.  
Dans ce cadre-là, parce que l'écoute active, on pourrait l'utiliser hors champ thérapeutique.  
Donc,oui, le but c'est de créer une relation thérapeutique, / une relation où il y a de la confiance,  
une relation où la personne elle a compris qu'elle pouvait s'exprimer, / qu'elle pouvait nous  
partager ses craintes, ses peurs, / les choses qu'on lui a dites et qui / qui ont été difficiles pour  
elle,/ mais aussi ses réussites, / les choses dont elle est fière de / d'avoir fait etc... (53)/

Donc, / cette écoute active, effectivement, / elle / ouais ! Ah ! ça c'est le quatrième pilier du  
coup, sans doute, / que j'avais omis tout à l'heure. Je disais, / j'avais donné trois / trois choses,  
qui étaient : s'assurer qu'on a compris, /faire comprendre qu'on a / qu'on a / enfin, que le patient  
comprenne qu'il est compris et / adapter les soins. Mais effectivement, on pourrait rajouter que

c'est fait pour développer la relation. / Et en fait, sinon, tous ces trois piliers, c'est aussi la relation. C'est un peu / flou-là, ce que je suis en train de dire

I: C'est un peu flou ? c'est pas du tout flou. Je pense que c'était ...

E7 : ouais, en fait , c'est des histoire de catégorisation ...

I : c'était sans doute très implicite,

E7 : hein ?

I : c'était sans doute très implicite pour vous enfin, tellement évident,

E7 : oui, c'est ça, c'est une histoire de catégories, ça, je pense.

I : mmh

E7 : ouais, / mais effectivement, cela sert à développer la relation //(54-1)

I : ok. Euh... moi, j'ai fait un petit peu le tour de l'ensemble des thèmes que je voulais aborder avec vous , euh ... / mais de votre côté, il y a peut-être / des choses / qui vous apparaissent comme euh... / 'fin, que vous auriez pas dites, / que / j'aurais pas eu l'occasion de / d'explorer, donc euh... //

E7 : euh.../ non, je pense que / que j'ai dit les / les grandes lignes, après, euh... / c'est toujours un peu la même chose, c'est que, / en fait, là on vient de parler de concepts qui restent assez flous, / et une personne pourrait dire qu'elle fait de l'écoute active alors qu'elle utilise pas du tout les mêmes techniques que moi, ou les mêmes outils // euh... / donc je pense que / que les / que j'ai dit effectivement / tout ce que je pensais. (55)

Après euh.. / ça mériterait de rentrer un peu plus dans le détail, / parce que, / notamment sur des exemples de prise en charge ou des / des choses comme ça, euh... mais après, on pourrait en parler des heures. euh... /

I : oui, dans quels détails par exemple ?

E7 : (expiration) /// ben, / en fait, il y a /énormément de choses que que que / Voyez, par exemple en ce moment, je suis en train de / travailler quelque chose de / précis, qui est, / quand je fais des résumés avec les patients, /

I : oui

E7 : euh... donc la personne, elle me dit, euh... / ce pour quoi elle est là, qu'est-ce qui a été euh... enfin qu'est-ce qui est difficile pour elle à l'heure actuelle, / et au lieu de faire le résumé global, / en disant, " si je comprends bien, /vous "en ce moment, je suis en train d'essayer de dire, "si je comprend bien, en 2015, / Judith, / elle a fait ça et y a eu ça" et en fait, de / parler de la personne à la troisième personne,

I : mmh

E7 : comme pour faire une mise en contexte, / une mise en perspective. Et euh../ moi, j'ai l'impression que ça change des choses, ça. / En fait, la dernière fois que j'ai fait ça, euh... c'est ça qui m'a fait tilt, c'est ça qui m'a fait / fait dire, il faut que je teste, / c'est / une patiente, j'ai utilisé cette technique-là et en fait, ça l'a fait pleurer.

I : mmh

E7 : euh... / pas que ce soit ma volonté, mais en fait, ça lui a / elle m'a dit, "quand vous avez dit, ça, je me suis vue, / j'ai vu mon parcours, et j'ai compris, qu'en fait euh... " // alors c'était très /

spécifique à la prise en charge, mais / elle m'a dit voilà "j'ai compris grâce à ça que / que / que en fait on m'avait fait peur, / qu'on m'avait dit des trucs, / que / j'avais eu plein de discours contradictoires, / qu'on m'avait empêché de faire certaines choses, et moi je les ai crus parce que c'était des professionnels de santé, / et là / à travers comment vous / vous m'en parlez, et ce que je vous dis, / je suis en train de comprendre / que / je me suis trompée, et du coup, je suis en colère" / Et vous voyez, ça c'est / c'est une technique d'écoute active / mais en fait, dans tout ce que je vous ai fait comme retranscription, vous pouvez pas savoir que je fais ça. (56)

I : oui.

E7 : vous voyez, quand je disais tout à l'heure / donc en fait il y en a plein des techniques. Quand elle m'a dit " en colère", je lui ai dit, "mais vous êtes en colère contre quoi, contre qui ?" et ça, c'est un espèce de reflet, mais c'est / c'est une question un peu spécifique. Et du coup, ça nous a amené / Et elle m'a dit "je suis en colère contre mes parents parce qu' en fait ils m'écoutent pas, ils ont jamais compris mes douleurs, je suis en colère contre le médecin, qui m'a fait 6 mois d'arrêt de sport alors que j'avais juste eu un choc sur le genou" // (57)

et donc du coup, c'est en ça que tout à l'heure où là, je me suis un peu / c'était pas très / euh.. pas très bien exprimé je pense, que / derrière le concept d'écoute active, / on peut avoir des belles définitions, mais en fait, / on fait des choses différentes, et parfois, on fait des choses très spécifiques qui ne transparaissent pas dans / le discours que j'ai eu avant.(58)

I : et du coup, vous avez d'autres exemples de /techniques comme ça, que vous expérimentez ou que vous / avez mis en place depuis longtemps etc... ?

