



Sur la scène des consultations en chiropraxie : une lecture de la relation de soin

Christine Rolland, Arnaud Lardon, Andr e Bussières

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2024/2 (VOL. 36), PAGES 57 à 67
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.242.0057

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2024-2-page-57.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES   RÉFLEXION



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Distribution  lectronique Cairn.info pour S.F.S.P..

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autoris e que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Sur la scène des consultations en chiropraxie : une lecture de la relation de soin

On the chiropractic consultation scene: A reading of the care relationship

Christine Rolland^{1,2}, Arnaud Lardon¹, André Bussièrès^{1,3,4}

➔ Résumé

Introduction : La relation soignant/soigné a fait l'objet de nombreux travaux dans le cadre de la médecine mais est peu étudiée dans le contexte de la chiropraxie, notamment en France.

But de l'étude : Cette étude ethnographique et sociologique vise à mieux connaître les caractéristiques de la relation de soin en chiropraxie à travers l'observation de consultations suivies d'entretiens auprès des patients et soignants dans les deux centres cliniques de l'Institut franco-européen de chiropraxie et dans trois cabinets libéraux.

Résultats : Le recueil des données s'est déroulé entre octobre 2022 et mars 2023. La plupart des patients rencontrés se montrent attentifs à leur santé en tant que capital à préserver sinon à restaurer et disposent d'une bonne connaissance de leur corps, outil de travail et/ou de performance sportive. Ils recourent à la chiropraxie pour être soulagés de leurs douleurs et trouver une forme de soin qui allie compétences techniques et relationnelles. La chiropraxie est fondée sur la thérapie manuelle à laquelle s'ajoute une dimension d'autogestion du patient. Le suivi des exercices et conseils prodigués par les chiropracteurs est très variable chez les patients observés, de l'application assidue à la non-application, en passant par différents degrés.

Conclusion : La confiance est le socle de tout soin, plus encore en thérapie manuelle du fait de l'action sur le corps avec les mains. Pour établir une alliance de travail avec le patient, le chiropracteur est amené à adapter son ethos professionnel et à accepter des compromis quant au plan de traitement envisagé. La réalisation de la coopération entre un patient et un chiropracteur passe par la confiance et par la négociation des objectifs et de la répartition des tâches entre les deux parties prenantes.

Mots-clés : Relation soignant/soigné ; Chiropraxie ; Confiance ; Sociologie ; Ethnographie

➔ Abstract

Introduction: The caregiver-patient relationship has been the subject of numerous studies in the field of medicine, but has received little attention in the context of chiropractic care, particularly in France.

Purpose of the research: This ethnographic and sociological study aims to gain a better understanding of the characteristics of the chiropractic relationship in chiropractic care through the observation of consultations followed by interviews with both patients and caregivers. These observations were carried out in the Franco-European Chiropractic Institute's two outpatient clinics and in three private practices.

Results: The data were collected between October 2022 and March 2023. Most of the patients treated their health as an asset to be preserved or even improved, and had a good knowledge of their body as a tool for work and/or sports performance. They turned to chiropractic care to find relief from their pain and a form of care combining technical and interpersonal skills. Chiropractic care is based on manual therapy, combined with a dimension of self-management by the patient. Follow-up of the exercises and advice given by chiropractors varies greatly from patient to patient, from diligent application to non-application, and with everything in between.

Conclusion: Trust is the foundation of all care, and even more so in manual therapy, because of the way the hands act on the body. To establish a working alliance with the patient, the chiropractor has to adapt his or her professional ethos and accept compromises regarding the treatment plan envisaged. Cooperation between a patient and a chiropractor is based on trust, the negotiation of objectives, and the division of tasks between the two parties.

Keywords: Therapeutic relationship; Patient-centered care; Chiropractic; Ethnographic study

¹ Institut franco-européen de chiropraxie (IFEC), Ivry-sur-Seine et Toulouse, France.

² UMR 1295, Centre d'épidémiologie et de recherche en santé des populations (CERPOP), Équipe Équité, Toulouse, France.

³ Département chiropratique, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), Canada.

⁴ School of Physical and Occupational Therapy, Faculty of Medicine and Health Sciences, McGill University, Montréal, Canada.

Introduction

La chiropraxie : une pratique de soins dite centrée sur le patient

La chiropraxie est une profession de la santé qui intervient dans la prévention, le diagnostic et la prise en charge des troubles neuro-musculo-squelettiques de l'appareil locomoteur du corps humain ainsi que leurs conséquences (1). Pratiquée dans le monde entier, elle est réglementée dans une quarantaine de pays dont la France, où le titre de chiropracteur est réservé aux professionnels justifiant d'un diplôme agréé par le ministère de la Santé (Décret n° 2011-32 du 7 janvier 2011 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de la chiropraxie). L'Association française de chiropraxie (AFC) dénombre environ 1 500 praticiens et une école unique, l'Institut franco-européen de chiropraxie (IFEC), qui dispense quelques 200 élèves par an dans deux centres situés l'un à Ivry-sur-Seine, l'autre à Toulouse. À titre comparatif, il y avait près de 37 000 ostéopathes, dont environ 23 000 en exercice exclusif, une trentaine d'écoles et 1 800 diplômés en 2021 (2). Quant aux kinésithérapeutes, on en dénombreait 98 000 en exercice en 2022 et 3 000 étudiants admis dans une cinquantaine d'écoles (3).

En contrepoint du modèle biomédical traditionnel, l'approche de soins dite centrée sur le patient est source de nombreuses publications visant à en définir les caractéristiques et les implications (4-7). Miller et Gemmell (8), à l'instar d'autres chercheurs en sciences chiropratiques, considèrent que cette approche se prête à la pratique chiropratique qui serait par nature coopérative (9). Des recommandations internationales, professionnelles et institutionnelles invitent à l'adopter, car elle participerait à réduire la douleur et l'incapacité associée (10). Elle nécessite de considérer les troubles musculo-squelettiques non pas seulement sous l'angle de l'objectivité biomédicale mais également sous l'angle subjectif du ressenti de la personne. Selon Daluiso-King et Hebron (11), le modèle biopsychosocial associé à l'approche centrée sur le patient propose non pas d'opposer mais d'entremêler les valeurs relevant de l'humanisme et du scientisme. Sa mise en œuvre appelle la construction d'une alliance thérapeutique, c'est-à-dire à aider le patient en tant que personne à mieux se connaître, à identifier ses besoins et ses ressources de manière à participer activement à sa prise en charge (12-13). La reconnaissance de l'autonomie de la personne et le renforcement des compétences

du patient, induits par cette approche, sont en adéquation avec la définition des soins chiropratiques, fondés sur le travail du thérapeute ainsi que sur une dimension d'auto-gestion du patient à travers des exercices à faire à domicile et des conseils de bonne posture à suivre.

