

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE
DE NANCY

LA RELATION PATIENT-ÉTUDIANT :
UNE RELATION DE CONFIANCE ?

Mémoire présenté par **Mickael JUSTEL**
étudiant en 3^{ème} année de Masso-kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'état
de Masseur-Kinésithérapeute.
2011-2012

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier particulièrement :

- Madame Anne ROYER, directrice de notre mémoire, pour son suivi et son apport à la réalisation de mémoire.
- Monsieur Claude DEBIARD, qui nous a accompagnés tout au long de l'élaboration de notre projet d'étude, pour son aide et pour le temps qu'il nous a consacré.
- Madame Martine ALTMAYER pour sa relecture et ses suggestions.
- Mademoiselle Marion GERARD et Monsieur Vincent ROSSOLIN pour leurs relectures et leurs conseils.
- Les patients qui ont rempli le questionnaire.
- Ma famille et mes amis

SOMMAIRE

RÉSUMÉ

1. INTRODUCTION.....	1
2. GÉNÉRALITÉS.....	2
2.1. Les études de kinésithérapie à Nancy.....	2
2.1.1. Première année.....	2
2.1.2. Deuxième année.....	3
2.1.3. Troisième année.....	3
2.2. Éléments de réflexion pour la recherche des items du questionnaire.....	4
2.2.1. Devoirs du kinésithérapeute.....	4
2.2.2. Droits du patient.....	5
2.2.3. La confiance.....	6
2.2.4. La relation thérapeutique.....	8
2.2.4.1. Parent Adulte Enfant.....	8
2.2.4.2. Les éléments de la relation thérapeutique.....	9
2.3. Approche sociologique.....	10
2.3.1. La représentation	10
2.3.2. La communication.....	12
3. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	13
3.1. Matériel.....	13
3.1.1. Population.....	13
3.1.1.1. Critères d'inclusion.....	13

3.1.2.	Nombre de sujets.....	14
3.1.3.	Le questionnaire.....	14
3.1.3.1.	Le fond.....	15
3.1.3.1.1.	Section A : Patients pris en charge par un étudiant.....	15
3.1.3.1.2.	Section B : Patients n’ayant pas été pris en charge par un étudiant.....	15
3.1.3.2.	La forme.....	15
3.2.	Méthode.....	16
3.2.1.	Pré-enquête.....	16
3.2.2.	Hypothèses et objectifs.....	18
3.2.3.	Le pré-test.....	18
3.2.4.	Modalités de distribution et de remplissage.....	18
3.2.5.	Méthode de recherche bibliographique.....	19
4.	RÉSULTATS.....	20
4.1.	Pré requis.....	20
4.2.	Patients pris en charge par les étudiants.....	20
4.3.	Patients non pris en charge par un étudiant.....	21
5.	DISCUSSION.....	22
5.1.	Élaboration du questionnaire et encodage des résultats.....	22
5.2.	Les biais du questionnaire.....	24
5.3.	Interprétation des résultats.....	25
5.3.1.	Patients pris en charge par un étudiant.....	25
5.3.2.	Patients non pris en charge par un étudiant.....	28
6.	CONCLUSION.....	30

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RÉSUMÉ

Au cours de sa formation, l'étudiant est amené à établir une relation thérapeutique avec les patients qu'il prend en charge. De par son statut d'étudiant, le contenu de cette relation diffère de celui d'une relation soignant titulaire-soigné.

Notre étude, questionnaire à l'appui, se propose de recenser les composantes de la relation thérapeutique et d'analyser les perceptions propres aux patients lors de leur prise en charge par l'étudiant.

Les résultats de l'étude nous indiquent que les patients ont d'abord des préjugés sur l'étudiant du fait de son statut, mais que ces préjugés disparaissent lors de la prise en charge puisque la majorité des patients accordent autant leur confiance aux stagiaires qu'aux professionnels.

MOTS CLÉS : Relation thérapeutique patient étudiant, Relation thérapeutique Masso-kinésithérapie.

KEY WORDS : Patient student therapeutic relationship, Physiotherapist therapeutic relationship.

1. INTRODUCTION

Au cours de sa formation, l'étudiant est amené à prendre en charge des patients, et ce dès la deuxième année de formation en IFMK. De cette prise en charge naît une relation thérapeutique particulière entre le patient et son thérapeute. Plusieurs questions se posent alors quant à la nature de cette relation. Est-ce une relation de confiance ? L'étudiant n'étant pas diplômé, s'assimile-t-elle à une relation soignant-soigné ? Dans l'esprit du patient, l'étudiant est-il perçu comme un novice ou d'ores et déjà comme un futur professionnel ? Autant de questions que sont amenés à se poser les étudiants, aussi bien lors de leurs premiers stages que par la suite, dans un souci d'amélioration de leur prise en charge et de la qualité des soins qu'ils procurent.

Nous nous proposons donc, au travers d'un questionnaire remis aux patients de divers établissements de santé et cabinets libéraux, d'analyser le lien particulier qui unit le stagiaire à son patient tant dans le domaine relationnel que dans le domaine technique, qu'il soit pratique ou théorique.

2. GÉNÉRALITÉS

2.1. Les études de kinésithérapie à l'ILFMK de Nancy

L'accession aux études de kinésithérapie à Nancy s'effectue selon différentes modalités. Si la plupart des étudiants sont issus de la première année commune aux études de santé (PACES) [1], d'autres peuvent également accéder à la première année d'études en kinésithérapie (Annexe I) [2] [3]. Parmi eux figurent les diplômés en instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) [4], en instituts de formation en ergothérapie (IFE) [5], les titulaires d'une licence en STAPS [6], ainsi que certains sportifs de haut niveau et des diplômés de pays étrangers. Ces différents horizons nous indiquent déjà que l'hétérogénéité de la population étudiante entraîne des différences d'approche relationnelle selon la provenance du stagiaire. Le cursus kinésithérapie à Nancy se déroule en trois années (Annexe II) [2].

2.1.1. La première année [2]

La première année comprend quatre modules, elle se résume en trois grandes parties : apprentissage de la physiologie et de l'anatomie, apprentissage de la technologie de base et de la pratique clinique, et initiation à la physiopathologie. Un stage d'observation de deux semaines doit être réalisé durant l'année, il s'agit là d'une première approche de la pratique professionnelle et d'un premier contact avec les patients pour le stagiaire.

2.1.2. La deuxième année [2]

La seconde année est régie par des cycles alternés de deux mois de cours, théoriques et pratiques, et de deux mois de stage en secteur rééducatif.

Le premier cycle de cours comporte les modules de traumatologie, technologie, rhumatologie, et déformations du rachis. Le second est axé sur le module de neurologie, et le troisième sur les modules de cardiologie, pathologies respiratoires, et rhumatologie. Deux stages de deux mois s'intercalent entre ces périodes de cours durant lesquels l'étudiant est au contact des professionnels. Dès lors, l'étudiant peut se trouver face à des pathologies qui n'auront pas été abordées en cours. Dans ce cas, il ne peut répondre aux exigences thérapeutiques du patient. Il est alors confronté à une situation délicate dans laquelle il devient dépendant du tuteur de stage qui devra le former. Cette situation est décrite dans l'article «former les étudiants en médecine à la relation» [7]. Il décrit les stagiaires comme des « médecins sans savoir [...], ces stagiaires embarrassés, à qui des patients inquiets vont parfois demander renseignements et soutien. Et ils ne savent pas quoi dire, ce qu'ils ont le droit de dire, eux qui sont sans savoir. »

2.1.3. La troisième année [2]

La troisième année compte trois temps de stages et deux périodes de cours incluant tous les modules (Annexe II).

Il est à préciser que depuis 2010 des stages en milieu libéral sont proposés aux étudiants de troisième année.

La troisième année est sanctionnée par le Diplôme d'Etat de Masseur Kinésithérapeute.

2.2. Éléments de réflexion pour la recherche des items du questionnaire

D'après E. ROLAND GOSSELIN [8], «le patient n'aura la disponibilité nécessaire à sa participation au processus de guérison que s'il se sent rassuré par la compétence professionnelle du thérapeute, [...] et par la confiance que le thérapeute lui manifestera dans sa capacité de reconstruction de lui-même. Ce sont les préalables indispensables à toute relation thérapeutique.»

Nous nous intéressons donc à présent à ces deux composantes de la relation thérapeutique décrites par E. ROLAND GOSSELIN que sont la compétence du thérapeute et la confiance qui existe entre le soignant et son patient.

2.2.1. Devoirs du Masseur-kinésithérapeute

Les devoirs du Masseur-kinésithérapeute sont la base de la prise en charge des patients. Ils définissent les obligations des thérapeutes dans l'exercice de leur profession. L'étudiant kinésithérapeute, comme le professionnel de santé, se doit de respecter le code de déontologie

des Masseurs-kinésithérapeutes [9]. Nous avons retenu plusieurs articles du Code de la Santé Publique concernant les interactions entre patients et thérapeutes : l'article R4321-80 [10], l'article R4321-81 [11] et l'article R4321-85 [12]. Ces trois articles expliquent que le soignant s'engage à procurer des soins de la meilleure qualité possible au soigné.