E7 : oh ben, ça, c'est la bonne question. (rire) / Là, on va repartir pendant au moins un quart d'heure

I : ben, dites moi si vous avez ce temps-là, moi je l'ai.

E7 : ouais, ok, // /bon et puis, parce que c'est aussi le thème des formations que je donne, hein, euh... enfin, quand on parle d'hypnose, en fait, il y a des techniques d'hypnose, mais il y a aussi des manières de mener les anamnèses, et puis il y a beaucoup de choses qui se recoupent en fait. Là, on parle d'écoute active, mais l'entretien motivationnel, les thérapies brèves, les thérapies orientées solution, toutes ces choses-là, se sont intermêlées, et puis / personne n'invente un truc du jour au lendemain / et chaque fois, on pioche à droite à gauche pour faire un gros mash-up / de quelque chose. euh...(59)

Des techniques, il y en a plein, tout à l'heure je parlais d'entretien motivationnel, avec des termes d'entretien motivationnel plutôt, sur les reflets sur les résumés, sur ces choses-là. Euh... Après, / la question des ressources, tout à l'heure j'ai parlé des ressources, / ça, c'est une question que je pose systématiquement / aux gens : "qu'est-ce que vous aimez faire dans la vie, qu'est-ce que qu'est-ce qui vous donne de l'énergie, qu'est-ce qui vous fait vibrer, etc..."/(60)

on pourrait aussi aller chercher dans de l'écoute active euh... le euh... Voyez, souvent, il y a un discours très linéaire des patients / de dire : "le médecin, il m'a dit que j'avais rien"

I :mmh

E7 : et en fait, ça, si on creuse pas, on passe à côté d'infos, / mais, là, la question c'est " qu'est-ce que vous ça vous a fait, vous, / quand le médecin, il vous a dit que vous aviez rien / sur l'IRM

alors que vous, vous aviez mal au dos. ça vous a fait quoi. Ben j'ai senti un sentiment d'injustice. Parce que non, j'ai pas rien moi, j'ai mal, ok y a rien sur la radio, mais peut-être ils sont passés à coté de quelque chose, parce qu'en fait, moi mon cousin il y a 6 mois, il a eu un cancer, et il avait les mêmes symptômes que moi." / Et ça, si vous posez pas la question que j'ai / énoncée avant, et ben, vous passez à côté. / Et donc du coup, ça c'est un outil.(61)

Ça peut être euh... / si je pense à // autre chose / Voyez, sur les exercices, j'aime bien poser, / quand j'ai donné des exercices, par exemple, si c'est moi qui les guide, qui les choisis à la place du patient, parce que parfois, je les choisis /avec le patient, pour qu'il y ait une / une prise / de décision partagée. / Dans le cas où c'est moi qui les décide, / je vais en donner / deux ou trois, et à la fin, je dis, " ok, parmi ces / différents exercices, lequel vous pensez / qui va être le plus bénéfique pour vous ?"

I : mmh, "bénéfique"

E7 : ouais, alors, "bénéfique" ça dépend. Là, c'est un terme comme ça, parce que si la personne elle m'a dit, euh... "j'ai besoin de sentir plus de confort / dans mon dos " je vais lui dire / ou "plus de confiance", moi je vais dire, "le quel / quel exercice vous donne le plus confiance dans votre dos ?"

I : mmh. En reprenant ses termes propres, en reprenant les termes du

E7 : exactement. ouais, tout à fait, Et du coup, pour aller chercher un exercice qui va avoir du sens pour la personne. (62-1)

Quand la personne me dit / "je veux plus avoir de douleur". Je vais lui demander, " ça veut dire quoi avoir plus de douleur ? y aura quoi à la place ?", pour aller gratter / quelque chose de positif. /(63)

Et donc c'est, / si on gratte ça, / si on va plus loin, et ben en fait, "si j'ai plus de douleur, je sentirai quoi dans mon dos ? Ben, je sentirai de la légèreté" "ok super, vous sentirez quoi d'autre?" "de la confiance" "ok, c'est quoi, avoir de la confiance dans votre dos ?", "ah ben c'est quand je faisais 6 ans, de la danse, justement, et quand j'arrivais à faire des mouvements où je me laissais porter par la musique, et je sentais de la confiance dans mon dos" "ok, donc ça c'est important pour vous la confiance? / d'accord, ok. " "Et vous, vous dansez en ce moment ?" "ah ben non, j'ai arrêté." "ok / et est-ce que ce serait pas une belle manière de refaire un peu de danse pour reprendre de la confiance ?" "ah ben ouais, mais j'peux pas !" "pourquoi vous pouvez pas ? " Voyez, aller questionner toutes / toutes ces choses et ensuite ça va nous amener sur : "ben, ok, on va peut-être adapter la danse, vous allez peut-être va pas faire les choses que vous faisiez il y a 7 ans", / et je pense à un patient, où c'était un peu ce qui s'est joué, là, ce que je viens de vous mimer, et en fait / avec ce patient-là, et ben, on a dansé sur la chaise. / J'ai mis de la musique et juste, au début, on a dansé sur la chaise. Donc l'écoute active, c'est vraiment plein plein plein de techniques euh... / différentes et là je pense que vous comprenez un peu mieux du coup, le propos à travers ces exemples cliniques, / qui permettent de mettre en place justement / toutes les choses qu'on a abordées avant. (64-1)

I: mmh. // oui, donc, on a parlé de / d'outils d'interrogation / sur / sur le ressenti, d'outils d'interrogation sur euh... / les croyances finalement, sur euh... / les attentes /fin, les attentes vis-

à-vis du ressenti corporel du patient ? //

E7 : oui, du ressenti, ouais corporel, effectivement, mmh.