Des questionnements sur la mise en œuvre des modèles théoriques

Bien que définis depuis plusieurs décennies, les différents modèles théoriques et leurs croisements – soins centrés sur le patient, approche biopsychosociale, coopération guidée, alliance thérapeutique – semblent rencontrer des obstacles dans leur mise en œuvre effective dans divers contextes de soins (14-16). Dans le cadre des troubles musculo-squelettiques, les soignants prodigent régulièrement des conseils aux patients (17). Toutefois la communication resterait centrée sur le praticien selon les caractéristiques suivantes : des questions spécifiques, structurées, fermées et directes de la part du praticien ; accent mis sur les processus biologiques ; relation orientée vers la lecture biomédicale spécifique à la discipline du praticien (18). Une étude qualitative menée auprès de professionnels utilisant la thérapie manuelle suggère que, si l'approche biopsychosociale est considérée comme nécessaire dans le traitement de la lombalgie chronique du fait de la nature multidimensionnelle de celle-ci, la prise en compte des facteurs psychosociaux est appréhendée comme difficile en raison d'un manque de formation (19). Les thérapeutes disent rencontrer des obstacles, tels que la pression du temps, la prégnance de la dimension biomédicale ainsi que la difficulté à savoir comment gérer les émotions des patients (20). Les freins sont catégorisés en trois niveaux, micro, méso et macro : les facteurs personnels liés aux patients et aux professionnels ; la formulation des directives de pratique clinique, les facteurs liés à la communauté professionnelle ; les politiques de santé et les facteurs sociaux. La reconnaissance de la complexité et de l'interdépendance de ces trois niveaux constituerait la première étape essentielle pour améliorer l'adoption et la mise en œuvre du modèle biopsychosocial (21). Le professionnel qui utilise la thérapie manuelle peut toutefois aller à l'encontre des normes institutionnelles qui l'orientent vers une approche biomédicale (8) en mobilisant des interstices pendant les consultations. Ainsi, outre le recueil du récit du patient (22), le toucher et la communication informelle lors d'une consultation sont des éléments qui participent à augmenter l'attention portée au patient-personne (18). Une revue de littérature ciblée sur la chiropraxie fait apparaître que les expériences antérieures des

patients, leurs croyances erronées et des attentes peu réalistes peuvent compromettre l'établissement d'une relation de travail collaborative (23). Enfin, des personnes atteintes de troubles musculo-squelettiques peuvent considérer que l'amélioration de leur état de santé relève du travail du chiropracteur et non pas de leur propre engagement (24).

Si la relation soignant/soigné en médecine fait l'objet de nombreux travaux sociologiques, celle-ci est bien peu étudiée dans le cadre de la chiropraxie et encore moins dans le contexte français. Le présent travail, qui repose sur une ethnographie de consultations en chiropraxie, souhaite d'une part rendre compte des caractéristiques de la rencontre entre le chiropraticien et le patient en considérant le motif de consultation ainsi que le profil de la personne venue consulter. D'autre part, il vise à identifier les éléments qui constituent la relation thérapeutique et qui favorisent l'alliance de travail entre soignant et soigné, sous l'angle notamment des exercices et conseils d'auto-gestion prodigués par les professionnels et de leur suivi par les patients.

Matériels et méthodes

Nous sommes entrés sur la scène de la consultation en chiropraxie en nous positionnant dans la lignée des travaux de microsociologie émanant du courant interactionniste dans lequel la relation thérapeutique est envisagée comme un ordre négocié et prend des formes différentes selon le soignant, le patient, la maladie et le contexte de la rencontre (25).

Le protocole a reçu un avis favorable du comité d'éthique interne de l'IFEC (Projet d'étude n° 22_09_003). Toutes les personnes rencontrées ont consenti à participer. Les consultations et entretiens ont fait l'objet d'enregistrements audio, transcrits, anonymisés et sauvegardés sur un espace sécurisé. L'accès au terrain a été facilité par notre appartenance au département de recherche de cet institut de formation.

La rédaction de cet article s'est appuyée sur les normes pour la publication des études qualitatives en santé (Standards for Reporting Qualitative Research - SRQR).

Le recueil des données s'est déroulé entre octobre 2022 et mars 2023. Des observations de type ethnographique non participantes ont été effectuées dans deux cadres de consultation. L'un au sein des deux centres cliniques de l'IFEC à Toulouse et à Ivry-sur-Seine, ouverts à tous, où les consultations sont réalisées par des étudiants en fin

de cursus – 4^e et 5^e années, soit environ 200 étudiants – et supervisées par des encadrants pédagogiques titulaires du titre de chiropracteur (une cinquantaine sur les deux sites). La durée des consultations est de deux heures pour une première visite et d'une heure pour un suivi. L'autre au sein de cabinets libéraux de chiropraxie auprès de praticiens, intervenant comme enseignants et/ou encadrants cliniques à l'IFEC, recrutés par un appel à volontaires diffusé en interne auprès de l'ensemble des intervenants concernés, complété par une présentation du projet dans les centres cliniques. Dans ce second cadre, la durée des consultations a varié entre quinze et cinquante minutes. Les consultations à observer en centre clinique ont été pré-choisies à partir du planning de rendez-vous de manière à constituer un échantillon diversifié en matière de profils de patients (sexe, âge, première consultation ou consultation de suivi, ancienneté de fréquentation du centre clinique). En amont, l'étudiant en charge de la consultation a été contacté afin de recueillir son accord. Une consultation par étudiant a été observée, sauf une fois où deux consultations consécutives ont été observées. Dans les cabinets de chiropraxie, le recueil s'est effectué sur une demi-journée de consultations en incluant les patients qui répondaient aux critères d'inclusion.

À l'issue de chaque consultation, un entretien téléphonique était pris avec le patient, afin de recueillir son vécu de la consultation et de percevoir le degré d'adéquation entre ses attentes et ce qui a été réalisé quant à la relation avec le soignant et au protocole de soins mis en place, dont les conseils et exercices préconisés. Un entretien en face-à-face ou par téléphone était également mené avec chaque soignant observé afin de recueillir son point de vue en miroir de celui du patient sur le déroulé de la consultation, la relation construite, les anticipations d'attentes et de comportements du patient, les choix thérapeutiques effectués, dont la formulation des conseils et exercices autogérés. Les entretiens, d'une durée de quinze à cinquante-cinq minutes, ont été réalisés à partir d'une grille semi-directive.

