

?

?



?

?

Avertissement

?

?

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement Intégrée à l'Information initiale de Masseuse Kinésithérapeute.

?

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

?

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

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

?

?

Contact secretariat@kine-nancy.eu

?

?

Liens utiles

?

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

?

MINISTERE DE LA SANTE
REGION GRAND EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINESITHERAPIE DE NANCY

SPECIFICITES DE LA RELATION DE SOIN EN MASSO- KINESITHERAPIE A LA LUMIERE D'UNE DISTANCE DE PROFESSIONNALITE : UNE APPROCHE QUALITATIVE

Sous la direction de Jean-Marc PARAGOT

Mémoire présenté par **Marie-Clémence KOREN**
Etudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie en vue de
valider l'UE28 dans le cadre de la formation initiale du Diplôme
d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute
Promotion 2017-2021



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

Je soussigné(e), Marie-Clémence Koren.....

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

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

Fait à Nancy, le 15/04/2021.....

Signature

REMERCIEMENTS

Je voudrais remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans la rédaction de ce mémoire, de près ou de loin.

Merci à M.Paragot pour avoir su me faire mettre en mot ma pensée, mes idées et mes questionnements concernant ce large sujet qu'est la relation de soin. Sa disposition à me laisser une certaine liberté dans ce travail, parfois source d'inquiétude il est vrai, m'a finalement permis de murir ma réflexion et de la rendre personnellement enrichissante.

Merci également à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'ILFMK Nancy pour leur accompagnement au cours de ces 4 années. Le mémoire est un aboutissement mais ce qui le précède n'en est pas moins important.

Je pense également à Océane et à mes parents pour leurs nombreuses relectures, commentaires, conseils (et dépannages Word quand cet outil restait un mystère pour moi).

Je voudrais également remercier celles et ceux qui m'ont donné envie de développer ce sujet, c'est-à-dire les patients, toutes ces personnes qui endossent ce rôle le temps d'une séance ou plus. Leur parcours de vie, leurs expériences ou leurs différences amènent parfois à un décentrement, essentiel à mes yeux.

Enfin merci à mes sœurs et toutes les autres personnes rencontrées jusqu'ici, (qui n'ont pas fait grand-chose pour ce mémoire certes), mais qui ont participé à faire de moi qui je suis (donc qui ont participé un peu quand même).

RESUME/ABSTRACT

Spécificités de la relation de soin en masso-kinésithérapie à la lumière d'une distance de professionnalité : une approche qualitative

INTRODUCTION : La relation de soin en masso-kinésithérapie est marquée par des spécificités qui lui sont propres (rapport au corps, toucher) et par d'autres, comme la présence des émotions dans la relation, qui peuvent être communes à toute autre profession humainement engagée. L'objectif de notre travail est, d'une part, de questionner ces spécificités car elles peuvent parfois constituer des impensés professionnels. D'autre part, il s'agit de les éclairer à travers le prisme des sciences humaines et sociales en questionnant les masseur-kinésithérapeutes (MK) sur les effets de la construction et du maintien d'une distance de professionnalité sur cette relation de soin.

MATERIEL ET METHODE : Afin de mener à bien notre objectif nous avons réalisé des entretiens semi-directifs auprès de six MK libéraux du Grand Nancy. Les questions abordées avaient pour sujet le soin, les spécificités de la relation de soin ainsi que la distance de professionnalité. Les données recueillies à l'issue de ces entretiens ont ensuite été retranscrites puis analysées de manière inductive à l'aide d'un système de codage et de thématisation.

RESULTATS : Les résultats montrent que la relation de soin en kinésithérapie est dotée d'une composante humaine et relationnelle forte liée à la place particulière qu'occupe le corps dans la relation de soin, mais également au temps passé avec le patient ainsi qu'à l'investissement nécessaire de ce dernier. Les émotions sont quant à elles parfois difficilement mises en mots ou identifiées par les MK. La méconnaissance ou l'incompréhension du concept de distance de professionnalité ont été un frein dans notre travail même si certains éléments ont pu être dégagés.

CONCLUSION : Il semblerait, sous réserve de bases théoriques solides et d'une bonne compréhension du concept, qu'une distance de professionnalité puisse être adoptée par le MK afin de garantir une prise en charge efficace en vue des spécificités qui la constituent tout comme l'intégration d'une « caring attitude ».