I : ok, est-ce qu'il y a d'autres choses, d'autres techniques du coup, que vous mettez en oeuvre ?

E7 : il y en a certainement plein et je vais en oublier même si j'en rajoute maintenant. / euh... //

Ça peut être toutes les techniques de questions ouvertes, qu'on va mettre/ moi par exemple sur des suivis de séances, j'aime bien demander : "de quoi est-ce que vous avez besoin aujourd'hui ?"(65)

I : oui

E7 : ça change le cadre en fait, plutôt que de dire "alors, vous avez fait vos exercices ?"

I : (rire)

E7 : alors là, j'en rajoute un peu, je peux en jouer mais / ça fait un peu inquisiteur, versus question centrée sur le patient. euh... Quand je demande à la personne ce dont elle a besoin, / ça donne un cadre différent. (66)

En fait, je pense qu'il y a aussi / moi j'aime bien cette notion de cadre thérapeutique, vous savez, quand vous allez chez le kiné, chez le médecin, chez le psychologue, vous leur divulguez des informations différentes /

I :ouais

E7 : parce que / vous vous mettez dans l'idée que / c'est un /cadre différent. Et donc, moi, j'essaie de jouer avec ces cadres-là, / parce que en fait, il y a plein d'informations / que les patients pensent / qu'ils n'appartiennent pas au cadre de la kiné, qui en fait, / appartiennent au cadre de la kiné, et c'est /mon job de changer ce cadre. / euh... parce que c'est pas à eux de le faire, ils peuvent pas le savoir. Et du coup, / jouer avec ces histoires de cadres, cela permet d'accéder à d'autres types d'informations. // Et là, c'est/ c'est l'exemple / de / de / enfin, la patiente tout à l'heure/ où je vous parlais de / de passer à la troisième personne pour faire le résumé, / en fait, elle, elle avait apporté un / un / un petit carnet / sur lequel, en fait / elle avait écrit /toutes les choses / qu'elle devait dire. / Elle me dit, "je suis désolé, il y a des moments où je vais devoir regarder mon carnet / parce qu'en fait, / moi, quand je vais voir des médecins, / souvent, je rentre le soir chez moi, et je suis frustrée, parce que j'ai oublié de dire des choses / donc là, j'ai tout noté." / Donc, en fait, elle était en train de me demander l'autorisation d'aller voir./ Je lui dis, "mais bien sûr, vous allez regarder, vous allez prendre votre carnet, même et vous allez tout regarder, et vous allez vérifier à la fin qu'on a bien tout dit. " et en fait, quand on j'ai fait le résumé, et qu'elle m'a lâché "je suis en colère contre mes parents, j'suis en colère.. ", je lui ai demandé: " et ça, en fait, c'était noté dans votre carnet ? "

I : (rire)

E7 : elle me dit : "non, en fait , c'est la première fois que j'en parle à quelqu'un." Et euh... et voyez, c'est pas parce que je suis / plus fort que quelqu'un d'autre, c'est parce justement on parlait de relation tout à l'heure.(67)

Y a ça qui se créer, y a de l'écoute, je sais pas encore trop bien l'exprimer, mais c'est en tous cas, ce vers quoi je veux aller dans ma pratique, quand je disais tout à l'heure, se connecter à la personne parce qu'en fait, c'est pas moi, qui l'ait produit, c'est pas elle, c'est nous deux, c'est

dans l'interaction que ça s'est produit. Du coup, euh ... / effectivement, ces techniques, elles sont multiples, il y en a plein plein plein. Euh... (54-2)

Tout à l'heure./ hier, pardon, hier soir, j'avais euh... laissé justement / euh... une musique qui passait en fond. Et / la personne elle m'a dit, "ah c'est chouette ça, c'est quoi ? " euh... / Je lui ai donné le titre, et "ah mais ça me fait vachement penser à une autre que j'aime beaucoup" et puis ben, en fait, on a mis la musique. Je lui dis : "ah ben, ça vous évoque quoi, pour vous la musique qu'on a mis?" Elle me dit : "quand j'écoute ça , je suis détendu". " ah et du coup, c'est important d'être détendu, en ce moment pour vous ? " "Ah ben oui, parce que moi, quand j'ai mes douleurs au genou ..." "ok ! du coup, ça pourrait être intéressant, par exemple, vous voyez l'exercice de respiration qu'on avait fait la dernière fois, / quand vous faisiez en même temps votre mobilisation du genou-là ? ça serait intéressant de le faire avec cette musique ?" "ah ben ouais, c'est vrai, j'y avait pas pensé."