L'analyse des données a été menée dans un premier temps par trio de recueil (consultation observée, entretien avec le patient, entretien avec le soignant) avec la rédaction d'une synthèse des propos et des éléments observés, sur la base d'une trame reprenant en partie la grille d'entretien, complétée par des dimensions ayant émergé du terrain. Ces synthèses de type monographique sont composées d'informations descriptives, de citations des patients et des soignants et de premières pistes d'analyse. Dans un second temps, une analyse transversale aux différentes rubriques de la trame de synthèse a été faite.

Résultats

Corpus constitué (patients et soignants)

Au total, 27 consultations ont été observées entre octobre 2022 et mars 2023 (Tableau 1). Ce nombre a permis de collecter un volume d'informations suffisant au vu des objectifs visés dans une perspective exploratoire d'un champ peu documenté. 23 entretiens ont été réalisés auprès des patients observés ; 4 n'ont pas donné suite à nos tentatives de contact après avoir accepté un rendez-vous. Les 14 soignants observés – 11 étudiants en 5^e année à l'IFEC et 3 chiropracteurs exerçant en cabinet libéral – nous ont accordé un temps d'entretien.

L'échantillon de patients est composé de 14 femmes et 13 hommes âgés de 23 à 80 ans (Tableau 2). La répartition par catégories socioprofessionnelles fait apparaître une représentation importante de travailleurs manuels et de professionnels de santé (Tableau 3).

Du côté des soignants, on dénombre 8 femmes et 6 hommes. Deux d'entre eux exercent depuis une dizaine d'années, le troisième depuis plus longtemps. Leur lieu d'installation est varié, plus ou moins urbanisé.

Qui consulte en chiropraxie ? Des corps à restaurer ou à entretenir

Les patients rencontrés lors des consultations en chiropraxie se montrent attentifs à leur santé, en tant que

Tableau 1 – Présentation de l'échantillon de patients

Lieu de consultation	Pseudo patient	sexe	âge	CSP	Pseudo soignant
Centres cliniques	Anna	F	35	cadre	Emma
	Audrey	F	36	employée	Robin
	Christian	M	62	ouvrier	Clémence
	Claire	F	50	infirmière	Camille
	Fabien	M	39	employé	Guénaël
	Fabienne	F	49	enseignante	Emeline
	Françoise	F	65	infirmière	Louisa
	Janine	F	79	aide-soignante	Zoé
	Louise	M	23	étudiante	Sacha
	Michel	M	58	ouvrier	Paul
	Philippe	M	64	cadre	Guénaël
	Stéphane	M	45	ouvrier	Mylène
	Thomas	M	24	étudiant	Clara
Cabinets libéraux	Antoine	M	40	artisan	Sébastien
	Chantal	F	70	prof interm	Agathe
	Élodie	F	43	prof interm	Agathe
	Emmanuel	M	49	commercial	Jeanne
	Jean-Luc	M	69	employé	Sébastien
	Jenny	F	35	sans prof	Agathe
	Martine	F	64	employée	Jeanne
	Myriam	F	51	aide-soignante	Sébastien
	Nadine	F	74	employée	Jeanne
	Nathalie	F	73	cadre	Jeanne
	Pierre	M	36	artisan	Agathe
	Serge	M	83	ouvrier	Jeanne
	Sylvie	F	59	aide-soignante	Agathe
	Thibault	M	24	militaire	Sébastien

Tableau 2 – Sexe et âge des patients

	Nombre de consultations	Répartition des patients par genre	Répartition des patients par âge
Centres cliniques	13	6 F / 7 H	Entre 23 et 79 ans
Cabinets de chiropraxie	14	8 F / 6 H	Entre 24 et 80 ans
Total	27	14 F / 13 H	Entre 23 et 80 ans

Tableau 3 – Catégories socioprofessionnelles des patients

	Centres cliniques	Cabinets	Total
Travailleurs manuels (ouvriers, artisans)	3	3	6
Employés de bureau	2	2	4
Professions intermédiaires diverses	1	4	5
Professionnels de santé (infirmiers, aides-soignants)	3	2	5
Militaire	0	1	1
Cadres	2	1	3
Étudiants (dont 1 en médecine)	2	0	2
Sans profession	0	1	1
	13	14	27

capital à préserver, sinon à restaurer quand abîmé par une pratique sportive intense actuelle ou passée, des conditions de travail favorisant l'apparition de troubles musculo-squelettiques ou du fait de l'âge.

Si Jenny, Pierre, Thibault ont consulté pour une lombalgie aiguë, la majorité des patients observés sont atteints de douleurs musculo-squelettiques chroniques, notamment liées à une activité professionnelle les amenant à porter de lourdes charges ou à prendre des postures défavorables, comme Christian, mécanicien poids lourd, Stéphane, ouvrier, Antoine, maçon, Pierre, plombier, Sylvie, aide-soignante. Ainsi, Serge, 83 ans, le doyen du corpus, a été chauffeur-livreur et a porté « *des colis de 100 kg, c'est comme ça que je me suis esquiné le dos* ». Il consulte en chiropraxie depuis qu'il a une trentaine d'années et pratique la randonnée en montagne et la danse traditionnelle. Les corps de Louise, Philippe, Fabien, Jean-Louis, sportifs ou ex-sportifs professionnels ou semi-professionnels, sont douloureux et fragilisés. Michel, proche des 60 ans, en invalidité, a fait plusieurs métiers engageants physiquement et a longtemps pratiqué la boxe. Aujourd'hui, « *mon corps, il souffre partout* », dit-il.

Les patients rencontrés disposent d'une bonne connaissance de leur corps, outil de travail et/ou de performance physique, ou pour d'autres de leur profession dans le

champ de la santé : Claire et Françoise sont infirmières ; Janine, Myriam, Sylvie sont aides-soignantes ; Louise est non seulement sportive semi-professionnelle mais aussi étudiante en médecine.

Le souci de maintenir ou d'améliorer son état corporel se rencontre chez certains patients, et plus spécifiquement des femmes qui font preuve d'un certain dynamisme et qui sont touchées par des douleurs et une perte de mobilité et qui se disent « *prêtes à tout pour aller mieux* », à l'image de Chantal, Élodie, Françoise, Nadine, Nathalie, Sylvie. Consulter un chiropracteur entre dans un ensemble de démarches visant à entretenir sa santé par soi-même. Philippe, par exemple, fréquente régulièrement le centre clinique depuis une dizaine d'années. La soixantaine passée, il entretient son corps et sa forme par une activité sportive régulière, une alimentation revisitée (pas de consommation d'alcool, de gluten, de lactose) et une pratique de la méditation.