En second lieu, les articles R4321-82 [13] et R4321-83 [14] concernent l'information délivrée au patient. Le premier expose que «le Masseur-kinésithérapeute formule ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veille à leur compréhension par les patients et s'efforce d'en obtenir la bonne exécution.» Le second explique que le thérapeute, «dans les limites de ses compétences, doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état et les soins qu'il lui propose.»

Enfin, l'article R4321-58 [15] stipule que «le masseur-kinésithérapeute doit écouter, examiner, conseiller, soigner avec la même conscience» chacun de ses patients. «Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne soignée.»

2.2.2. Droits du patient

Les droits des patients sont les droits fondamentaux reconnus à la personne hospitalisée. Nous avons retenus deux articles du code de la santé publique qui sont en relation avec notre étude.

Le premier est l'article L1111-2 [16] sur l'information des malades. Il énonce que «toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.»

Le second est l'article L1110-5 [17] concernant le droit aux soins. Il explique que «toute personne, compte tenu de son état de santé, a le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. »

2.2.3. La confiance

Comme le souligne E. ROLAND GOSSELIN [8], la confiance est indispensable à toute relation thérapeutique. L'ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) publie ses normes d'exercice sous le titre «La relation thérapeutique» [18] et y décrit cinq éléments de la relation thérapeutique : Confiance, Respect, Intimité professionnelle, Empathie et Pouvoir.

G.E.MYERS et M.T.MYERS [19] nous expliquent qu'il n'est possible de «faire l'expérience de la confiance que lorsque, dans notre relation avec une autre personne, il y a contingence, prévisibilité et options de rechange. [...] Si une de ces trois caractéristiques est manquante, on ne peut parler de confiance.»

La contingence y est définie comme «l'aspect d'une situation où les résultats des actions d'une autre personne nous affectent de façon significative.» Le patient est tributaire de son thérapeute, en ce sens où les actions du soignant ont un impact sur le soigné.

La prévisibilité «renvoie au degré de certitude que nous avons de ce qu'une personne fera ou ne fera pas», le patient doit pouvoir prédire que le thérapeute ne lui fera courir aucun risque sans en être informé auparavant, comme le stipule le code de déontologie [10] [12] [13] [14].

Enfin, les options de rechange «impliquent de pouvoir choisir autre chose que la confiance», cela signifie qu'il doit être possible de ne pas accorder sa confiance ou de l'accorder à une autre personne, ce qui est prévu dans l'article R4321-57 du Code de la Santé Publique [20].

Il faut cependant rester prudent, car si toutes ces conditions sont préalables au développement de la confiance, elles ne sont pas suffisantes. MYERS et MYERS nous conseillent d'adopter un comportement exemplaire, car «si nos communications ou nos messages sont sûrs, fiables, si nous agissons en concordance avec notre discours et que notre comportement non verbal correspond à nos paroles, les autres peuvent prédire le degré de risque qu'ils courent, et dès lors minimiser leurs chances de se tromper à notre sujet ». L'étudiant est-il capable d'allier assurance et compétence dans ses faits et gestes alors qu'il est encore en apprentissage, et qu'il ne maîtrise pas toujours ses techniques ?

2.2.4. La relation thérapeutique

Le dictionnaire Larousse [21] définit la relation comme un lien d'interdépendance, d'interaction. La relation thérapeutique est la relation d'aide qui existe entre un patient et son thérapeute. Elle diffère d'une simple relation de part son caractère asymétrique. L'OIIO [18] explique que la relation entre le thérapeute et son patient présente «un déséquilibre du pouvoir. [Le thérapeute] a plus de pouvoir que son [patient] en raison de sa position au sein du réseau de santé. En outre, [il] possède des connaissances spécialisées, a accès à des renseignements privilégiés.» Le patient se trouve en situation de faiblesse et recherche l'aide du thérapeute pour ses connaissances, en est-il de même avec un étudiant thérapeute ?

2.2.4.1. Parent Adulte Enfant

Nous nous intéressons à présent au concept d'analyse transactionnelle, qui sépare la personnalité humaine en trois états : le Parent, l'Adulte et l'Enfant. Selon les auteurs de «L'analyse transactionnelle» [22], l'état Parent est défini par «l'ensemble des traditions, normes, et par des structures spécifiques de contrôles, de sécurité et de surveillance». L'état Adulte est constitué par l'ensemble des organes de formation, de réflexion, de production, d'information, de communication et de décision. [...] Il analyse et tire des conclusions rationnelles ou détermine des probabilités».

L'état Enfant «est le domaine du senti». Il se divise en trois parties, l'«Enfant spontané» concerne les émotions ressenties, l'«Enfant créateur» comprend la créativité et l'intuition, et l'«Enfant Adapté» s'exprime lors des relations sous l'«influence d'un Parent.»

C.DEBIARD [23] fait le lien entre ces différents états et propose d'orienter la relation thérapeutique en fonction de la personnalité du patient. Il expose plusieurs formes de relation soignant-patient dont une est à privilégier : «la relation Adulte-Adulte». Cette relation «est constructive», car elle comporte analyse et décisions rationnelles, le soignant y est pédagogue, et le soigné y est acteur et comprend l'intérêt de la prise en charge. L'étudiant, de par sa condition, son âge, et son manque d'expérience peut-il mettre en place une telle relation ? Le patient aura tendance à se placer en position de « parent » face au jeune étudiant, qui aura du mal à l'orienter vers une relation plus constructive.

2.2.4.2. Les éléments de la relation thérapeutique

Nous énumérons ici les composants de la relation thérapeutique. Comme nous l'avons cité précédemment, l'OIIIO [18] en décrit cinq : la confiance, le respect de la dignité, l'intimité professionnelle qui comprend les soins et le secret, le pouvoir et l'empathie. La RNAO (Registered Nurses Association of Ontario) [24] (Annexe III) va plus loin en établissant 14 recommandations dont trois concernent notre étude. La première est l'acquisition des connaissances nécessaires à la participation à la relation. La seconde, la pratique réflexive, implique conscience de soi et des limites professionnelles, et empathie. L'étudiant doit donc

avoir un regard objectif sur lui-même et sa pratique de la relation thérapeutique. La troisième est l'aptitude à évaluer à quel stade en est la relation avec le patient, notamment afin d'orienter la relation si elle sort du cadre souhaité. Enfin, Florence MICHON [25] explique que «la pratique de la relation d'aide implique des capacités d'écoute, de reformulation et d'observation du patient qui permettent d'analyser la situation clinique.»

2.3. Approche sociologique

2.3.1. La représentation

La représentation façonne l'opinion que le patient porte à son thérapeute, qu'il soit professionnel ou étudiant. Selon M.JOUET LEPORS [26], «la représentation sociale est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification particulière.»

Pour M.BAUDRANT [27], il existe plusieurs concepts de représentation. En premier lieu, la psychologie cognitive évoque la représentation comme «l'interprétation personnelle d'un phénomène. [...] «Une représentation peut être considérée comme un modèle personnel d'organisation des connaissances par rapport à un problème particulier.». Dans cette approche, la représentation présente plusieurs caractéristiques. D'une part, elle dépend «des conceptions déjà présentes», c'est-à-dire qu'elle nécessite un savoir minimum sur le sujet

représenté. D'autre part, elle est une interprétation, elle présente donc une dimension affective et exprime une orientation positive ou négative.

En second lieu, dans la psychologie sociale, la représentation « désigne une interprétation collective d'un phénomène, socialement partagée. Moscovici définit la représentation sociale comme une «modalité de connaissance particulière ayant pour fonction l'élaboration des comportements et la communication entre les individus.» [27] La représentation est ici collective, elle est une réalité commune et crée une appartenance à un groupe.

MYERS et MYERS [19] complètent cette définition par une analyse du langage : «la fonction de classification que joue le langage est si importante que chaque fois que nous nous trouvons devant de nouvelles personnes, [...] nous cherchons à déterminer dans quelle catégorie [la] placer. [...] Nous stéréotypions les gens comme étudiants, professeurs, etc. »

En tant qu'étudiant kinésithérapeute, le stagiaire est donc perçu à la fois dans un rôle d'étudiant et de thérapeute, avant même d'avoir pris en charge son patient et selon les modalités de la représentation que nous venons d'énumérer. Mais est-il plus étudiant ou thérapeute ? Avant même de l'avoir rencontré, le patient a un avis sur l'étudiant à partir de son vécu, de ses connaissances sur les étudiants, et de l'image sociale du jeune étudiant. L'étudiant a donc tout intérêt à soigner sa communication pour ne pas alimenter les préjugés.

2.3.2. La communication

Nous ne pouvons pas ne pas communiquer [19], «verbalement ou silencieusement, par le geste ou l'immobilité, nous atteignons toujours les autres, qui en retour répondent inévitablement à nos actions et comportements ».

Le dictionnaire Larousse [28] donne deux définitions de la communication. La première, est l' «action d'être en rapport avec autrui, en général par le langage. » La seconde expose le «fait, pour une personnalité, [...] de se donner telle ou telle image vis-à-vis du public».

Dans le rapport sur «l'importance de la communication dans la relation soignant-soigné» [29], la communication est un des aspects de la relation. Elle est «un échange de messages entre les personnes et suppose l'existence d'émetteurs et de récepteurs, les soignants et les soignés, ainsi qu'un système de transport de messages par vecteurs verbaux, écrits ou comportementaux dans un espace défini. De sa qualité dépend celle de la relation.»