I : mmh

E7 : En fait, tout est prétexte à être intégré dans la séance. Y a un concept qui est intéressant dans / dans l'hypnose, que j'aime bien, / qui est démocratisé par Milton Ericson, / qui est le fait d'être /utilisationnel. /

I : mmh.

E7 : En fait c'est d'utiliser / au compte / de la séance, / tous les différents éléments./ Et en fait, tout est prétexte à être utilisé de manière / utile pour la personne. //(64-2)

Et puis même les questions, ou les moments où les patients en fait, / où on va avoir la sensation qu' on perd un peu de la relation, je vous citais tout à l'heure la patiente qui me disait "ben / j'ai l'impression qu'on parle trop" ben, ça, c'est utilisé en fait, / et c'est très bien que ce soit verbalisé, parce que / on pourrait le prendre comme une critique, et tout de suite, se mettre sur la défensive, en disant : "mais non, / euh... c'est ma manière de pratiquer et c'est comme ça que ça fonctionne". Ben non, / parce que le but du thérapeute, je pense, c'est d'être flexible/ et de s'adapter, / et d'utiliser ça. "Ok, de /quoi vous avez besoin ? J'ai compris que ça, c'est pas ce dont vous avez besoin, maintenant, vous avez besoin de quoi ?" // Et alors après, est-ce que je suis prêt à le donner, / est-ce que j'accepte le mandat. La personne qui me / si on va dans l'exemple / extrême : "je viens vous voir, parce que je ne veux qu'on fasse /que des massages, // pour ma pathologie." Euh... Ça, / c'est quelque chose qui va se négocier, aussi, parce que moi, je suis aussi en droit de refuser le mandat. / Tout simplement, parce que peut-être que c'est pas la thérapie la plus pertinente, mais ça, ça va pouvoir être discuté. (62-2)

C'est pour ça que / pour moi l'écoute active, enfin tout ce dont on parle, pour moi, elle est utile, rattachée aussi à ces concepts d' utilisationnel parce qu'ils permettent d'aller encore plus loin / dans ce qui se joue dans la séance.(64-1)

I : mmh. / Ok. // Ce que j'entend dans euh... votre discours, c'est aussi qu'il y a / euh... un /plaisir de votre part, à /trouver /le truc qui était euh... / pas exprimé / et qui permet de / euh... et sur lequel on peut s'appuyer pour développer le soin.

E7 : // euh... / je ne sais pas si je l'aurais formulé comme ça, / parce que c'est pas un /plaisir euh... / euh ...// égocentré, en fait. C'est plutôt de / enfin, je me dis pas, "ouais j'ai été trop fort,

j'ai réussi à faire ça"

I : mmh

E7 : et j'ai l'impression que dans / le plaisir de trouver il y a cette notion-là, / et qui est pas une notion que j'apprécie. Euh.. donc, je dirais qu'il y a / y a un plaisir / à ce que, dans la relation, on mette du /sens à ce qui a été dit. // parce qu'en fait, / c'est ça en fait, dont on est en train de parler. C'est que nous, / en tant que soignant, / avec les patients, on donne du sens./

I : mmh

E7 : on /donne du sens à une expérience, / parce que : pourquoi vous faites des exercices si on vous en donne, pourquoi vous prenez un médicament, parce que cela a du sens pour vous. / Et euh... et en fait, plein de fois, / et d'autant plus pour des personnes qui ont des parcours assez erratiques, / avec euh... ils ont vu 37 professionnels de santé etc... / il faut que la personne / avec qui elle vient travailler, avec laquelle elle vient travailler, / avec le thérapeute, il faut qu'on mette du sens. // Et donc tout ça, tout ce dont on est en train de parler, c'est / d'arriver à mettre du sens et trouver un sens qui est utile pour la personne et qui /sert, bien entendu. //(68) Parce qu'en fait, il y a plein / de thérapies ou de / de techniques / qui /donnent du sens, mais un sens qui est /centré sur le thérapeute, c'est pour cela que je faisais la petite distinction sur le plaisir de trouver, parce qu'en fait on pourrait faire la même chose en disant : "ah ben, vous savez, en fait, votre problème, c'est parce que quand vous aviez 14 ans, / vous aviez un problème avec votre mère, et ce problème vous l'avez encore, / c'est un problème émotionnel euh... /et d'ailleurs, vous avez mal au genou, parce que "ge / nou" c'est "je" et "nous" et là, / je suis en train de créer du sens, mais c'est un sens qui est "centré-thérapeute", en fait, j'invente des trucs, en fait.

I : ouais

E7 : là, je ne sais pas, si on diverge, si on divague ou pas, vous allez me dire, vous m'arrêtez

I: oui, oui, vous inquiétez pas.

E7 : il y a plein de thérapies alternatives qui sont /basées sur cette narration, de /donner du sens, mais un sens / qui est /centré sur le thérapeute. / Quand je vous parle de / euh.. de thérapie quantique, / on va tout expliquer avec / la physique quantique / alors qu'on sait même pas ce que c'est. Euh.. Quand on parle de je sais pas moi, / de fascia-thérapie, c'est la compréhension des micro-mouvements du fascia qui va expliquer vos douleurs, / mais ça, c'est un sens qui est /thérapeute-centré.

I : mmh

E7 : moi, ce que j'aime c'est donner du sens qui n'est pas thérapeute-centré, qui est /patient-centré / et que l'on crée ensemble. //(68)

Et surtout qui donne des options, parce que si je vous dis "vous avez un problème parce que dans une vie antérieure, /vous avez été / euh... vous avez défendu le château / euh... un château, et on vous a planté une épée dans l'épaule et c'est pour ça que vous avez mal à l'épaule."