Pourquoi consulter en chiropraxie ? À la recherche d'une autre forme de soin

La plupart des patients rencontrés disent avoir recours à la chiropraxie en tant que thérapie manuelle plutôt que

de prendre des traitements médicamenteux. Certains font part de mauvaises expériences : Janine signale avoir eu un ulcère de l'estomac qu'elle attribue à une surconsommation d'anti-inflammatoires, prescrits par un rhumatologue. Bien des patients rencontrés ont commencé à consulter un chiropracteur après déboires et mécontentements vécus avec des professionnels d'une autre discipline de santé.

Pour Françoise, Janine, Nadine, Nathalie, Serge, le recours à la chiropraxie entre dans une pratique plus large des médecines et pratiques dites alternatives et complémentaires (26) ou de ce qui relève du champ des interventions non médicamenteuses (27). Claire, Fabienne, Thomas, Thibault ou encore Audrey sont, eux, en phase de découverte de la chiropraxie et recourent habituellement à la médecine conventionnelle.

Un autre motif de consultation apparaît dans le cas des centres cliniques l'accessibilité financière. En France, la chiropraxie est réglementée mais n'est pas conventionnée. Les soins chiropratiques ne font pas l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale ; des remboursements peuvent être effectués par les assurances complémentaires en santé sur la base d'un panier annuel au-delà duquel les frais sont à la charge du patient. Les tarifs pratiqués en centre clinique, moindres qu'en cabinet libéral, permettent à des personnes aux revenus limités de venir consulter régulièrement, ainsi que plusieurs l'ont expliqué (Christian, Fabien, Janine, Louise, Michel, Stéphane, Thomas). « *C'est le bon plan* », dit Louise, étudiante. « *Les consultations privées, moi, j'ai pas les moyens, je peux pas me permettre, surtout si on doit faire de nombreuses séances* », reconnaît Janine, employée à la retraite. Mais ce n'est pas la seule raison formulée : des patients disent venir en centre clinique pour soutenir l'apprentissage des étudiants. « *C'est un échange de bons services, en fait, ça vous rend service et ça rend service aux étudiants* » (Janine).

De nombreux témoignages recueillis font état d'une satisfaction des soins chiropratiques reçus, en matière de résultats obtenus mais aussi et surtout au niveau de la relation avec le soignant. Ainsi certains ne tarissent-ils pas d'éloges sur le thérapeute manuel qui non seulement les a physiquement soulagés mais aussi écoutés, ainsi que le souligne Janine, qui consulte au centre clinique depuis plus de deux ans : « *Elles [les étudiantes] sont adorables, elles sont à l'écoute de nos besoins et de nos difficultés. Et elles sont compétentes.* » Les témoignages allant dans ce sens sont nombreux. En début de consultation, le recueil d'éléments biographiques du patient participe de cette satisfaction et mise en confiance. Audrey, qui dit être arrivée la première fois avec une certaine appréhension, reconnaît que « *je ne me serais pas autant livrée s'il n'y*

avait pas eu ce temps d'échanges et j'aurais certainement été plus en difficulté pour avoir ce lâcher-prise pendant la manipulation ». Chantal fait part d'un sentiment de confiance envers la thérapeute, Agathe, reposant sur un mélange de compétence et de personnalité, dit-elle. Dès la première consultation, elle a eu « *le feeling. J'ai confiance, je ne suis pas pleine d'appréhension en y allant [...]. Ce qui est essentiel pour la relation de soin, parce qu'on met notre corps entre ses mains. Il y a aussi une part de soi. Il faut que je sois disponible, que je me détende pour que la personne arrive à me soigner* ».

Au cœur des consultations : la douleur

Hormis ceux consultant en prévention (Emmanuel, Jean-Luc, Michel), les patients arrivent avec des douleurs, avec ou sans incapacités associées. Que la douleur soit aiguë ou chronique, en être soulagés et retrouver leur mobilité constitue leur principale attente. Nathalie, dont le diagnostic n'est pas encore établi, déclare sa souffrance : « *J'ai mal, j'ai mal, le jour et la nuit, partout.* »

Il est question de douleur tout au long des consultations : il s'agit de la localiser, la caractériser, l'évaluer, non seulement verbalement en interrogeant le patient mais aussi au toucher, par les palpations et les ajustements. Sa prééminence incite les soignants à trouver une manière d'être avec le patient : « *Respecter la douleur*, dit Sébastien, installé depuis plus de dix ans, *être dans l'empathie, c'est-à-dire entendre la douleur tout en conservant un certain détachement.* » Zoé, étudiante de 5^e année, estime avoir « *parfois trop d'empathie* », comme avec Janine, qui souffre de différentes douleurs liées à son âge et à des antécédents de fracture qu'elle met également en lien avec une relation conflictuelle avec sa fille. Des douleurs diverses qui sont associées à des situations de vie problématiques ne sont pas rares parmi les consultations observées. On peut également citer Nadine, Myriam, Jenny, touchées par plusieurs zones douloureuses dont l'exposé est entremêlé avec des éléments de vie privée.

Établir un lien avec le patient : actes techniques et proximité relationnelle

Nous avons relevé lors des consultations observées que les praticiens recherchent des éléments communs avec le patient de manière à créer de la proximité : une activité sportive partagée, des enfants du même âge, le fait d'habiter dans le même périmètre, des nouvelles d'un proche également patient du cabinet, etc. Les échanges

verbaux lors d'une consultation mélangent éléments techniques pour établir le diagnostic et mettre en place le plan de traitement et éléments plus personnels. La chiropraticienne Agathe explique que, pour elle, parler de soi permet de mettre le patient à l'aise. Ce que confirme une de ses patientes, Élodie : « *Elle est très communicante. On parle de notre quotidien, elle sait situer notre demande dans le contexte, je suis en confiance avec elle, j'ai plaisir à aller la voir.* » Les propos d'Antoine, à la tête d'une petite entreprise dans le bâtiment, sont exemplaires quand il fait part de sa satisfaction vis-à-vis du thérapeute Sébastien, tant sur un plan technique que relationnel. Il apprécie chez lui l'écoute par rapport aux symptômes et « *c'est une personne qui est très décontractée avec qui on peut parler de tout. Ça permet de mettre la personne au niveau.* » Antoine explique ne pas ressentir d'asymétrie sociale comme cela lui arrive souvent dans le contexte médical. De son côté, Sébastien raconte son cheminement depuis le début de son installation il y a une quinzaine d'années, quand il pensait devoir renvoyer une image assez sérieuse du professionnel de santé, d'autant que « *le statut t'oblige à avoir un certain comportement. Nous, on est dans le statut des médecines douces, hors système, donc on va nous respecter, mais pas parce qu'on a le titre. Un médecin ou un spécialiste, d'emblée tu as le respect parce que tu as le titre. Nous, le respect, il se crée en fonction de la relation avec eux, les patients.* »