La communication est donc un échange continu de messages entre deux individus ou plus, par langage verbal, écrit et physique, ayant toujours une signification, et pouvant être interprété de différentes manières selon les représentations de chaque individu. Maîtrisée, elle permet au stagiaire de se donner une certaine image et crédibilité face au patient.

N'oublions pas la communication non verbale [19]. «Dans toutes nos relations, nous devons tenir compte du non verbal, c'est-à-dire du ton de voix, du regard, des gestes, du toucher, [...]

des expressions faciales, des vêtements, etc.» En effet, la parole s'accompagne d'un langage corporel, conscient ou non, qui n'est pas toujours maîtrisé par celui qui l'exprime, mais qui est perçu par l'interlocuteur. Il existe plusieurs systèmes non verbaux comme le paralangage, les gestes, les expressions du visage, et bien sûr le toucher. [19]

Le toucher «est un outil de communication puissant, il sert à exprimer toute une gamme de sentiments tels que la peur, l'amour, l'anxiété, la chaleur ou la froideur.» A travers ses soins au contact du patient, le kinésithérapeute «communique aussi quelque chose de sa relation avec son patient. Un toucher délicat communique des sentiments positifs, alors qu'un toucher brusque fait un effet négatif.» [19]. L'étudiant doit prendre en compte tous ces paramètres et soigner sa communication pour plus d'assurance, car un stagiaire fébrile, manquant de confiance en lui ne pourra bénéficier de la confiance de son patient.

3. MATÉRIEL ET MÉTHODE

3.1. Matériel

3.1.1. Population

3.1.1.1. Critères d'inclusion

Notre questionnaire est destiné à une population de patients qui ont eu la possibilité d'être pris en charge par des étudiants. Il a été distribué dans différents établissements accueillant des étudiants en kinésithérapie en relation avec l'ILFMK. Deux kinésithérapeutes

libéraux de la région Lorraine, et cinq établissements de santé ont donc été sollicités : l'IRR Pierquin (Nancy), le CR de Lay St Christophe, l'Hôpital Central de Nancy, la clinique privée Claude Bernard de Metz et le CRF Pasteur de Troyes.

3.1.2. Nombre de sujets

140 questionnaires ont été répartis à raison de 20 par établissement. 73 réponses ont été reçues, dont 4 résultats non interprétables. 69 réponses ont donc été retenues pour notre étude.

3.1.3. Le questionnaire (Annexe IV)

Notre questionnaire est composé de trois sections. La première partie, la page 1 comporte deux phrases d'introduction, les informations générales et les pré-requis. L'introduction explique aux sujets le thème de l'étude et leur garantit l'anonymat. Les informations générales regroupent les données personnelles, le type de thérapeute et d'établissement fréquenté, la durée des soins et précise s'il s'agit ou non du premier séjour en rééducation. Cette partie se termine par une question filtre permettant de différencier les patients ayant été suivis par un étudiant, qui seront dirigés vers la section A (pp. 2-3) et les patients n'ayant pas été suivis par un étudiant, qui seront orientés vers la section B (p. 4).

3.1.3.1. Le fond

3.1.3.1.1. Section A : Patients pris en charge par un étudiant

La section A comporte 21 questions dont les thèmes sont présentés dans le tableau I.

Tableau I : Questions de la section A :

Numéro de la question	Thème de la question
1, 2	Champs de compétences du stagiaire
3	Connaissances du patient sur le cursus
4, 5, 6, 18	Préjugé, représentation du stagiaire par le patient
7, 8, 9, 10, 12	Présentation, attitudes du stagiaire perçues par le patient
11	Temps de prise en charge
13	Attention portée par l'étudiant, accueil, écoute
14	Confiance
15, 16, 17	Information, réponses aux questions du patient
19	Efficacité ressentie
20	Satisfaction
21	Compétences de l'étudiant après prise en charge, selon le patient

3.1.3.1.2. Section B : Patients n'ayant pas été pris en charge par un étudiant

La section B comporte 9 questions dont les thèmes sont présentés dans le tableau II.

Elle interroge le patient sur ses préjugés et sa représentation de l'étudiant en kinésithérapie.

Tableau II : Questions de la section B

Numéro de la question	Thème
1	Connaissances du patient sur le cursus
2, 3	Préjugé sur la prise en charge du stagiaire
4	Confiance
5, 7, 8, 9	Préjugé, représentation du stagiaire par le patient
6	Préjugé sur l'efficacité du stagiaire

3.1.3.2. La forme

Concernant la forme des items, il existe plusieurs «déformations involontaires provenant des attitudes de réponse» [30] [31]. Six intéressent directement notre étude : la

réaction de prestige, la contraction défensive à la question personnalisée, les réponses suggérées par la question, l'attraction de la réponse positive, la peur de certains mots et la peur du changement. RATIER [31] propose des recommandations pour diminuer l'importance de ces biais. Ainsi, nous avons pris soin de ne pas commencer le questionnaire par des questions traitant de problèmes délicats ou demandant un effort de réflexion, de ne pas suggérer les réponses, et de vérifier la portée affective des mots utilisés.

Concernant la forme du questionnaire, nous avons disposé les items dans un ordre logique et cohérent. Les questions faciles ont été placées au début et les questions délicates ont été placées dans le corps du questionnaire comme le préconise RATIER [31]. Enfin, la taille de la police d'écriture a été adaptée pour permettre une lisibilité optimale.

3.2. Méthode

3.2.1. Pré-enquête

Selon R. MUCHIELLI [30], la pré-enquête est une étape préparatoire de recherche des hypothèses à vérifier. Pour ce faire, nous avons utilisé une méthode de recherche documentaliste, la technique des réunions discussions et notre réflexion personnelle. Nous avons d'abord choisi de distinguer les patients de kinésithérapeutes libéraux et salariés, car dans le cas de la prise en charge libérale, le patient choisit son thérapeute et la présence de

l'étudiant peut perturber ce choix. Ensuite, les durées de fréquentation séparent les patients habitués au système de soin des néophytes.

Nous nous sommes inspirés de deux articles afin d'établir nos questions : «La relation thérapeutique, édition 2006» [18] et «La relation thérapeutique en séance individuelle» [32].

Le premier nous énonce plusieurs recommandations afin d'établir et entretenir de bonnes relations thérapeutiques. Ainsi, le thérapeute doit d'abord se présenter, il doit être à l'écoute, comprendre et respecter son patient et lui accorder le temps nécessaire aux soins. Il doit évaluer les connaissances du patient, délivrer les informations qui lui sont utiles, et intervenir en fonction de ses besoins. Enfin, il doit inciter son patient à évaluer les soins prodigués. [18]

Le second expose plusieurs points fondamentaux comme l'aspect physique, les attitudes et les gestes, la capacité à accueillir et écouter le patient, et le temps de prise en charge [32], notamment lors de la première rencontre. MYERS et MYERS décrivent l'importance de la première rencontre, puisque «lors des premières minutes d'une rencontre, [...] avant même qu'une personne n'ait dit un mot, nous nous formons parfois une opinion à son sujet.» [19]

Après réflexion, nous avons choisi d'ajouter des questions sur le niveau d'étude de l'étudiant afin de connaître ses capacités, et sur le niveau de connaissance du patient quant au cursus kinésithérapeutique. Enfin, nous avons intégré des questions sur la représentation de l'étudiant par le patient, ainsi qu'un avis personnel sur l'avenir de l'étudiant.

3.2.2. Hypothèses et objectif

L'objectif de notre questionnaire est d'étudier les relations entre patients et stagiaires afin de mettre en évidence d'une part les attentes du patient envers l'étudiant, et d'autre part déterminer les différences perçues par le patient entre l'étudiant et le professionnel de santé.

Cette analyse nous renseigne également sur les comportements des étudiants selon leur année d'études dans le but, à terme, de leur permettre d'améliorer leur pratique clinique.

3.2.3. Pré-test [30]

Le pré-test est une «mise à l'épreuve du questionnaire» permettant d'évaluer sa valeur. Pour ce faire, le questionnaire est distribué à un groupe restreint de sujets : cinq patients, trois kinésithérapeutes et deux étudiants. Cette étape nous a permis de corriger certaines formulations de phrases et de supprimer des questions trop directes qui auraient pu perturber, voire nuire au remplissage du questionnaire. Il a aussi permis de valider les phrases d'introduction et de conclusion et de vérifier la facilité de compréhension des questions. [31]

3.2.4. Modalités de distribution et de remplissage [30]

Les questionnaires ont été remis sous enveloppe et en mains propres aux différents cadres de santé et kinésithérapeutes libéraux, seule l'enveloppe destinée au CRF Pasteur de

Troyes a été envoyé par voie postale. La consigne a été donnée de vive voix aux cadres de santé de proposer les formulaires aux patients de façon aléatoire dans les différents services. L'étude est auto-administrée, mais une aide humaine est proposée au patient en cas de besoin.