I :(rire)

E7 : Ça existe han, c'est du réel !

I : d'accord.

E7 : ça, / ça m'enferme en tant que patient, / parce que / je n'ai pas de contrôle là-dessus, / et ça,

je pense que c'est un des problèmes, d'ailleurs sur certaines / thérapeutiques, alternatives ou non, d'ailleurs, c'est quand on est enfermé et qu'on n'a pas de contrôle sur quelque chose. Quand vous mettez du sens et dans ce sens-là, y a / du contrôle de la part du patient, et qu'il y a des / choses que la personne, elle peut faire, c'est là que je pense qu'il faut se diriger dans les thérapeutiques.

I: mmh /// donc, c'est non seulement redonner du sens, mais aussi redonner du pouvoir finalement, au patient.

E7 : ben oui, parce que le fait que cela prenne sens, il faut que ça donne / lieu / après sur des actions que je peux faire,(69)

I :mmh

E7 : parce que c'est pas suffisant de savoir que je suis en colère contre les médecins, ou que je suis en colère contre mes parents, / c'est maintenant qu'est-ce que je fais avec ça.

I : mh

E7 : et du coup, le fait de savoir ça, quels sont les actes que je peux déclencher. "Vous en avez déjà parlé avec un psychologue de ça ?"// "et vous pensez que ce serait intéressant de pouvoir en parler à quelqu'un" " c'est la première fois que vous en parlez ?" Après, il y a toutes ces questions-là, derrière. Et d'ailleurs, peut-être que le pouvoir, qu'on va donner à la personne, il ne va venir de moi, parce qu'en fait, la colère qui est exprimée contre le médecin, c'est pas à moi de la gérer. // et cette notion de champ de compétence, elle est importante, parce qu'en fait avec de l'écoute active, on peut s'embarquer sur /tous les terrains, / on va récolter plein de type d'informations, mais ça veut pas dire qu'on va utiliser /toutes les informations dans le soin. // et ça, c'est important./

I: mmh /

E7 : Parce que là, on aurait pu faire un exercice euh... / avec la patiente sur euh.. / la colère qu'elle a envers le médecin. Mais c'est /pas mon champ de compétence.

I :mmh

E7 : En revanche, le fait de /connaître cette information, cela me permet d'améliorer la prise en charge parce que du coup, je vais pouvoir potentiellement référer en parallèle la patiente à euh.. / un psychologue.

I : ok, on pose la question / la / également le sujet de la limite aussi de l'intervention / du kiné.

E7 : mmh, // oui, // et c'est pour ça que je disais tout à l'heure, qu'un des piliers pour moi, de l'écoute active, c'était /adapter le soin, / et ça ça en fait partie, référer. /Parce qu'en fait, il y a plein de personnes / qui vont vous dire des choses, à vous. / C'est la première fois qu'elles le verbalisent à quelqu'un. (70)

Et du coup, on peut vite être tenté par ce crédit / qu'est donné au thérapeute, / la confiance qu'on vous donne, / de vous dire : "ok, il m'a fait confiance, et maintenant il faut que j'en fasse quelque chose, et il faut que je continue, et il faut que je l'aide avec ça." / Mais faut que je l'aide, en lui donnant un outil thérapeutique. / Et ça c'est un problème, / parce que / quand la personne elle vous donne sa confiance, / une des / des choses qu'on peut faire, / c'est justement référer. / Et c'est ce qu'il faut faire à ce moment-là, et pas / tomber dans le piège de " je veux être un

super thérapeute" / regardez d'ailleurs, je suis tellement exceptionnel que le patient il me dit des trucs qu'il a jamais dit à quelqu'un d'autre. Et donc du coup, je m'empare de ça, et je / je vais l'aider, c'est moi qui vais le sauver.(71)

I : mmh

E7 : voyez la différence? et du coup, ça fait la boucle avec "prendre du plaisir à trouver des choses que ces choses que les gens n'ont pas trouvées", c'est pas ça en fait, / du tout.

I : ok ///

E7 : (rire) J'espère qu'on n'a pas trop euh...débordé.

I : non, non pas du tout, et du coup, c'est très bien parce qu'on a du coup, abordé la question des limites / de la prise en soin pour le kiné, et / qu'on n'avait pas du tout euh... / abordée avant, dans l'entretien, et donc, euh..et je pense que c'est un point important. (rire)

E7 : (rire) parfait.

I : D'autres choses ? d'autres choses à dire ? la question elle est //

E7 : (rire)

I : elle est très générale. Bon, je vois qu'on arrive au terme de l'heure / de l'heure d'entretien.

E7 : bon, oui, oui, on pourrait en parler des heures, mais là, je pense que mon propos, il est un peu plus clair avec / les différents exemples, je pourrais encore vous en donner plein,

I : mmh

E7 : mais ils feront que redire / les mêmes choses sous une autre manière, je pense.

I : ok.

E7 : Ah si, enfin non (rire)

I : allez-y. /

E7 : la question du sens, parce qu'on en parle. / Euh... je sais pas si vous // enfin, on va prendre un exemple, moi, qui me parle bien pour euh... / et je clôturerai là-dessus. Euh.../ Vous voyez, on parle beaucoup d'éducation thérapeutique à la douleur.

I : oui

E7 : enfin d'éducation à la douleur, je sais pas si c'est quelque chose qui vous parle ?