Les soignants interrogés soulignent l'importance de la dimension relationnelle dans leur métier, de ce que l'on peut appeler le « savoir-être » avec le patient : « *Un bon chiro, c'est quelqu'un qui est bon partout, dans la pratique et dans la communication, un soignant qui prend le temps d'écouter* » (Camille). Toutefois, aussi bien du côté des praticiens que des patients entendus, ce qui constituerait un « bon » professionnel de santé en général et en chiropraxie en particulier est un subtil équilibre entre le savoir-être et le savoir-faire.

Trouver cet équilibre dans la relation avec le patient fait partie de l'apprentissage des étudiants lors de leur stage clinique. Cela s'avère plus délicat pour eux notamment avec les patients du même âge, étudiants en année antérieure à l'IFEC, proches familiaux ou provenant du cercle d'amis. À l'image de la consultation avec les patients Louise et Thomas, où le tutoiement a été employé : « *J'ai pas trop enfilé la blouse de thérapeute, dit Clara, c'est avoir une certaine distance tout en restant dans l'empathie dans la relation avec le patient. Avoir une certaine distance, ne pas agir comme moi, 24 ans, avec lui [Thomas], 23 ans. J'ai pas endossé ce rôle correctement. Par exemple, ça aurait été de lui donner plus de conseils de prévention... J'en ai pas parlé, je l'ai pas fait.* »

Le patient « idéal » pour les chiropracteurs : le « sympa » qui se prend en main

À la question formulée de manière très ouverte lors de l'entretien, afin de laisser émerger le point de vue du professionnel sur les dimensions qui participent à la qualité de la rencontre soignant/soigné, sur ce que serait le patient « idéal », les chiropracteurs rencontrés, étudiants et confirmés, répondent de manière homogène qu'il s'agit de celui avec qui une relation d'échanges s'est nouée et qui fait preuve d'autonomie, « *qui a la volonté de se prendre en charge* » (Robin), « *qui est motivé, qui veut se soigner* » et non celui qui est fataliste quant à sa douleur (Sébastien). Le patient « *sympa, qui comprend les choses et fait les exercices* », selon Mylène. Celui qui est dans l'autogestion telle qu'elle est présentée en chiropraxie : « *Ce serait quelqu'un qui est un peu prêt à tout pour soulager ses douleurs, les diminuer et même à changer son rythme de vie. Mais, reconnaît Emma, il peut y avoir des contraintes professionnelles, par exemple, qui font qu'une personne ne peut pas adapter son mode de vie.* » Ce modèle paraît en effet quelque peu idéal, car dans la réalité les soignants reconnaissent « *que pour que l'on puisse travailler ensemble* » (Camille), « *pour faire alliance, il faut s'adapter* » (Emeline). Le patient apprécié par les soignants interrogés apparaît donc être celui avec qui « on peut faire », c'est-à-dire avancer dans le travail thérapeutique, quitte à trouver « *un compromis* », ainsi que conclut Sébastien.

À l'opposé de ce patient considéré comme idéal se trouve celui caractérisé par une relation non satisfaisante par les thérapeutes : c'est « *celui qui veut diriger, dicter* » (Guénaël, Sébastien). La formule de Jeanne est représentative de la pensée générale : « *Je suis pas un distributeur de soins, je suis pas un distributeur d'ajustements, je suis pas un distributeur de diagnostics. Il se passe quelque chose entre le patient et moi en dehors de la technique.* »

Les exercices et l'autogestion : un suivi par les patients très variable

Dans une grande partie des consultations observées, des exercices et conseils pratiques (relatifs au sommeil, à l'ergonomie au travail, etc.) ont été prodigués par le praticien, étudiant en centre clinique ou thérapeute en cabinet. Dans certains cas, les conseils étaient de poursuivre une activité physique douce pratiquée comme la marche (patientes Chantal, Martine, Myriam).

Lors des entretiens avec les patients effectués quelques jours après la consultation, nous leur avons demandé s'ils avaient effectué les exercices préconisés. Les réponses

vont de l'application assidue à la non-application, en passant par différents degrés. Les plus assidus sont les sportifs de haut niveau ou ex-sportifs de haut niveau, pratiquant ou ayant pratiqué pour leur activité des mouvements d'échauffement et d'étirement (Fabien, Louise, Michel, Philippe), auxquels on peut ajouter Thibault, le jeune gendarme. Les exercices préconisés par le chiropracteur entrent alors dans une pratique de routine. En complément, signe d'une capacité à s'autogérer, ces patients, mis à part Thibault, utilisent par eux-mêmes des outils de massage dont ils se sont dotés. Élodie, Françoise, Nadine et Sylvie ont intégré des exercices dans leur quotidien. « *Il y a un truc que je fais tout le temps pour les cervicales, appuyer sur le menton quand je suis à un feu rouge, je le fais, appuyer sur le menton, je descends de la tête un peu au fond à droite à gauche. C'est parce que j'ai intégré ça dans ma vie* » (Sylvie).

Emmanuel, Fabienne, Janine, Stéphane se situent dans une catégorie intermédiaire et nous déclarent avoir effectué a minima une partie des exercices préconisés, ne serait-ce que des étirements au lever. Antoine, ayant un métier intense physiquement et des cervicales fragilisées, précise : « *Il [soignant Sébastien] me dit que c'est intéressant de faire avec des métiers comme le mien, en tout cas de faire des étirements pour essentiellement réduire un peu le mal de dos, quoi* » et avoue n'en faire que « *quand je sens que je vais avoir mal* », et non de manière routinière, « *pourtant c'est ce qu'il faudrait* ».