Mots-clés : distance de professionnalité – masseur-kinésithérapeutes – relation - spécificités

Specific features of the caring relationship in physiotherapy in light of a professional closeness: a qualitative approach

INTRODUCTION: The caring relationship in physiotherapy can be characterised by its specific features (i.e. with regards to the body and the touch), but also by the presence of emotions. The latest can be common to any other professions involving interaction with people. The scope of our work is, on the one hand, to question these specific features. On the other hand, it is a matter of enlightening them through the prism of human and social sciences by questioning the physical therapists (PTs) on the effects of developing and maintaining a professional closeness throughout the caring relationship.

MATERIAL AND METHOD: To achieve our objective, we carried out semi-structured interviews with six self-employed PTs in the Grand Nancy area. The matters addressed related to the care, the distinctive features of the caring relationship and the professional closeness. The data gathered from these interviews were then written down and analysed by the inductive method, using a coding and thematization system.

RESULTS: Our study results show that the caring relationship in physiotherapy is mainly constituted of a strong human and relational component linked to the particular place the body holds in the caring relationship, the amount of time spent with the patient and the investment of the latter necessary to achieve satisfactory rehabilitation results. Emotions were often addressed with difficulty or were poorly defined by PTs. The misreading or lack of understanding of professional closeness was an obstacle in our work even if some element linked to this concept were pulled out.

CONCLUSION: It seems, providing solid theoretical bases and a good comprehension of the concept, that professional closeness can be adopted to guarantee a good medical treatment, based on the distinctive features that this profession entails as well as the implementation of a "caring attitude".

Key words: professional closeness – physical therapists – relationship – specific features

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS

1. INTRODUCTION	1
1.1. Métiers de l'humain	1
1.2. Relation de soin en kinésithérapie.....	1
1.3. Spécificités du métier de MK : rapport au corps et toucher.....	2
1.4. Une spécificité des métiers de l'humain : les émotions.....	3
1.5. Sciences humaines et distance de professionnalité	5
2. MATERIEL ET METHODE	7
2.1. Aspect réglementaire et éthique.....	7
2.2. Stratégie de recherche documentaire.....	7
2.3. Méthode.....	8
2.3.1. Choix d'une démarche qualitative	8
2.3.2. Entretiens semi-directifs.....	9
2.3.3. Déroulement de l'entretien	9
2.3.4. Construction d'un guide d'entretien (ANNEXE II)	10
2.3.5. Sélection des participants	10
2.3.6. Prise de contact	11
2.3.7. Cadre de la collecte des données	11
2.3.8. Pré-test et validation du guide d'entretien	12
2.4. Matériel.....	12
2.5. Méthode d'analyse	13
2.5.1. Codage	13
2.5.2. Thématization (catégorisation)	13
2.5.3. Mise en relation.....	14

3. RESULTATS	14
3.1. Caractéristiques de l'échantillon	14
3.2. Le soin en kinésithérapie.....	16
3.2.1. Esquisse d'un portrait du soin	17
3.2.2. Une attitude pédagogique dans le soin	18
3.2.3. La parole au cœur du soin	19
3.2.4. Influence de la crise sanitaire.....	20
3.3. Spécificités de la démarche rééducative en masso-kinésithérapie	21
3.3.1. Le temps dans le soin	21
3.3.2. Investissement du patient.....	22
3.3.3. Rapport au corps.....	23
3.3.4. Le toucher.....	25
3.4. Les émotions dans le soin.....	26
3.4.1. Mise en mot des émotions par les MK.....	26
3.4.2. Quelle place ?	27
3.4.3. Quel rôle ?	28
3.5. La distance de professionnalité	29
3.5.1. Place de l'enseignement	29
3.5.2. Méconnaissance et/ou incompréhension de certains concepts	30
3.5.3. Autour de la distance de professionnalité	31
3.5.4. Solutions proposées par les kinésithérapeutes pour faire face aux spécificités de la relation de soin en kinésithérapie	31
4.1. Interprétation des résultats.....	33
4.1.1. Le soin	33
4.1.2. Une composante humaine et relationnelle forte	34
4.1.3. Un rapport au corps modifié par la société : rôle du MK	36
4.1.4. Emotions dans le soin	37
4.1.5. Distance de professionnalité	38

4.2.	Intérêts et limites des résultats	39
4.3.	Critiques du dispositif de recherche.....	40
4.3.1.	Biais	40
4.3.2.	Une posture paradoxale.....	40
4.4.	Perspectives d'approfondissements	41
5	CONCLUSION	42