I : oui, oui, aux neurosciences de la douleur, ouais.

E7 : ouais ? où on va expliquer aux gens, comment fonctionne la douleur, en leur parlant de leur système nerveux, / en leur parlant de / des nocicepteurs qui modifient leur seuil d'activation, blablabla blabla. Ok. / Ça, / on se rend compte que / c'est/ en ce moment, à la mode, / et que / au début on avait beaucoup d'attentes par rapport à ça, on pensait que ça allait diminuer la douleur des gens, / en fait, on se rend compte que ça diminue pas trop l'intensité douloureuse, / mais par contre que ça a un effet sur le / catastrophisme et la kinésiophobie, / parce que en fait ça /rassure les gens./ Et là, on est en plein dans la question du sens. / Parce qu'en fait, si on analyse l'éducation à la douleur, / c'est un sens qui est donné par le thérapeute.(72)

I: mmh

E7 : ok, ce n'est que de dire, je pourrais vous dire en fait, euh... / "c'est votre système nerveux qui est sensible", je pourrais vous dire/ "c'est / votre " chaise" nerveuse euh... qui est sensible", c'est la même chose pour le patient, en fait, il ne sait pas ce que c'est un système nerveux, c'est

un concept abstrait. / En tous cas, ce qui est intéressant dans l'éducation à la douleur, / c'est que ça donne des options. / C'est : un, ça rassure, et deux, ça donne des options de : qu'est-ce que je peut faire maintenant avec cette information ? parce qu'en fait le patient, vous lui dites : "vous avez un système nerveux qui est sensibilisé" "ok, c'est bien gentil, mais maintenant, qu'est-ce que j'en fait ?" "pour désensibiliser votre système nerveux, vous pouvez faire ça ça ça : de l'activité physique, par qu'on sait que sur le long terme, ça désensibilise. / Vous allez pouvoir faire de l'exposition graduelle aux trucs qui vous font mal et vous les faites petit-à-petit et vous augmentez / progressivement" etc... / et du coup, on en revient à la notion de pouvoir, / qu'on a évoquée tout à l'heure. Quelles sont / Qu'est-ce que je peux faire de manière efficace moi toute seule, / en tant que personne et (72)/

si on développe le deuxième point sur l'éducation thérapeutique, / maintenant, / allons plus loin dans l'éducation à la douleur, en fait, / c'est / plutôt que proposer / une narration qui est thérapeute-centrée, / proposons une narration qui est thérap / qui est /patient-centrée. C'est-à-dire, au lieu de parler de système nerveux, / peut-être que c'est pas le terme du patient, / qui est en face de moi.

I : mmh

E7 : et peut-être que / en fait, j'ai pas besoin de parler de système nerveux et pas besoin de dire qu'il est sensible. Parce que peut-être que les termes de la personne, ça aurait été, / que "mon genou, il a été euh ... / irrité." / (toux) // Et ben, peut-être que c'est ces termes-là qu'il faut reprendre. // Vous voyez ce que je veux dire ?(73)

I : oui, oui.

E7 : quand on regarde / c'est un peu un / 'fin, moi / j'en utilise beaucoup de l'éducation à la douleur,(74)

mais / mais effectivement, c'est un concept que j'ai envie / de voir évoluer, parce que / quand on voit les thérapeutes qui ont démocratisé ces pratiques, / il y a des vidéos sur youtube, on les voit, / et puis il prennent des feuilles comme ça, et ils vous disent "ah voilà, ça c'est votre système nerveux..." et en fait c'est un truc, / pour moi ça, / ça / pfff, ça fait pas complètement sens. On peut mieux faire. C'est pour ça, que quand je disais tout à l'heure, mettre du sens, / raconter une histoire / qui est centrée sur la personne et qui donne du sens, et qui donne des possibilités, c'est vraiment ça, / c'est /ce à quoi ça sert en fait, l'écoute active, je pense.(75)

I : mmh

E7 : même si là, on s'embarque sur /d'autres chemins, parce que ça ouvre encore d'autres perspectives, je pense que c'est ça qui est vraiment intéressant là-dedans. //

I: ok, oui, c'est finalement, euh... ces / ces phénomènes / physiologiques, qu'on est en train de découvrir, ou neurologiques, / le patient, il les ressent et il les / il les ressent avec euh... // avec sa propre perception, / et il les traduit avec ses propres mots, et c'est ça qui compte. /

E7 : exact, parce qu'en plus, comme vous dites très bien, / dans 20 ans, / si ça se trouve, cette compréhension neurophysiologique, elle aura évolué/ et en fait, on se sera rendu compte que c'est pas du tout comme cela que ça fonctionne. / Et on se dira "mais, pourquoi alors, les gens, ils allaient mieux quand on leur racontait ça ?" Parce qu'en fait, on leur raconte des histoires.