D'autres, au moment de l'entretien, ont reconnu ne pas les avoir encore mis en application. L'étudiant Thomas signale un exercice qu'il a trouvé intéressant à appliquer. Le cas de Claire, infirmière formée à l'éducation thérapeutique, est exemplaire. En fin de consultation, la soignante lui indique « *un bon exercice à faire à la maison, en plus de ce qu'on va faire toutes les deux. Matin ou soir, quotidiennement, c'est bien pour diminuer la douleur* ». Puis elle lui explique des mouvements d'étirement, en les effectuant elle-même pour les lui montrer. Claire s'applique à les reproduire. Lors de l'entretien, elle reconnaît ne pas avoir commencé à les faire, ayant même reçu la veille un message de la soignante avec des fiches explicatives illustrées par des photos. Elle se justifie et explique : « *Il faut que je me mette à les faire. Il faut vraiment que je me le dise, que je me pose et que je m'occupe un peu de moi, prendre un peu de temps pour moi. Ça a toujours été comme ça.* »

Audrey nous déclare avoir fait les exercices les deux premiers jours après la consultation mais pas depuis. Enfin, Serge avoue tout simplement : « *Je ne les fais pas... par paresse.* »

Les exercices et l'autogestion : apprendre le compromis pour les soignants

Les thérapeutes rencontrés ne se font guère d'illusions à ce sujet, en particulier ceux en dernière année de formation. « *La plupart de mes patients ne font pas les exercices que je leur donne* » (Louisa) ; « *On a très très très peu de patients qui font les exercices* » (Clara). Pour Zoé, la mise en œuvre des conseils prodigués est indépendante du lien avec le patient, car « *ma sœur et une amie très proche, elles ne font pas les exercices* ». Elle souligne comme d'autres étudiants en chiropraxie de notre échantillon que cette dimension de leur travail est délicate et qu'elle nécessite un temps d'apprentissage personnel. « *Au début, je donnais pas trop d'exercices, parce que j'étais vraiment dans le début et je savais pas trop comment faire. Ce n'est pas simple à faire et c'est pas quelque chose qu'on a beaucoup appris en cours, dit-elle, et en plus savoir s'ils le font vraiment, c'est pas simple.* » Des supports vidéo ou écrits avec éventuellement des dessins ou des photos sont élaborés par certains et transmis aux patients.

Les trois praticiens confirmés interviewés semblent avoir pris une certaine distance par rapport à cet attendu pédagogique. Jeanne formule trois règles relatives à la transmission d'exercices, qui reflètent les propos tenus par ses collègues : « *1/ si c'est nécessaire, 2/ si ça rentre dans le cadre de vie du patient et 3/ si le patient est intéressé.* » Nous avons pu observer que les exercices sont donnés de manière variable, pas systématiquement, avec parcimonie, progressivement, en montrant l'exemple en consultation, en effectuant les exercices avec le patient. Agathe considère que des patients estiment que « *c'est au chiro de travailler* », rejetant d'une certaine façon le modèle de coopération soigné/soignant qu'elle appelle de ses vœux en consultation en évoquant le partage du travail. Ainsi, elle dit à Jenny : « *Je vais faire mon travail de chiropracteur et vous les devoirs à la maison.* »

Discussion

Les résultats présentés mettent en évidence des dimensions caractéristiques de la relation de soin en chiropraxie.

La confiance, socle de la relation de soin

Les raisons évoquées de faire appel au chiropracteur, outre le motif de consultation lié à un trouble musculo-squelettique,

font écho aux explications du recours aux médecines alternatives – incluant la chiropraxie – décrites par Siahpush (28) : insatisfaction face au manque de résultats de la médecine conventionnelle pour de nombreuses maladies ; insatisfaction face à la relation médecin/patient au sein de la médecine conventionnelle ; émergence d'un ensemble de valeurs et de croyances liées aux remèdes naturels et de rejet d'un modèle technologique et consumériste.

Les personnes rencontrées qui viennent consulter en chiropraxie ont été le plus souvent orientées par un proche satisfait des soins et de l'accueil reçus. Ces patients expriment une confiance *a priori* envers les thérapeutes, y compris débutants, dans la mesure où ils considèrent que les étudiants sont formés et encadrés. Après une première consultation et des résultats obtenus, un soulagement de leur douleur, une réduction de leur perte de mobilité, cette confiance devient assurée, selon le terme de Luhmann. Pour ce sociologue qui a théorisé la confiance, celle-ci est une donnée élémentaire de la vie en société qui permet de réduire la complexité sociale et d'éviter un état d'incertitude permanent (29).

Le domaine de la santé constitue « un de ces biens qui requiert coopération et confiance » (30). Le travail sur le corps est l'objet de toute pratique de soin. La thérapie manuelle a cependant la particularité d'agir sur le corps « par les mains », par le toucher, la palpation, la mobilisation. Dans cette relation de soin, le soignant détient une connaissance professionnelle de son objet d'action alors que le patient détient une connaissance intime, expérientielle de son corps et de ses défaillances (douleur, perte de mobilité, etc.) dont il est amené à faire part au soignant en consultation. Elle implique une mise à nu plus ou moins partielle du corps, tant physiquement que d'un point de vue symbolique, c'est-à-dire de s'en remettre aux mains du thérapeute. Quand on livre son corps au thérapeute manuel, une mise en confiance est particulièrement indispensable. Ceci d'autant plus quand le chiropracteur intervient sur le dos du patient, les gestes n'étant alors pas visibles pour celui-là. La situation de corps-à-corps soignant/soigné, avec une grande proximité lors de certaines manipulations, implique que le professionnel adopte une posture technique qui justifie ce contact corporel et le détache de toute autre connotation.

Un ethos professionnel adaptable et acceptant le compromis

Cette spécificité de la thérapie manuelle implique tout particulièrement pour le chiropracteur de construire une façon d'être et de faire avec le patient qui assure ce

dernier de sa compétence technique tout en faisant preuve de compétence relationnelle (31). Il s'agit d'acquérir une maîtrise de l'interaction de manière à atteindre l'objectif de la consultation : établir une relation qui permette d'agir ensemble et, *in fine*, de soulager le patient.

Les recueils effectués montrent que les thérapeutes endossent le rôle attendu du soignant, composite d'aspects techniques (décrypter la demande du patient, la confronter à l'examen clinique, la traduire en diagnostic et y répondre par le traitement) et relationnels (faire preuve d'écoute, mettre en confiance, savoir expliquer). De leur côté, les patients se montrent coopératifs dans l'explicitation de leur demande et la réponse aux questions posées et font preuve d'une volonté de se soigner, de se prendre en charge, même si elle ne se traduit pas toujours par l'application des conseils et exercices préconisés.