3.2.6. Méthode de recherche bibliographique (Annexe V)

Nous avons effectué une recherche bibliographique afin de vérifier l'existence d'études antérieures sur notre sujet et d'appuyer nos affirmations par des références littéraires. Les bases de données utilisées pour notre recherche sont : Pub Med, Kinédoc, Réédoc, Otseeker, Cochrane, Google, le site de l'HAS ainsi que le serveur de l'ILFMK. Nous avons également effectué une recherche manuelle sur les conseils de Mr DEBIARD et sur les références délivrées par le cours de sociologie de Mr FERRETTI. Enfin, nous avons consulté le Code de la Santé Publique et le dictionnaire Larousse.

La période de recherche s'étend sur les dix dernières années, certains ouvrages sont cependant plus anciens, le plus ancien datant de 1985.

Les mots clés utilisés sont les suivants : relation patient étudiant, relation soignant soigné, relation patient thérapeute, relation thérapeutique, normes relations thérapeutiques, relation d'aide, patient student relationship, therapeutic student patient relationship, therapeutic relationship, représentation, Parent Adulte Enfant, enquête par questionnaire.

4. RÉSULTATS

Les résultats sont analysés et encodés à partir du logiciel Microsoft Excel.

4.1. Pré Requis (Annexe VI)

69 patients ont été interrogés, 35 femmes et 33 hommes. 25 patients sont suivis par un kinésithérapeute libéral et 44 par un salarié. 32 sujets sont présents depuis moins d'un mois, 24 depuis moins de 6 mois et 11 depuis plus de 6 mois. Parmi eux, 35 en sont à leur premier séjour de rééducation. Au total, 45 patients ont été suivi par un étudiant et 24 ne l'ont pas été.

4.2. Patients pris en charge par les étudiants

Thème de la question	Kinésithérapeute	Kinésithérapeute	Confondus (%)
	Salarié (%)	libéral (%)	
	Oui	Oui	Oui
Connaissance cursus	8	11	9
L'étudiant connaît mieux les dernières techniques	69	44	64
Avez-vous été anxieux avant la 1 ^{ère} prise en charge	0	11	2
Avez-vous eu un a priori avant la 1 ^{ère} prise en charge	5	11	4
Le manque d'expérience gêne la prise en charge de l'étudiant	8	33	6
L'étudiant s'est présenté	86	55	80
L'étudiant a semblé à l'aise	80	89	82
Son apparence vous a gêné	0	0	0
L'étudiant vous apporte une attention particulière	83	78	82
Accordez-vous la même confiance à l'étudiant	75	67	73
L'étudiant vous a apporté des informations	67	78	69
L'étudiant vous a donné des conseils d'hygiène de vie	53	67	51
Vous avez jugé ses réponses pertinentes	67	67	67
Ressentez-vous les mêmes sensations lors du geste technique selon l'opérateur	61	44	58
L'efficacité en est différente	25	44	27
Avez-vous été satisfait de la prise en charge par l'étudiant	94	100	96
Pensez-vous que l'étudiant est apte à être professionnel	92	89	91

Thème de la question	Kinésithérapeute salarié (%)		Kinésithérapeute libéral (%)		Confondus (%)	
	Juste milieu		Juste milieu		Juste milieu	
Attitude de l'étudiant	88		100		91	

Thème de la question	Kinésithérapeute salarié (%)		Kinésithérapeute libéral (%)		Confondus (%)	
	Attentif	Prudent	Attentif	Prudent	Attentif	Prudent
	Adjectifs définissant l'étudiant	47	41	44	39	51

Thème de la question	Réponses (%)		
	Diplômé	Etudiant	Idem
	Qui vous prend en charge le plus de temps	33	44
Y attachez-vous de l'importance	Oui 22		Non 71

Thème de la question	Kinésithérapeute salarié (%)			Kinésithérapeute libéral (%)		
	Diplômé	Etudiant	Idem	Diplômé	Etudiant	Idem
	Qui vous prend en charge le plus de temps	39	39	8	11	66
Y attachez-vous de l'importance		Oui 28			Oui 0	

4.3. Patients non pris en charge par un étudiant

Thème de la question	Kinésithérapeute Salarié (%)	Kinésithérapeute libéral (%)	Confondus (%)
	Oui	Oui	Oui
Connaissance cursus	0	12	8
Accepteriez-vous d'être pris en charge par un étudiant	88	81	83
Auriez-vous un a priori avant la 1 ^{ère} prise en charge	25	31	29
Accorderiez-vous la même confiance à l'étudiant	63	38	46
L'étudiant connaît mieux les dernières techniques	50	50	50
Le manque d'expérience générerait la prise en charge de l'étudiant	50	44	46
Pensez-vous que l'efficacité est différente selon l'opérateur	38	63	54

Thème de la question	Kinésithérapeute salarié (%)			Kinésithérapeute libéral (%)			Confondus (%)		
	Trop zélé	Juste milieu	Trop prudent	Trop zélé	Juste milieu	Trop prudent	Trop zélé	Juste milieu	Trop prudent
Quelle serait l'attitude de l'étudiant	0	50	50	19	44	31	13	46	38

Thème de la question	Réponses (%)				
	Autonomie	Attention	Technicité	Connaissances théoriques	Prudence
Quelle qualité attendez-vous de l'étudiant	19	19	29	21	10

Thème de la question	Kinésithérapeute salarié (%)				
	Autonomie	Attention	Technicité	Connaissances théoriques	Prudence
Quelle qualité attendez-vous de l'étudiant	12,5	12,5	31	25	19
	Kinésithérapeute libéral (%)				
	22	22	28	19	6

5. DISCUSSION

5.1. Élaboration du questionnaire et encodage des résultats

L'élaboration du questionnaire pose un certains nombre de problèmes. En premier lieu, le choix des questions a été réalisé à partir de normes dédiées à des professionnels et n'est donc pas spécifique aux étudiants. De plus, la plupart des articles trouvés concernent la profession infirmière et très peu concernent la kinésithérapie. Aucune étude identique à la nôtre n'a été retrouvée lors de la recherche bibliographique, nous avons donc dû élaborer nos questions sans repères préalables et avec le souci d'obtenir le maximum de pertinence possible.

En second lieu, la rédaction du questionnaire demande une rigueur qui n'a pas toujours été respectée. En effet, sur les conseils de Mme FERRY, cadre de santé kinésithérapeute à l'hôpital central de Nancy, le terme « kiné » dans les informations générales a été remplacé par « kinésithérapeute » après distribution aux patients. D'autre part, il aurait été judicieux de prévoir un item sans réponse correspondant au refus (ou à l'oubli) de répondre [31], ce qui n'a pas été le cas dans notre étude. Deux problèmes se posent en cas de non réponse : nous ne savons pas si le patient n'a pas voulu ou a oublié de répondre, et il est possible que certains patients aient répondu par défaut alors qu'ils auraient souhaités rester neutres.

Nous pouvons aussi déplorer le faible retour de questionnaires puisque 73 sont revenus sur 120 distribués, notamment en cabinet libéral avec seulement 18 retours sur 40. De plus, 4 questionnaires ont été retirés de l'étude, 3 sont la conséquence d'une erreur de présentation du questionnaire, le dernier a été retiré car le patient a répondu aux deux parties A et B.

Enfin, notre étude ne reflète qu'une petite partie des étudiants kinésithérapeutes, tous ne sont pas nancéiens et il existe des disparités régionales et socioprofessionnelles qui ne sont pas prises en compte dans notre étude. Il est donc difficile de généraliser nos résultats et leur interprétation nécessite prudence et retenue.

5.2. Les biais du questionnaire [30]

Plusieurs biais sont à prendre en compte dans notre étude. Nous notons d'abord la présence d'étudiants sur les terrains de stage lors du remplissage des questionnaires. L'avantage est que le patient n'a pas à se rappeler d'anciens souvenirs de prise en charge, l'inconvénient est que la présence de l'étudiant tend à favoriser la réponse positive pour ne pas froisser les esprits.

La contraction défensive à la question personnalisée est une réaction défensive qui apparaît lorsque les questions sollicitent directement le patient (« A votre avis, que pensez-vous... ») provoquant des réponses de fuite. Pour lutter contre ce biais, R.MUCHIELI propose de ne pas commencer le questionnaire par ce genre de questions, d'assurer l'anonymat et de ne pas utiliser la personnalisation lorsque le thème abordé est délicat.

La réponse de suggestion apparaît lorsque la question suggère une réponse au patient. Pour contrer ce phénomène, nous avons veillé à assurer la neutralité du ton des questions.

L'attraction de la réponse positive est une tendance naturelle à répondre par « oui » aux questions (tendance à l'acquiescement). Pour lutter contre cette déformation, certaines questions ont été formulées négativement. Cependant, bien que R.MUCHIELLI propose de limiter voire d'éviter les questions fermées lorsqu'il s'agit d'exprimer une opinion personnelle, la quasi-totalité de notre étude est composée de questions fermées.