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

LISTE DES ABREVIATIONS

MK : Masseur-Kinésithérapeute

ILFMK : Institut Lorrain de Formation en Masso-Kinésithérapie

TP : Travaux Pratiques

CGE : Concept Global de l'Épaule

LPG : Louis Paul Guitay

E : Enquêteur

EBP : Evidence Based Practice

1. INTRODUCTION

1.1. Métiers de l'humain

Les métiers de l'humain, que l'on regroupe sous trois corps de métier, à savoir éduquer, gouverner et soigner, correspondent à ce que nous appelions anciennement « *métiers de la relation* » (1,2). L'ancienne dénomination peut s'expliquer par le fait que, « *dans le travail pour autrui se réalisent des relations et des attachements* » (3). En effet, la complexité de l'être humain constitue la richesse de ces métiers dans lesquels le professionnel doit s'engager pleinement.

Tout d'abord, ces trois corps de métier partagent une caractéristique commune, celle d'être réputée « impossible » (1,4,5). C'est Freud le premier qui, en 1925, utilise ce terme, d'abord dans sa préface à l'ouvrage d'August Aichorn, « *Jeunesse à l'abandon* » puis, en 1937 dans son article « *Analyse avec fin et analyse sans fin* ». Il justifie l'utilisation de ce terme en expliquant que, concernant ces trois corps de métier, nous pouvons « *d'emblée être sûrs d'un succès insuffisant* » (4). Cela rejoint également l'idée selon laquelle ces métiers sont « infinis » dans le sens où ils ne semblent jamais totalement achevés en présence. En effet, jamais nous ne connaissons réellement la marque que nous laissons à l'autre au décours de notre exercice professionnel, jamais nous ne mesurerons l'influence que nous avons eue sur lui.

Ensuite, ces métiers demandent un respect mutuel entre les deux personnes partenaires dans la relation et renvoient donc à la notion d'altérité, qui exige à la fois « *un décentrement* » et « *un retour sur soi* », car il faut passer par soi pour espérer connaître l'autre (2). Paul Ricoeur résume bien ce qu'implique la notion d'altérité, à savoir qu'il est nécessaire de « *tenir l'autre comme soi-même* » (6,7). Elle implique aussi une prise en compte de la subjectivité et de l'intersubjectivité, c'est-à-dire des expériences qui émergent et se co-construisent lorsque nous entrons en relation avec un autre (2,8).

1.2. Relation de soin en kinésithérapie

Le MK, en tant que professionnel de santé prodiguant des soins, est un acteur de ces métiers de l'humain réputés « impossibles ». De plus, nous partageons le point de vue que,

dans notre métier, la relation à l'autre est primordiale car une démarche thérapeutique est avant tout une relation humaine avant d'être une réalité technique (9) . En effet, c'est d'elle que va émerger la confiance, « *élément incontournable de toute relation patient-thérapeute* » (7,10). Or, il existe peu d'écrits en recherche clinique traitant de la relation de soin en kinésithérapie.

Tout d'abord, pour l'appréhender, il est nécessaire de définir « *l'objet fondateur* » de cette relation, c'est-à-dire de définir le soin, car c'est autour de lui que cette dernière va se construire (1). En effet, le soin requiert des connaissances spécifiques qui permettent ainsi d'éviter toute dérive dans les échanges (autorité, pouvoir, manipulation). Cet objet fondateur nous oblige également à considérer deux rapports au soin, celui du thérapeute et celui du patient. En effet, chacun des deux possède une expertise du soin et du rapport au corps malade liée par exemple à son savoir, sa culture, sa famille, son éducation, ses expériences de vie. Nous supposons qu'il est donc nécessaire, pour le thérapeute, de requestionner son rapport au soin avant de s'engager dans la relation de soin. Que signifie « soigner » ? Quels peuvent être les effets de mes représentations ou de mes expériences sur le soin ?

1.3. Spécificités du métier de MK : rapport au corps et toucher

La relation de soin en kinésithérapie est riche de quelques spécificités par rapport à d'autres professions de soins, qu'elles soient médicales (médecins) ou paramédicales (infirmier(e)s, orthophonistes etc.).