Toutefois, chaque soignant de manière générale, et ici chiropracteur, construit son ethos professionnel au regard de sa biographie, de ce qui l'a amené vers ce métier et la vision qu'il en avait *a priori*, de son environnement familial, des éléments d'éducation reçus et des valeurs qui lui ont été transmises, sans écarter l'action de forces exogènes (structurelles, culturelles, institutionnelles et organisationnelles), qui pèsent sur le système de personnalité, les jugements et comportements individuels et collectifs (32). Cet ethos est en cours d'élaboration pour les étudiants, davantage soumis au respect des règles de l'institution de formation, élaborées conformément au cadre législatif et réglementaire en vigueur¹. Nous en avons une lecture individualisée limitée dans la mesure où, à une exception près, nous ne les avons observés que dans le cadre d'une consultation, face à un seul patient. Chez les chiropracteurs en cabinet observés pendant une demi-journée, un ethos dominant, qui mêle à des degrés variables des compétences techniques et relationnelles, se dessine, dans des déclinaisons adaptées aux différents patients, à la recherche d'éléments de proximité interpersonnelle et non pas en fonction de critères de proximité socioprofessionnelle. Cette forme d'accessibilité du soignant est largement citée par les patients rencontrés qui la mettent en regard avec un vécu d'asymétrie dans la relation médicale.

L'objectif du soin est de créer une alliance de travail avec l'autre, un mode d'agir ensemble, chacun à sa place, dans son rôle respectif, ce qui passe par l'acceptation d'un compromis sur le suivi d'un plan de traitement, des exercices et conseils d'autogestion. Se situer dans le compromis, selon Thuderoz, c'est se positionner en faveur

¹ Notamment la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale et le décret n° 2018-91 du 13 février 2018 relatif à la formation en chiropraxie.

d'une solution négociée, quitte à aménager voire abandonner une préférence initiale, de manière à atteindre un résultat supérieur à d'autres choix (33).

La consultation : un scénario mené par le soignant, accepté ou non par le patient

Avec la notion de compromis, notre analyse rejoint celle de Dillon *et al.* (20), qui, en appliquant la théorie de la performance, ont montré comment des thérapeutes manuels se conforment, bricolent et abandonnent les scripts qui structurent les consultations avec des personnes atteintes de lombalgies. Pour prolonger ce cadre théorique et filer la métaphore théâtrale de Goffman (34), nos données semblent montrer que des éléments biographiques du patient, médicaux, professionnels, personnels, familiaux, passés et actuels, sont intégrés dans le scénario général d'une consultation. Celle-ci se déroule selon un enchaînement de séquences et un socle de gestes thérapeutiques que l'on retrouve d'une consultation à l'autre, d'un professionnel à l'autre. Ce scénario prend une teinte particulière selon le professionnel. Celui-ci est sur sa propre scène (son cabinet), metteur en scène et personnage principal d'une série dans laquelle il joue son rôle de soignant selon la trame de scénario qui lui convient en l'adaptant à chaque patient, acteur invité, de passage. Pour ce faire, le professionnel opère un cadrage de l'individu (35) en fonction de la manière dont il le perçoit et décrypte la demande du patient : un diagnostic, un soulagement de la douleur, un suivi préventif, etc. Si le patient est satisfait du scénario et du rôle qu'il a pu y tenir, il reviendra consulter, sinon libre à lui de s'insérer dans une autre série portée par un autre professionnel (chiropracteur ou autre thérapeute).

Libre à lui également de suivre ou de ne pas suivre les conseils d'exercice et d'autogestion. C'est peut-être dans cet interstice que se loge l'autonomie du patient, sa capacité à décider pour lui-même, de choisir d'appliquer ou non les conseils. Toutefois, on peut se demander dans quelle mesure c'est un choix pleinement éclairé. N'est-il pas dépendant de la manière dont le professionnel lui a expliqué le bien-fondé des exercices et la manière de les réaliser, de les intégrer dans son quotidien ?

Forces et limites du recueil effectué

Un tel recueil reposant sur des observations et sur des entretiens croisés auprès des soignants et des patients est à notre connaissance le premier réalisé en France au sein de consultations de chiropraxie. Ce travail a été

mené dans une visée exploratoire. Il constitue une base de réflexion qui peut être intégrée dans des enseignements, tant en formation initiale que continue. Les résultats ont d'ailleurs fait l'objet de présentations auprès des encadrants cliniques des deux sites de l'IFEC et de la promotion concernée d'étudiants de 5^e année. Un document de synthèse des résultats, élaboré avec l'aide du service de communication de l'IFEC, a été transmis aux patients ayant participé à l'étude.

Ce travail fournit des éléments d'information et de compréhension qui ouvrent des pistes de travail à poursuivre en élargissant le recueil à d'autres professionnels. Il comporte des limites en matière de taille de corpus et il manque de diversité quant aux profils des chiropracteurs, les recueils ayant été effectués auprès d'étudiants en centres cliniques d'application et auprès de cliniciens intervenant en tant qu'enseignants et/ou encadrants cliniques pédagogiques au sein de l'institut de formation en chiropraxie.

Conclusion

Les résultats exposés apportent des éléments de caractérisation et de compréhension de ce qui constitue les consultations et la relation de soin en chiropraxie. Les personnes qui consultent en chiropraxie ont un profil *a priori* favorable à l'action chiropratique. Quant aux chiropracteurs, ils se montrent réceptifs aux attentes de leurs patients tant sur un plan technique que relationnel. Le focus réalisé sur les exercices et l'autogestion permet de mettre en exergue les conditions de réalisation de l'alliance thérapeutique telle que définie par Ivanova *et al.* (23) : l'instauration d'un lien de travail coopératif entre un patient et un chiropracteur passerait par la confiance et la négociation des objectifs et de la répartition des tâches entre les deux parties prenantes. Le scénario de la consultation est tracé par le chiropracteur mais de manière souple, car il est amené à adapter son ethos professionnel aux attendus du patient afin de pouvoir agir avec le corps de celui-ci et en coopération avec lui.

En matière de perspectives de travail, il serait nécessaire d'élargir l'analyse en interrogeant des praticiens n'intervenant pas au sein de l'IFEC de manière à être plus représentatifs de la profession. Il serait intéressant également de mener une démarche comparative en effectuant un recueil auprès d'autres thérapeutes manuels, notamment ostéopathes, eux aussi en profession réglementée et hors conventionnement, mais nettement plus nombreux à exercer en France et issus d'une trentaine d'écoles.

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Nous tenons à remercier très sincèrement les personnes ayant participé à notre étude, patients, étudiants et chiropracteurs.