5.3. Interprétation des résultats

5.3.1. Patients pris en charge par un étudiant

Nous reprenons les thèmes des questions du tableau I du « chapitre 3.1.3.1.1 ». Nous remarquons dans un premier temps que les patients ont été suivis à 65% par un étudiant de 2^e année et 30% par un étudiant de 3^e année. En majorité, les stagiaires en étaient donc au début de leur apprentissage de la physiopathologie et de leur apprentissage de la pratique clinique (chapitre 2.1.2.). La plupart des patients affirment ne pas connaître le cursus et donc les compétences de l'étudiant qui les prend en charge. La représentation du stagiaire par le patient est plutôt positive, peu ont été anxieux et peu ont eu un a priori quant à leur prise en charge. L'attitude des étudiants a également été jugée positive, ils ont exercé leur pratique dans un juste milieu et ont en majorité apporté des informations à leurs patients qui les ont trouvées pertinentes. Présentation, aisance, attention portée et apparence ont été appréciées des patients qui ont à 96% été satisfaits de leur prise en charge et admettent à 73% accorder la même confiance à l'étudiant et au diplômé. De plus, attention et prudence ont été les adjectifs les plus utilisés pour définir l'étudiant. Une courte majorité de patients ressentent les mêmes sensations lors des gestes thérapeutiques, cependant une grande majorité pense que l'efficacité est identique, ce qui pourrait faire l'objet d'une étude sur le ressenti et l'efficacité d'une technique selon l'opérateur. Enfin, nous remarquons que les patients accordent peu d'importance aux temps de prise en charge entre les opérateurs.

En définitive, les étudiants semblent bénéficier d'une image positive auprès des patients qui ont été satisfaits par les prises en charge. Cette tendance est confirmée par le ressenti des patients quant à la compétence des stagiaires, puisque 91% les pensent aptes à exercer. Nous devons cependant tempérer ces résultats par l'influence de la présence des stagiaires durant la période de remplissage. De plus, le patient apporte un jugement de valeur sur l'étudiant, mais a-t-il toutes les cartes en main pour juger de la compétence réelle de ce dernier ? En effet, nous pouvons imaginer qu'un étudiant habile en communication, comme nous l'avons défini plus tôt, saura influencer son patient par une certaine aisance, assurance sans pour autant être très compétent. Au contraire, un stagiaire peu habile ou introverti pourra sembler fébrile mais très compétent sans que le patient ne le ressente comme tel (Annexe VII). L'étudiant se doit d'allier compétence et assurance, comme nous l'avons expliqué dans le chapitre « 2.2.3. La confiance », tout au long de sa formation pour une meilleure prise en charge.

Nous avons également choisi de différencier les patients de kinésithérapeutes libéraux et salariés. Dans l'ensemble, les chiffres varient peu de ceux présentés ci-dessus, notamment ceux de la confiance et de la satisfaction, nous présentons donc seulement les points de divergence. Pour commencer, les patients de kinésithérapeutes libéraux pensent que l'étudiant n'est pas le mieux placé pour connaître les dernières techniques, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que le thérapeute libéral bénéficie d'une réputation acquise au fil des formations auxquelles il a participé. La représentation du stagiaire reste positive même si l'on note plus

d'a priori et d'anxiété à l'égard du stagiaire chez les patients de kinésithérapeutes libéraux. D'ailleurs, 33% des patients estiment que le manque d'expérience gêne la prise en charge de l'étudiant contre 8% en exercice salarial. Les sensations ressenties lors du geste technique et l'efficacité de ce dernier divisent clairement nos deux catégories de sujets. Les patients de cabinets libéraux estiment à 44% ressentir la même sensation et autant pensent que l'efficacité est différente selon l'opérateur diplômé ou stagiaire. Ces pourcentages passent respectivement à 61% et 25% pour les patients de kinésithérapeutes salariés. Les raisons les plus souvent invoquées sont le manque de professionnalisme et d'expérience de l'étudiant (Annexe VIII).

En conclusion, le patient fréquentant un cabinet libéral semble plus anxieux et prudent à l'égard de l'étudiant. Ceci peut s'expliquer par le fait que le patient soit d'une part sous la seule responsabilité de son thérapeute et non pas d'une équipe pluridisciplinaire, et d'autre part par le fait qu'il choisisse son thérapeute libéral. Dans ce cas, le patient qui a choisi son kinésithérapeute libéral et qui est pris en charge par l'étudiant peut se sentir mal à l'aise. De plus, nombre de kinésithérapeutes libéraux participent à des formations pour compléter leur formation initiale, les patients s'y rendent donc pour bénéficier de ces soins particuliers que ne peuvent leur délivrer les étudiants. Les patients de cabinets libéraux recherchent une expertise et un certain professionnalisme, voire spécialisation (ostéopathie, fasciathérapie...) que les étudiants ne sont pas toujours aptes à leur procurer, puisqu'ils sont en apprentissage.

5.3.2. Patients non pris en charge par un étudiant

Nous reprenons ici le tableau II du chapitre « 3.1.3.1 .2. Section B ». Une fois encore, nous remarquons que peu de patients ont connaissance du cursus, ce qui s'explique par le fait qu'ils n'aient pas été confrontés aux étudiants. Concernant la représentation de l'étudiant, la majorité des patients accepteraient une prise en charge par un stagiaire, bien que 29% admettent avoir un a priori. 46% des sondés affirment qu'ils accorderaient la même confiance à l'étudiant, mais que son manque d'expérience gênerait sa prise en charge. Une courte majorité de patients pensent que l'efficacité d'une technique serait différente selon l'opérateur et invoquent le manque d'expérience, de qualification et de diagnostic pour se justifier. Enfin, les qualités principales attendues par les patients sont dans l'ordre : technicité, connaissances théoriques, attention et autonomie. Ceci démontre l'importance de l'apprentissage des gestes techniques au sein de l'IFMK et en dehors afin d'être le plus efficace possible, associé à une bonne maîtrise des connaissances théoriques au cours de la formation.

Cette partie de l'étude nous renseigne sur les comportements des sujets avant leur rencontre avec un étudiant, et l'image qu'ils en ont. Nous remarquons un certain nombre de divergences dans le tableau relatif aux différences entre patients pris et non pris en charge par un stagiaire. La connaissance du cursus est sensiblement la même, mais lorsque le patient n'a pas eu de contact avec l'étudiant, sa perception est bien plus négative. Plus d'a priori, moins de confiance et d'efficacité, les sujets pensent également à 46% que le manque d'expérience de

l'étudiant pourrait le gêner contre 6% lorsqu'ils ont été suivis par un étudiant. La représentation de l'étudiant par le patient dessert donc le stagiaire avant toute prise en charge, de par sa condition même d'étudiant. Cette situation évolue ensuite favorablement puisque la tendance négative s'atténue lorsque le patient est suivi par un stagiaire.

Lorsque le patient interrogé est en cabinet libéral, la tendance est encore plus négative. Si les chiffres sont sensiblement les mêmes, deux items attirent notre attention, ceux de la confiance et de l'efficacité. 38% des patients de thérapeutes salariés accorderaient la même confiance au stagiaire, et 63% pensent que l'efficacité des techniques serait différente, contre respectivement 63% et 38% chez les patients de thérapeute salarié.

Par expérience, les patients de cabinets libéraux s'assimilent parfois à des clients, en ce sens où ils ont le choix de revenir ou non dans ce cabinet. De ce fait, le thérapeute doit instaurer une confiance particulière avec son patient de par sa technicité et sa manière d'exercer (Planning, techniques, sujets de discussion, diagnostic kinésithérapeutique, conseils...). Le stagiaire doit donc se calquer dès son arrivée sur le style et la manière de faire du cabinet, qui est souvent l'œuvre de plusieurs années d'exercice, ce qui est loin d'être chose facile en début de stage. Le stage libéral n'existant que depuis peu de temps, les terrains d'accueil et les stagiaires auraient peut-être besoin d'une formation préalable à l'IFMK afin d'harmoniser au mieux les prises en charges et permettre une efficacité maximale du formateur et du stagiaire.

6. CONCLUSION

L'étudiant, de par son statut, est victime d'une image plutôt négative auprès des patients avant même sa prise en charge. Ce phénomène est plus marqué lorsqu'il exerce en cabinet libéral, ce qui s'explique par l'absence de structure pluridisciplinaire et par le fait que le patient choisisse lui-même son thérapeute (et pas le stagiaire), voire peut-être par une exigence de résultat plus rapide. Cette situation s'améliore lorsque le patient est confronté au stagiaire. Malgré un manque de connaissance sur le cursus, il semblerait que les patients accordent leur confiance et soient satisfaits par les prises en charge de leurs stagiaires, ce qui s'explique par une bonne attitude des étudiants et une bonne maîtrise des techniques apprises à l'IFMK, même si leur formation reste à parfaire. L'étudiant, pour améliorer sa prise en charge, se doit d'allier assurance, maîtrise des techniques et des connaissances théoriques afin de répondre au mieux aux exigences du patient, avec les outils relationnels propre à chacun.

La majeure partie des sujets sondés ont été suivis par un étudiant de 2^e année de l'ILFMK, les résultats ne sont donc pas généralisables aux autres étudiants. De plus le manque d'études sur ce sujet ne nous permet pas de comparer nos résultats à une série référence.

Enfin, nous avons exploré le versant de la relation thérapeutique dans le sens patient vers étudiant, mais une relation est d'abord un échange, il serait donc intéressant d'aborder la relation dans le sens étudiant vers patient, ce qui pourrait faire l'objet d'un autre mémoire.