Une première spécificité de la relation de soin en kinésithérapie est qu'elle se structure autour des mouvements (« kinêsis » en grec) du corps. Il peut tout aussi bien s'agir de nos mains en mouvement sur le corps du patient lors d'un massage, que de mouvements réalisés activement par le patient lui-même (exercices, étirements). Le mouvement se retrouve également lorsque nous envisageons le corps comme un « *rapport social* » plutôt que comme un objet ou une chose car « *le corps de l'autre nous parle aussi de notre corps à nous [...]* » (1). Des mouvements internes peuvent alors se produire dans notre corps, tels que des pensées ou des émotions. Le rapport au corps et à ses mouvements, à la fois internes et externes, est donc un élément clé de notre profession puisqu'il en module l'aspect technique et l'aspect humain.

Une deuxième spécificité de la relation de soin en kinésithérapie est liée au fait que le MK dispose d'un outil spécifique pour soulager les maux des patients : le toucher. Ce toucher revêt différentes dimensions : analgésique, somatopercutuelle et affective (11). Il nous renvoie à nos sens, nos affects, notre subjectivité, notre intimité, nos différentes expériences de vie (lutte, vieillissement, érotisme) ainsi qu'à notre propre corps. Nous le retrouvons par exemple dans le massage, les mobilisations ou les manipulations. Le fait de toucher est donc une manière forte « *d'entrer en contact* » avec le patient et aussi de s'informer sur son « *histoire* » (7).

Ces deux spécificités montrent pourquoi nous pensons qu'il est important d'intégrer la dimension humaine et relationnelle lors de nos prises en charge kinésithérapiques (10). Nous pensons qu'il est également important de mettre en lumière cette dernière car elle fait partie intégrante de la professionnalisation et donc de la formation (2). Nous posons donc une première hypothèse selon laquelle, la profession de MK, du fait de ses spécificités, possède une composante humaine et relationnelle forte.

1.4. Une spécificité des métiers de l'humain : les émotions

Une troisième particularité de la profession de MK, mais cette fois-ci commune aux autres métiers de l'humain, est celle des émotions. En effet, « *dans une relation à un autre vivant, on ne peut pas être extérieur* » (4). Cette troisième particularité nous semble également en lien étroit avec celle du toucher que nous avons cité ci-dessus. En effet, le mot « toucher » peut sémantiquement avoir deux significations : celle d'entrer en contact avec quelqu'un par l'intermédiaire de la sensibilité cutanée mais aussi celle de « *procurer une émotion à quelqu'un, rejoindre quelqu'un* » (12).

Nous pouvons, tout d'abord, aborder les émotions à travers quelques définitions. Le mot émotion vient du latin « *exmovere* » ou « *emovere* » qui signifie mouvement vers l'extérieur ou mettre en mouvement (13). A priori, les émotions sont donc visibles, traduisant ainsi une action externe, (expression faciale) mais aussi détectables dans le corps reflétant une action interne (modification hormonale). Un dénombrement de six émotions dites « primaires », car communes à tout être humain indifféremment de son genre, son origine ou sa culture, a été donné par Ekman dans les années 1970. Il s'agit de la colère, la tristesse, la joie, la surprise, le dégoût et la peur (14–16).

Voici donc une première approche des émotions qui a ensuite été remodelée et complétée par d'autres théories. Nous allons maintenant en présenter brièvement quatre autres, issues respectivement des disciplines suivantes : neuroanatomie, neurosciences, sociologie et cognitivisme.

Dans un premier temps, certains scientifiques développent depuis la fin du XXème siècle une « *neuroanatomie des émotions* ». Ainsi, tout comme Broca et Wernicke ont associé la région du sillon latéral de l'hémisphère gauche aux aires du langage, il existe également « *des régions cérébrales spécifiques* » associées au « *comportement social* » et aux émotions. Il s'avère que chaque émotion est sous tendue par un circuit neuronal. A titre d'exemple, la peur dépend de deux circuits neuronaux différents et complémentaires. Un premier circuit court, thalamus-amygdale, assure des réactions de survies et, un deuxième circuit long, interposant le cortex entre le thalamus et l'amygdale assure une « *modulation de la réaction de peur* » (15,16). Outre cet aspect structurel, les neurosciences ont également permis de montrer que l'émotion est à l'origine de l'action (4,17,18). Damasio, dans son ouvrage « *L'erreur de Descartes* » explique cette assertion grâce au cas clinique d'Elliott (16,17). En effet, ce dernier, atteint d'une tumeur cérébrale, est dans l'incapacité de prendre des décisions appropriées aux situations qu'il rencontre. Le point important à noter est que ses capacités intellectuelles sont intactes. D'où pouvaient donc venir ses difficultés à appréhender les situations rationnelles ? Comme l'explique le neuroscientifique, Elliott était en capacité, certes, de « *connaître, mais non de ressentir* », il semblait envisager la vie « *sur un mode neutre* » (17). Cet exemple nous montre qu'une prise de décision ne se fait pas uniquement grâce à nos connaissances ou notre raison, mais que nous sommes aussi guidés par nos émotions.