Références

- Arrêté du 13 février 2018 relatif à la formation en chiropraxie (JORF n° 0037 du 14 février 2018) - Annexe 1 : Référentiel d'activités et de compétences.
- Gady-Cherrier C, Zantman F. Évaluation de la procédure d'agrément et des capacités d'accueil des établissements de formation en ostéopathie et en chiropraxie et propositions d'évolution [En ligne]. IGAS; 2022. 110 p. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/Evaluation-de-la-procedure-d-agrement-et-des-capacites-d-accueil-des.html>
- Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. La démographie des kinésithérapeutes en 2022 [En ligne]. 2023 [cité le 23 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/la-demographie-des-kinesitherapeutes-en-2022/>
- Szasz TS, Hollender MH. A Contribution to the Philosophy of Medicine; the Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *AMA Arch Intern Med.* mai 1956;97(5):585-92.
- Mead N, Bower P. Patient-Centredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature. *Soc Sci Med.* oct 2000;51(7):1087-110.
- Langberg EM, Dyhr L, Davidsen AS. Development of the Concept of Patient-Centredness – A Systematic Review. *Patient Educ Couns.* juill 2019;102(7):1228-36.
- Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J, et al. "Same Same or Different?" A Review of Reviews of Person-Centered and Patient-Centered Care. *Patient Educ Couns.* janv 2019;102(1):3-11.
- Miller PJ, Gemmell HA. Patient Centred Care in Chiropractic Practice. *Clinical Chiropractic.* sept 2004;7(3):141-6.
- Oths K. Communication in a Chiropractic Clinic: How a D.C. Treats his Patients. *Cult Med Psychiatry.* mars 1994;18(1):83-113.
- Mescouto K, Olson RE, Hodges PW, Setchell J. A Critical Review of the Biopsychosocial Model of Low Back Pain Care: Time for a New Approach? *Disabil Rehabil.* juin 2022;44(13):3270-84.
- Daluiso-King G, Hebron C. Is the Biopsychosocial Model in Musculoskeletal Physiotherapy Adequate? An Evolutionary Concept Analysis. *Physiother Theory Pract.* mars 2022;38(3):373-89.
- Elvins R, Green J. The Conceptualization and Measurement of Therapeutic Alliance: An Empirical Review. *Clin Psychol Rev.* oct 2008;28(7):1167-87.
- Fuertes JN, Toporovsky A, Reyes M, Osborne JB. The Physician-Patient Working Alliance: Theory, Research, and Future Possibilities. *Patient Educ Couns.* avr 2017;100(4):610-5.
- Collins S, Drew P, Watt I, Entwistle V. "Unilateral" and "Bilateral" Practitioner Approaches in Decision-Making about Treatment. *Soc Sci Med.* déc 2005;61(12):2611-27.
- Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Doctor-Patient Interactions in Oncology. *Soc Sci Med.* juin 1996;42(11):1511-9.
- Heritage J, Maynard DW. Problems and Prospects in the Study of Physician-Patient Interaction: 30 Years of Research. *Ann Rev Sociol.* 2006;32(1):351-74.
- Hutting N, Caneiro JP, Ong'wen OM, Miciak M, Roberts L. Person-Centered Care for Musculoskeletal Pain: Putting Principles into Practice. *Musculoskelet Sci Pract.* déc 2022;62:102663.
- Hiller A, Guillemin M, Delany C. Exploring Healthcare Communication Models in Private Physiotherapy Practice. *Patient Educ Couns.* oct 2015;98(10):1222-8.
- Cowell I, O'Sullivan P, O'Sullivan K, Poyton R, McGregor A, Murtagh G. Perceptions of Physiotherapists towards the Management of Non-Specific Chronic Low Back Pain from a Biopsychosocial Perspective: A Qualitative Study. *Musculoskelet Sci Pract.* déc 2018;38:113-9.
- Dillon M, Olson R, Mescouto K, Costa N, Setchell J. How Physiotherapists Attend to the Human Aspects of Care when Working with People with Low Back Pain: A Thematic Analysis. *Health Sociol Rev.* nov 2023;32(3):277-93.
- Ng W, Slater H, Starcevic C, Wright A, Mitchell T, Beales D. Barriers and Enablers Influencing Healthcare Professionals' Adoption of a Biopsychosocial Approach to Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Qualitative Evidence Synthesis. *Pain.* août 2021;162(8):2154-85.
- Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-Centered Care -Ready for Prime Time. *Eur J Cardiovasc Nurs.* déc 2011;10(4):248-51.
- Ivanova D, Bishop FL, Newell D, Field J, Walsh M. Mixed Methods Systematic Review of the Literature Base Exploring Working Alliance in the Chiropractic Profession. *Chiropr Man Therap.* sept 2022;30(1):35.
- Stilwell P, Harman K. "I didn't Pay her to Teach me How to Fix my Back": A Focused Ethnographic Study Exploring Chiropractors' and Chiropractic Patients' Experiences and Beliefs Regarding Exercise Adherence. *J Can Chiropr Assoc.* déc 2017;61(3):219-30.
- Strauss A. La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. Textes réunis par Bazsanger I. Paris, France: L'Harmattan; 1992. 319 p.
- Lee EL, Richards N, Harrison J, Barnes J. Prevalence of Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine by the General Population: A Systematic Review of National Studies Published from 2010 to 2019. *Drug Saf.* juill 2022;45(7):713-35.
- Ninot G, Boulze-Launay I, Bourrel G, Gerazime A, Guerdoux-Ninot E, Lognos B, et al. De la définition des interventions non médicamenteuses (INM) à leur ontologie. *Hegel.* 2018;1(1):21-7.
- Siahpush M. Why Do People Favour Alternative Medicine? *Aust N Z J Public Health.* juin 1999;23(3):266-71.
- Luhmann N. La confiance, un mécanisme de réduction de la complexité sociale. Paris, France: Economica; 2006. 123 p.
- Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques.* 2003;11(3):59-79.
- Milburn P. La compétence relationnelle : maîtrise de l'interaction et légitimité professionnelle. *Avocats et médiateurs. Revue française de sociologie.* 2002;43(1):47-72.
- Fusulier B. Le concept d'ethos. *Recherches sociologiques et anthropologiques.* août 2011;42(1):97-109.
- Thuderoz C. Petit traité du compromis. L'art de la concession. Paris, France: Presses universitaires de France; 2015. 376 p.
- Goffman E. La Mise en scène de la vie quotidienne. Paris, France: Éditions de Minuit; 1973. 256 p.
- Dodier N. L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement. Paris, France: Métailié; 1993. 372 p.