BIBLIOGRAPHIE

[1]. **BERGEROT C.** *La PACES en lorraine*. In université Henri Poincaré Nancy. [En ligne] <www.uhp-nancy.fr/formation/offre_de_formation/la_paces_en_lorraine> (Page consultée le 02/01/2012)

[2]. **BARTHE B.** *Accès à la formation*. In Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie. [En ligne] <http://www.fnek.fr/acces_formation> (Page consultée le 02/01/2012)

[3]. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien. Article 2. Modifié par l'Arrêté du 2 juin 2010 - art. 1

[4]. **JOANNES C.** *Présentation du nouveau programme d'études*. In Infirmiers.com. [En ligne] <<http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsil/la-formation-en-ifsil/presentation-nouveau-programme-etude.html>> (Page consultée le 02/01/2012)

[5]. **INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE.** *Contenu des unités d'enseignement*. In Institut lorrain de formation en ergothérapie. [En ligne] <http://www.ergo-nancy.com/ilfe/pages/fr/contenu_200.htm> (Page consultée le 02/01/2012)

[6]. **FACULTÉ DE SPORT DE NANCY.** *Formation initiale : maquette de la licence STAPS*. In Unité de Formation et de Recherche en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives de Nancy. [En ligne]. <http://www.staps.uhp-nancy.fr/docs_pdf/LicSTAPS_schema.pdf> (Page consultée le 02/01/2012)

[7]. **EVEN, Guy.** *Former les étudiants en médecine à la relation*. 2001/2002 <http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=CPSY_022_0133> (page consultée le 24/12/2011)

[8]. **ROLAND-GOSSELIN E.** Apport des sciences humaines à la relation soignant-patient. Kinésithérapie les cahiers, Novembre-Décembre 2002, n°11-12, p.55-57

[9]. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Article R4321-52 du code de la Santé Publique, section 4 : déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. Sous section 1 : devoirs généraux des masseurs-kinésithérapeutes. Créé par le Décret n°2008-1135 du 3 novembre 2008 - art. 1.

[10]. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Article R4321-80 du code de la Santé Publique, section 4 : déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. Sous section 2 : devoirs envers les patients. Créé par le Décret n°2008-1135 du 3 novembre 2008 - art. 1.

[11]. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Article R4321-81 du code de la Santé Publique, section 4 : déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. Sous section 2 : devoirs envers les patients. Créé par le Décret n°2008-1135 du 3 novembre 2008 - art. 1.

[12]. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Article R4321-85 du code de la Santé Publique, section 4 : déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. Sous section 2 : devoirs envers les patients. Créé par le Décret n°2008-1135 du 3 novembre 2008 - art. 1.

[13]. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Article R4321-82 du code de la Santé Publique, section 4 : déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. Sous section 2 : devoirs envers les patients. Créé par le Décret n°2008-1135 du 3 novembre 2008 - art. 1.

[14]. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Article R4321-83 du code de la Santé Publique, section 4 : déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. Sous section 2 : devoirs envers les patients. Créé par le Décret n°2008-1135 du 3 novembre 2008 - art. 1.

[15]. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Article R4321-58 du code de la Santé Publique, section 4 : déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. Sous section 1 : devoirs généraux des masseurs-kinésithérapeutes. Créé par le Décret n°2008-1135 du 3 novembre 2008 - art. 1.

[16]. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé – Article. L1111-2. Modifié par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 37

[17]. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé – Article. L1110-5. Modifié par la Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 2 JORF 23 avril 2005

[18]. **ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO.** La relation thérapeutique, édition 2006. Juin 2009.

<http://www.cno.org/Global/docs/prac/51033_nurseclient.pdf > (Page consultée le 27/09/2011)

[19]. **MYERS G.E, MYERS M.T.** Les Bases de la communication humaine : une approche théorique en pratique. 2^e édition. Montréal : Chenelière/McGraw-Hill, 1990. 475p. ISBN 0-07-549753-0

[20]. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Article R4321-57 du code de la Santé Publique, section 4 : déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. Sous section 1 : devoirs généraux des masseurs-kinésithérapeutes. Créé par le Décret n°2008-1135 du 3 novembre 2008 - art. 1

[21]. **LAROUSSE.** *Dictionnaire français.* Définition de la relation. In Larousse.fr. [En ligne]. <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relation/67844>> (Page consultée le 07/01/2012)

[22]. **CARDON A., LENHARDT V., NICOLAS P.** *L'analyse transactionnelle.* 2005. <http://www.editions-eyrolles.com/Chapitres/9782708135505/chap1_Cardon.pdf> (Page consultée le 11/01/2012)

- [23]. **DEBIARD C.** *Relation thérapeutique avec le patient*. 2010.
<<http://naifox.free.fr/K3/K3/2e%20SEMESTRE/Psy%20-%20Mr%20Debiard/Mr%20Debiard%20-%20Relation%20th%C3%A9rapeutique%20avec%20le%20patient.pdf>> (Page consultée le 11/01/2012)
- [24]. **REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO.** Etablissement de la relation thérapeutique. Mars 2006.
<http://www.rnao.org/Storage/20/1449_ETR_supplement_FR.pdf> (Page consultée le 14/01/2012)
- [25]. **MICHON F.** La relation d'aide, une approche humaniste des soins : un soin complexe au cœur de la profession infirmière. *SOINS*, Décembre 2008, n°731, p.31.
- [26]. **JOUET LE PORS M.** *La théorie des représentations sociales*. In Cadredesante.com. [En ligne]. <<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article314>> (page consultée le 01/01/2012)
- [27]. **BAUDRANT M., ALLENET B., LE TALLEC C., GRANGEAT M., CALOP J., FIGARI G.** *Analyse des représentations du diabète et de son traitement chez des enfants âgés de 7 à 11 ans : prolégomènes en lien à la formation*. Date non communiquée.
<<http://www.inrp.fr/biennale/7biennale/Contrib/longue/7237.pdf>> (Page consultée le 01/01/2012)
- [28]. **LAROUSSE.** *Dictionnaire français*. Définition de la communication. In Larousse.fr. [En ligne]. <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>> (Page consultée le 02/01/2012)
- [29]. **MANTZ J.M., WATTEL F.** *Rapport : Importance de la communication dans la relation soignant-soigné*. 20 juin 2006 <http://www.academie-medecine.fr/Upload/anciens/rapports_287_fichier_lie.rtf> (page consultée le 27/09/2011)
- [30]. **MUCHIELLI R.** Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale : connaissance du problème et applications pratiques. 8^e édition. Paris : éditions ESF, 1985. 87 + 46 p.
- [31]. **RATIER Corinne.** *Conseils pour mener une enquête par questionnaire*. Juin 1998.
<http://eiverseau.electrobel.net/docs/info5actu/chapitre1_questionnaire.pdf> (Page consultée le 24/01/2012)
- [32]. **JASMIN A.** *La relation thérapeutique en séance individuelle*. Décembre 2004.
<<http://www.analyse-integrative-re.com/publications/articles/a-la-cure-article-1/>> (Page consultée le 22/01/2012)

Autres références

DAYDE M-C. La relation d'aide, une approche humaniste des soins. SOINS, décembre 2008, n°731, p 35-38.

D'AMICIS FRANCESCA, RÖCKENHAUS FREDDIE, HÖFER PETRA. *Le cerveau et ses automatismes : la magie de l'inconscient* (partie 1), émission documentaire ARTE du 9.12.2011

D'AMICIS FRANCESCA, RÖCKENHAUS FREDDIE, HÖFER PETRA. *Le cerveau et ses automatismes : le pouvoir de l'inconscient* (partie 2), émission documentaire ARTE du 16.12.2011.

ANNEXES

Annexe I : Accession à la première année d'études en kinésithérapie

Les conditions d'entrée :

Certaines conditions sont nécessaires à l'entrée en formation de Masso-kinésithérapie. Le postulant doit être âgé d'au moins 17 ans au 31 décembre de l'année des épreuves d'admission.

Il doit justifier :

- de l'obtention du baccalauréat français ou d'un titre admis en dispense, ou de la réussite à un examen spécial d'entrée à l'université, ou d'un diplôme d'accès aux études universitaires,
- ou d'une expérience professionnelle de cinq ans ayant donné lieu à cotisation à la sécurité sociale.

La sélection à l'entrée :

Les études de Masso-kinésithérapie ont une durée de trois ans en institut.

L'entrée en institut de formation est soumise à une sélection, qui peut être de deux types :

- concours organisé par l'IFMK, portant sur le programme de physique-chimie et de biologie de première et terminale S
- PACES (première année commune aux études de santé, anciennement PCEM1), pouvant présenter un enseignement spécifique pour la filière kinésithérapie.

Le passage par une PACES résulte d'accords conclus entre certains IFMK et des facultés de médecine. Ces accords peuvent varier d'un institut à l'autre. Certains ne demandent qu'un classement en rang utile au concours de PACES classique. D'autres y ajoutent un module d'enseignements réservés aux étudiants souhaitant poursuivre des études de Masso-kinésithérapie.