I : (rire)

E7 : non mais, c'est vrai et c'est pas péjoratif. On se /raconte des histoires. / Tout est historisé, en fait, / notre vécu. (76)

Euh... / Si ça vous intéresse, / tout à l'heure, je parlais de thérapies brèves, l'école de Palo Alto / Paul Watzlawick, /

I : mmh

E7 : était quelqu'un qui s'est beaucoup intéressé à la communication, et il / disait, une chose qu'était en fait : / On a accès / il y a la réalité de premier ordre et la réalité de deuxième ordre. / Je vous redonnerai le nom si vous avez besoin. / euh... (toux) La réalité de premier ordre c'est euh... voilà, cet ordinateur-là, y a des atomes, c'est un truc tangible, / mon coeur, il bat etc... c'est / le réel en fait. // Mais cette réalité de premier ordre en fait, / il y a aussi une réalité de deuxième ordre, / la réalité de deuxième ordre c'est / que / là, cet ordinateur, c'est un truc qui me sert à communiquer / avec vous, / euh... c'est que, là, / que j'ai passé un bon moment avec vous, / euh... que j'suis content d'avoir euh... / eu cet échange avec vous, que / tout à l'heure / c'est / toute la représentation que moi, je me fais du monde. En fait, nous, on n'a pas accès à la réalité de premier ordre. / Parce qu'en fait, une chaise, / c'est des atomes. /

I : mmh

E7 : C'est nous qui disons "une chaise c'est fait pour être assis dessus". / Mais en fait, si on veut changer / et donc ça, c'est la réalité de deuxième ordre. / On peut la changer la réalité de deuxième ordre. Peut-être que chez vous, il y a une chaise, qui n'est pas utilisée comme une chaise. / Y a une chaise qui est utilisée comme une étagère, parce que vous avez que des bouquins dessus. / Et donc, du coup, nous, notre but / on est toujours dans cette réalité de deuxième ordre, et donc du coup, / une des manières de faire de la thérapie, c'est / d'agir sur la réalité de deuxième ordre / des gens. (77)

Et quand on dit, votre système nerveux blablabla blabla, c'est /utiliser cette réalité de deuxième ordre, sauf que, elle est bénéfique parce qu'elle donne des options derrière.

I : mmh

E7 : mais en fait, ça agit de la même manière que quand je vous disais : "vous êtes au moyen-âge et on vous a planté une épaule / une épée dans l'épaule". Ça aussi c'est de la réalité de deuxième ordre.

I : ouais, ok.

E7 : par contre, là ça m'enferme, parce que / Mon seul moyen, c'est de faire de l'hypnose et de régresser euh... si le seul moyen, c'est de faire de l'hypnose et de régresser dans les vies antérieures / à l'époque de / du moyen-âge, j'ai besoin de vous en fait. ///

I : oui, / ce qui va à l'encontre de / redonner du pouvoir au patient.

E7 : exactement. // Le rendre acteur, (78)

et la dernière fois, dans une formation, il y a un / un / apprenant qui m'a dit. Euh... qu'en fait, elle avait eu un cours, cette personne, y avait : / être passif, être acteur, et être /auteur, / et j'ai vachement aimé, ça. / En fait, faire / faire en sorte que les personnes, elles deviennent /auteur de leur vie. / C'est génial ça comme concept, c'est que / en fait / juste, j'agis pas, mais je crée, en

fait.

I : mmh. / Je choisis et je crée.

E7 : exactement, et en fait, nous on crée / on crée des choses avec les gens. / On est là pour / les accompagner à créer. / Et si on crée à leur place, ça marche moins bien. // En fait, il faut leur donner le contexte qui les (incompréhensible) pour qu'ils deviennent acteurs et qu'ils créent eux-mêmes /// Et ça me fait penser à une phrase que j'aime beaucoup qui dit, / euh... c'est en anglais et j'ai un accent / dégoûtant. (rire) C'est "it 's not about finding yourself, / it's about creating yourself". Et en fait, c'est ça. Ça me fait marrer, parce que je l'ai relue il y a deux jours, et j'ai pensé à ça, j'ai dit, "ça, c'est la pratique que j'ai envie d'avoir / avec les gens" : leur donner le contexte suffisant pour qu'ils deviennent auteurs, et qu'ils créent / la vie qui leur ressemble. / (70) Et pour terminer, parce que / je pense que c'est important, le médecin / qui vous dit, "vous avez la /colonne de quelqu'un de 80 ans", pareil ! / c'est une histoire.

I : mmh

E7 : on vous raconte une histoire! / Et vous, vous êtes en / soit vous l'acceptez, cette histoire, soit vous la refusez. Mais du coup, si vous la refusez, il faut en écrire une nouvelle. / Et parfois, on n'a pas les ressources d'en écrire une nouvelle. / Parce que la personne qui nous a raconté son histoire, on lui donne du crédit.

I : mmh // ouais.

E7 : Et du coup, le but, c'est d'autoriser les gens à réécrire l'histoire.(79)

// mais / en restant dans son / champ de compétence, / parce que là, on peut vite virer sur de la psychothérapie et c'est pour ça que / encore une fois, / il faut / il faut / il faut bien délimiter son cadre de pratique. //(80)

I : mmh. //

E7 : (rire)

I : on pourrait euh.../

E7 : (rire) oui, on pourrait...

I : J'aurais encore dix mille questions à vous poser, là. (rire)

E7 : allez-y allez-y, si vous voulez, j'ai encore un peu de temps, là, c'est avec plaisir.

I : mais c'est vrai qu'on a déjà débordé de l'heure (rire) que je vous avais promise.

E7 : sinon, on dit qu'on s'arrête-là, et on continue en off, comme ça vous aurez moins de retranscription (rire)

I : non, non, ben, l'intérêt / c'est les apports pour mon / pour mon étude donc, euh... /

Non, c'est vrai, sur la manière que / vous avez, vous, de / de choisir ces limites, finalement. / Vous dites : "après, on peut virer sur de la psychothérapie" euh...