Les passerelles :

Il n'est pas toujours obligatoire de passer le concours d'entrée pour entreprendre des études de masso-kinésithérapie. Sont dispensés du concours d'entrée dans la limite d'un nombre de places fixé par arrêté :

- les sportifs de haut niveau qui en font la demande auprès de leur fédération sportive et après décision d'une Commission nationale, dans la limite de 20 par an,
- les ressortissants de pays non membres de l'Union européenne, titulaires d'un diplôme de niveau équivalent au baccalauréat français, dans la limite de 5% de l'effectif de l'institut. En cas de réussite aux épreuves de fin d'études, ils recevront du Préfet de région une attestation, mais qui ne permet pas l'exercice de la profession en France. S'ils veulent obtenir le Diplôme d'Etat, ils devront obligatoirement passer le concours d'admission.

Peuvent être dispensées de la première année en institut (sous réserve d'avoir satisfait à l'examen de passage en deuxième année), les personnes titulaires du diplôme d'Etat :

- de sage-femme
- d'infirmière
- de manipulateur d'électroradiologie médicale
- de pédicure-podologue
- d'ergothérapeute
- de psychomotricien

ainsi que les personnes ayant accompli et validé le premier cycle des études médicales.

Annexe II : Répartition des modules enseignés par année à l'ILFMK

Première année :

Module Nom du module

- 1 Anatomie, morphologie, cinésiologie et biomécanique de l'appareil locomoteur
- 2 Physiologie humaine
- 3 Pathologie, psychopathologie
- 4 Masso-kinésithérapie, activités physiques et sportives

Deuxième année :

Module Nom du module

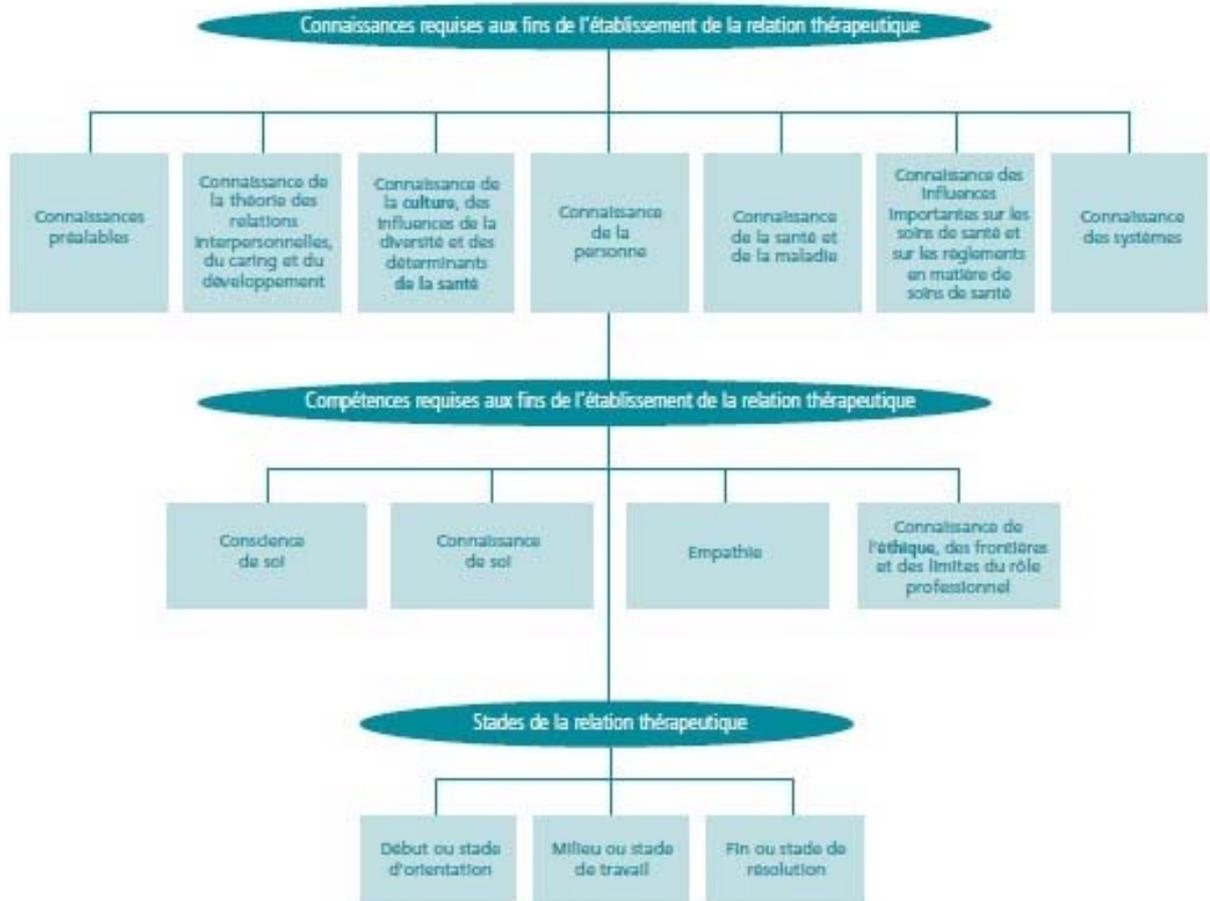
- 1 Masso-kinésithérapie, technologie
- 2 Rééducation et réadaptation en traumatologie et orthopédie
- 3 Rééducation et réadaptation en neurologie, anatomie et physiologie du système nerveux central
- 4 Rééducation et réadaptation en rhumatologie
- 5 Rééducation et réadaptation en pathologie cardio-vasculaire
- 6 Rééducation et réadaptation en pathologie respiratoires, réanimation
- 7 Pathologies infantiles
- 8 Prévention, promotion de la santé et ergonomie

Troisième année :

Module Nom du module

- 1 Masso-kinésithérapie, technologie
- 2 Psychologie, sociologie et réadaptation
- 3 Rééducation et réadaptation en traumatologie et orthopédie
- 4 Rééducation et réadaptation en neurologie, anatomie et physiologie du système nerveux central
- 5 Rééducation et réadaptation en rhumatologie
- 6 Rééducation et réadaptation en pathologie cardio-vasculaire
- 7 Rééducation et réadaptation en pathologies respiratoires, réanimation
- 8 kinésithérapie et médecine, chirurgie et gériatrie
- 9 Pathologies infantiles
- 10 Prévention, promotion de la santé et ergonomie
- 11 Kinésithérapie et sport
- 12 Législation, déontologie et gestion

Annexe III : Schéma de la relation thérapeutique



Source: Registered Nurses Association of Ontario. *Etablissement de la relation thérapeutique, supplément*. Mars 2006. <www.rnao.org/Storage/20/1449_ETR_supplement_FR.pdf> (Page consultée le 08/01/12).

Annexe IV : le questionnaire réalisé

Les Aspects de la relation Patient – Etudiant Kinésithérapeute

Madame, monsieur, ce questionnaire a été réalisé pour les besoins d'un mémoire sur les relations entretenues entre patients et étudiants kinésithérapeutes. Ce document est anonyme, il sera collecté et étudié à des fins statistiques. Je vous remercie de consacrer quelques minutes afin d'y répondre,

Cordialement, Mickael JUSTEL

Informations générales (entourez la proposition choisie)

Sexe : F M

Age :

Vous fréquentez actuellement l'établissement suivant :

Kinésithérapeute libéral

Kinésithérapeute Salarié

Etablissement : Centre de Rééducation

Hôpital public

Clinique privée

Autres :

Depuis combien de temps fréquentez-vous l'établissement ?

1 mois et moins (Court séjour)

1 à 6 mois (Moyen séjour)

6 mois et plus (Long séjour)

Est-ce votre premier séjour en rééducation ? Oui / Non

Pré requis (entourez la proposition choisie)

Avez-vous déjà été suivi par un étudiant kinésithérapeute ? Oui / Non

Si la réponse est oui, merci de remplir uniquement la section « A. Vous avez été suivi par un étudiant. » (Page 2)

Dans le cas contraire, ne remplissez que la section « B. Vous n'avez pas été suivi par un étudiant. » (Page 4)

A. Vous avez été suivi par un étudiant kinésithérapeute

(Entourez la proposition choisie)

1. En quelle année poursuivait-il ses études ? 1ere / 2eme / 3eme

2. Êtes-vous actuellement suivi(e) par un étudiant ? Oui / Non

Si oui, en quelle année est-il ? 1ere / 2eme / 3eme

3. Connaissez-vous le cursus kinésithérapique, ainsi que le contenu de chaque année ?
Oui / Non

4. Pensez vous que l'étudiant est plus à même de connaître les dernières techniques kinesitherapiques? Oui / Non

5. Avez-vous été anxieux(se) avant votre première prise en charge par l'étudiant ?
Oui / Non

Si oui, votre sentiment a-t-il changé lors des séances suivantes ?
Oui / Non

Souhaitiez-vous être suivi(e) par un étudiant ? Oui / Non

6. Avez-vous eu un a priori avant votre première prise en charge par l'étudiant ?
Oui / Non

7. Lors de votre première rencontre, l'étudiant s'est-il présenté de lui-même ?
Oui / Non

8. Lors de votre première séance, l'étudiant vous a-t-il semblé à l'aise ?
Oui / Non

9. Son apparence (coiffure, bijoux éventuels...) vous a-t-elle perturbé ?
Oui / Non

10. Lors de la séance vous avez trouvé l'étudiant plutôt :
(Cochez la réponse choisie)

Trop zélé

Trop prudent

Dans un juste milieu

11. De l'étudiant ou du professionnel, lequel des deux vous prend en charge le plus longtemps au cours de la séance ? Etudiant / Professionnel