E7 : ouais

I : vous, comment vous faites ? / comment vous / posez ce cadre-là ? //

E7 : alors, / euh ...// Première chose, / c'est qu'il n'y a pas /une technique, / qui dépend d'un champ de compétence. // C'est-à-dire qu'un squat, / ça n'appartient pas au champ de compétence du kiné. //

I : mmh

E7 : parce qu'en fait, un psychologue, il pourrait très bien faire faire un squat à un patient. / Parce que la chose qui est importante, c'est / l'objectif thérapeutique. // Si mon objectif thérapeutique, c'est de redonner de la confiance dans le mouvement, et de / renforcer les jambes, / ça c'est un objectif thérapeutique de kiné./ Si l' objectif thérapeutique c'est / faire de l'activité physique à travers un squat pour diminuer la dépression, parce que on sait que faire de l'activité physique, ça diminue la dépression. Ça, / c'est un objectif de psychothérapie. / Et donc, déjà, la première question, c'est la question de l'objectif thérapeutique, je pense. / Et à mon avis, c'est le truc le plus essentiel.(81)

I : mmh

E7 : Après, / un champ / de compétence, c'est / pas une ligne qui est tracée euh... / euh... et qui est complètement nette, parce qu'il y a des moments, effectivement, où ça se chevauche un peu. / Parce qu'en fait, on pourrait très bien m'objecter à ça, / que quand, je fais euh... / enfin, vous voyez, / là, on a une approche qui est de plus en plus bio-psycho-sociale. / Et donc du coup, y a des gens, par moment, / parce que ça je sais, qu'on en parle souvent en formation / ils vont vous dire "ben voilà, la rééducation se passe bien et en fait, moi, j'ai analysé que le facteur / principal pour moi, qui redéclenche la douleur pour moi, c'est le stress.// Et la dernière fois, vous m'aviez fait faire un exercice de respiration / euh... pour / gérer ma douleur et je me rend compte que ça marche vachement bien pour le stress. / Est-ce qu'on pourrait refaire un exercice comme ça ?" (82)

I : mmh

E7 : Là, c'est la question qui faudrait se poser. / Est-ce que si je fais ça, je suis dans mon champ de compétence ? / Et cette question, / en fait, elle est jamais très claire./ Parce que, on / on est persuadé que / que le monde, il rentre dans des cases, mais en fait, c'est / c'est pas vrai ! (rire) donc euh... / là, le patient, en fait, ce qu'il faut voir avec lui, c'est est-ce que je suis la meilleure personne pour faire c'est la question que je dois voir moi, en tant que thérapeute, c'est : "est-ce que je suis la personne la plus pertinente pour faire ça." // Ou alors, après, on peut négocier, on peut dire, ben écoutez, on l'a déjà fait la dernière fois, si vous voulez, je vous le remontre, / euh... on s'en ressert. Par contre, moi, ce que je pense qui serait pertinent, parce que / là, j'arrive/ à / aux limites de mon champ de compétence, c'est que peut-être vous alliez consulter un psychologue, pour qu'il vous aide à faire ça. // (toux) Et vous voyez la question du champ de compétence, c'est aussi de verbaliser pour le thérapeute, ça. /

I: mmh

E7 : Moi, y a plein de fois, / où je dis, : "ben / oui, c'est hyper intéressant ce que vous me dites, vous êtes en train de me dire, que, là, depuis qu'on vous a dit cela, / vous sentez un sentiment d'injustice contre euh... le chirurgien qui vous a opéré et quand vous vous êtes réveillé, vous aviez / encore la même douleur. Ok / vous sentez un sentiment d'injustice// et puis vous me dites que euh... ça a de grosses répercussions quand même sur vous, ça. Ok. / Et ça c'est la première fois que vous en parlez à quelqu'un / et vous aimeriez que je vous donne un exercice pour travailler ça. / Ben, moi je sais pas si je suis la personne la plus appropriée pour faire ça./ Je ne sais pas si je / si j'ai des outils pour ça. Et je crois même d'ailleurs que j'en ai pas. Par

contre, je connais des gens qui sont très / bons pour faire ça. Moi je travaille avec des psychologues, qui euh... ". Et vous voyez, là, on est en train d'exprimer nos limites, parce que / je sais que l'objectif thérapeutique n'est pas / celui d'un kiné. / Donc, je pense que la / cette question du champ de compétence, elle se résous principalement / y a des contre-exemples / mais principalement / avec l'objectif thérapeutique.

I : mmh. /// l'objectif de soin et finalement / la compétence du thérapeute. (83)

E7 : exactement.

I : voilà, / les deux...

E7 : ouais, parce qu'encore une fois, c'est pas la / technique qui définit le champ de compétence. Un squat, ça peut être utilisé dans plein / de contextes thérapeutiques différents. // Et donc, parler, écouter / aussi. //(84)

I : ok, /// ok ben, je vous propose qu'on / s'arrête là ?

E7 : ça me paraît bien.

I : (rire) Très bien. / Je vous remercie beaucoup / pour cet entretien et puis pour / le temps, du coup, que vous m'avez consacré.

E7 : (rire) et moi, je m'excuse pour toute la retranscription que vous allez avoir.

I : (rire) y a pas de soucis, vous excusez pas (rire). C'est très bien.

Fin du cadre de l'entretien semi-directif à 1h12'26" (durée de l'entretien : 1h09' environ)

L'échange se poursuit informellement :

- demande et recommandation d'autres collègues à interviewer.
- demande d'envoi du mémoire, une fois terminé