Y attachez-vous une importance particulière ? Oui / Non

12. Parmi ces adjectifs, choisissez-en deux qui pour vous sont les plus à même de définir l'étudiant : (cochez les réponses choisies)

Bavard	<input type="checkbox"/>	Distrait	<input type="checkbox"/>
Attentif	<input type="checkbox"/>	Ennuyant	<input type="checkbox"/>
Prudent	<input type="checkbox"/>	Hésitant	<input type="checkbox"/>

13. Trouvez-vous que l'étudiant vous accorde une attention particulière (demandes/confort)?
Oui / Non

14. Accordez-vous la même confiance à l'étudiant qu'au personnel diplômé ?
Oui / Non

15. L'étudiant vous a-t-il apporté des informations sur votre pathologie et le déroulement de votre rééducation ?
Oui / Non

Cela vous a-t-il intéressé? Oui / Non

Ceci vous a-t-il rassuré quant aux compétences de l'étudiant ? Oui / Non

16. L'étudiant vous a-t-il donné des conseils d'hygiène de vie / de rééducation ?
Oui / Non

17. L'étudiant vous a-t-il apporté des réponses pertinentes à vos questions ? Oui / Non

18. Pensez-vous que le manque d'expérience de l'étudiant influe négativement sur sa prise en charge ?
Oui / Non

19. Ressentez-vous les mêmes sensations lors du geste technique selon qu'il est réalisé par l'étudiant ou par un professionnel ? Oui / Non

Pensez-vous que l'efficacité en est différente ? Oui / Non

Pour quelle(s) raison(s) ?

20. Avez-vous été satisfait(e) de votre prise en charge par l'étudiant ?
Oui / Non

A votre avis, que devrait changer cet étudiant pour que sa prise en charge soit meilleure ?

21. Pensez-vous que l'étudiant qui vous a suivi est apte à être professionnel ?
Oui / Non

Merci pour votre participation, bonne suite de rééducation et bon rétablissement.

Annexe V : Détail de la recherche bibliographique

Recherche manuelle :

Onze références sont tirées du code de la santé publique : (3), (9), (10), (11), (12), (13), (14), (15), (16), (17) et (20).

Six références ont été recherchées sur les sites internet des écoles, facultés et fédérations d'étudiants : (1), (2), (4), (5), (6), (31).

Deux références proviennent du dictionnaire Larousse : (21), (29)

Un ouvrage a été emprunté à la bibliothèque de la faculté de psychologie de Strasbourg : (19)

Bases de données :

Recherche sur google :

Mots clés	Résultats	Retenus	Référence
Normes relation thérapeutique	1 270 000	3	(7), (18), (25)
Relations soignant soigné	59 300	1	(30)
Représentation	89 800 000	2	(27), (28)
Relation thérapeutique	2 510 000	1	(32)
Enquête par questionnaire	4 140 000	1	(33)
Parent Adulte Enfant Analyse transactionnelle	36 000	2	(23), (24)

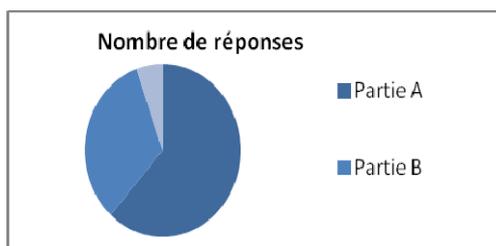
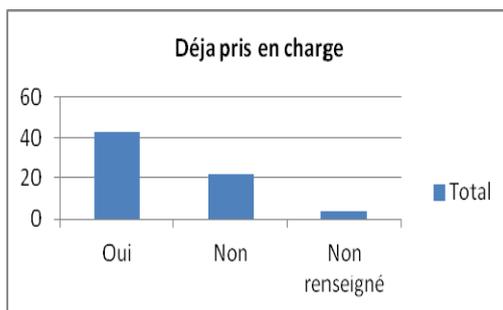
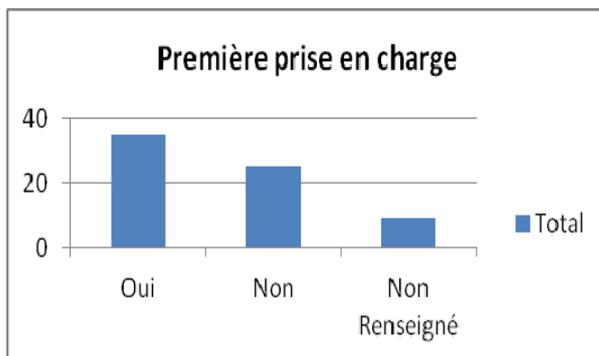
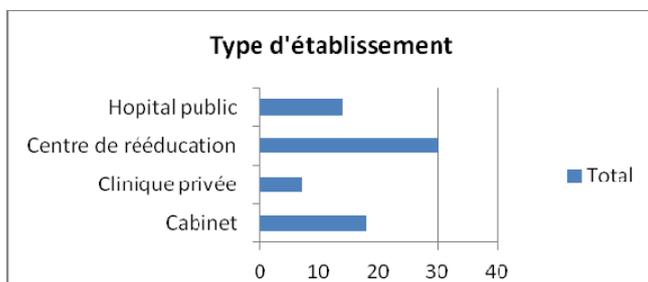
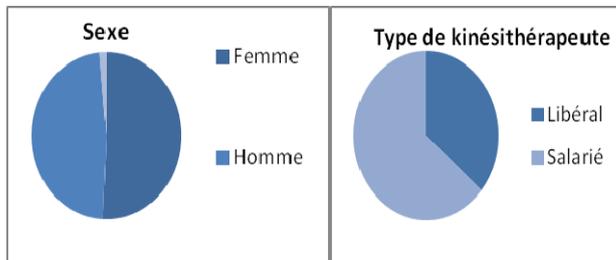
Recherche sur réédoc :

Mots clés	Résultats	Retenus	Référence
Relation thérapeutique aide		3	(8), (22), (26)

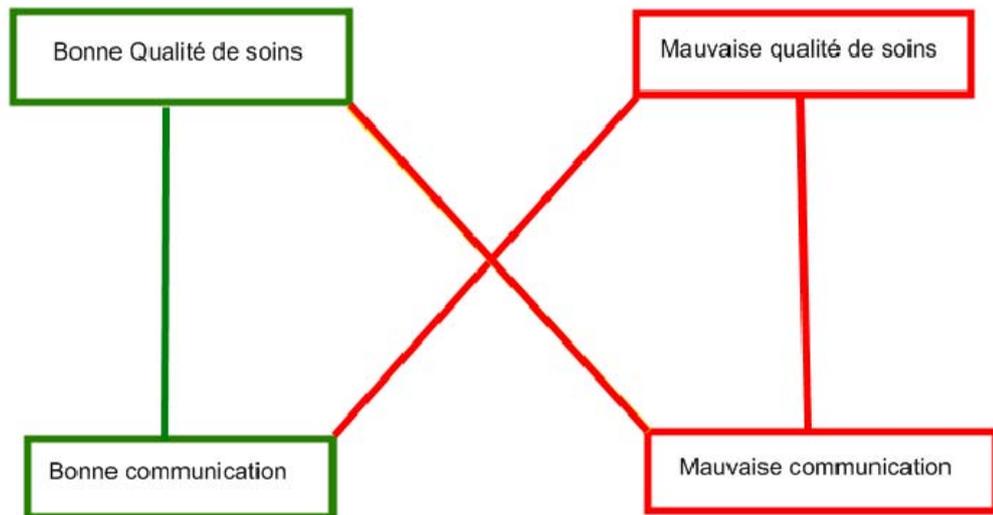
D'autres bases de données ont également été interrogées :

Bases de données	Mots clés	Résultats	Retenus	Commentaires
PubMed	Patient Student Relationship	2254	2	Non retenu après lecture complète
	Therapeutic relationship	153	1	Non retenu après lecture complète
Cochrane	Patient Student Relationship	5	0	
	Therapeutic Relationship	16 773	1	Non accessible
Otseeker	Therapeutic Relationship	8	0	
Pedro	Therapeutic Relationship	36	0	

Annexe VI : Tableau des pré-requis



Annexe VII : Schéma explicatif des Relations thérapeutiques



— Mauvaise relation thérapeutique

— Bonne relation thérapeutique

Annexe VIII : Raisons invoquées pour justifier qu'il y ait ou non une différence d'efficacité lors du geste technique.

Patients non pris en charge par un étudiant :

Thème de la question	Réponses	
	Si oui	Si non
Raisons de la différence d'efficacité	Expérience Qualification Diagnostic	Même technique Etudiant plus prudent

Patients pris en charge par les étudiants :

Thème de la question	Kinésithérapeute salarié	Kinésithérapeute libéral
Raisons de la différence d'efficacité	Même efficacité Même technique	Efficacité différente Professionnalisme
		Manque de confiance de l'étudiant Étudiant plus prudent

Thème de la question	Réponses	
	Si oui	Si non
Raisons de la différence d'efficacité	Technique différente Manque d'expérience Manque de confiance Professionnalisme Thérapeute ostéopathe	Même technique Etudiant plus prudent