Dans un second temps, la sociologie, depuis une quinzaine d'années, étudie les émotions comme un rapport socialement construit entre « *l'individu, les autres et le monde qui l'entoure* » (19). Le monde étant fortement structuré autour du travail, la question des émotions au travail n'en est que plus légitime. Selon les métiers, les « *normes émotionnelles* » sont différentes car elles dépendent de la nature du travail. Cependant, le travail sollicite « *sans cesse* » les émotions (19). Certains auteurs, en sociologie, accordent également un rôle « *performatif* » aux émotions, signifiant par là qu'elles sont vectrices d'action et de changement social, ce que l'on retrouve dans l'engagement militant, par exemple (19). Il en va ainsi du mouvement #MeToo en 2017, établi sur la base d'un ressenti et d'un vécu commun attribué aux femmes ayant subi des violences sexuelles ou du mouvement des Gilets Jaunes

en 2018, qui s'est quant à lui structuré autour de la colère, véhiculée et cristallisée par la vidéo de Jacline Mouraud, une des fondatrices du mouvement (20,21).

Dans un troisième temps, une dernière approche, celle des cognitivistes, montre que l'émotion est un processus relationnel car elle relève d'une attitude envers un objet. Ce lien entre le sujet et l'objet signifie donc également que les émotions sont intentionnelles, c'est-à-dire qu'elles sont « *toujours à propos de quelque chose* » (16,18).

Nous posons donc une deuxième hypothèse selon laquelle les émotions seraient inhérentes à la relation de soin en kinésithérapie.

Enfin comme nous venons de le voir, l'émotion est un processus relationnel, sous-tendu par des circuits neuronaux complexes, et essentiel à toute prise de décision. Or, nous observons que celle-ci fait souvent l'objet d'un « *rejet* », et est souvent perçue comme néfaste et perturbatrice de la raison (13). En effet, la plupart d'entre-nous cherchons à gérer nos émotions, à les contrôler, et les « *conventions sociales conduisent souvent à une canalisation et à une répression* » de ces dernières (8). Ceci peut s'expliquer par le fait que, depuis longtemps, nous avons communément admis qu'émotion et raison sont deux éléments dissociés (4,22). Cet héritage nous vient, entre autres, de la pensée philosophique et notamment de Descartes, qui, assez tôt a imposé son dualisme, opposant « corps » et « âme », émotion et raison. C'est pourquoi, dans cette étude, nous cherchons à connaître le rapport des MK à leurs émotions dans la relation de soin.

1.5. Sciences humaines et distance de professionnalité

A ces spécificités, nous souhaitons proposer un élément de réponse aux MK et supposons que cet élément se trouve dans les théories actuelles développées en sciences humaines, et notamment dans la distance de professionnalité. En effet, comme le soulignent les objectifs de la réingénierie des études de masso-kinésithérapie, « *l'utilisation* » des théories et modèles propres aux sciences humaines et sociales permet « *d'éclairer les relations et les pratiques de soins* » (23).

Ainsi nous nous proposons donc de répondre à la question suivante : Etant donné les spécificités de la relation de soin en kinésithérapie (rapport au corps en mouvement, qualité

de toucher), ainsi que les émotions inhérentes à cette dernière, pourrions-nous avancer l'idée que la construction puis le maintien conscient d'une distance de professionnalité pourrait être un moyen proposé aux MK libéraux afin d'assurer une prise en charge professionnelle efficace et curative ?

Afin de mieux comprendre ce qu'est la distance de professionnalité, donnons en une définition et expliquons en quoi elle se distingue de la distance professionnelle. Tout d'abord, la distance de professionnalité est une « *zone intermédiaire* », « *un lieu d'amortissement des effets professionnels sur la personne* » et inversement. C'est le lieu du « *pilotage de soi en relation professionnelle* » (1). D'une part, elle se distingue de la distance professionnelle, ou bonne distance, en ce qu'elle implique la subjectivité de la personne dans le mouvement de va-et-vient entre le soi personnel et le soi professionnel. La bonne distance rend quant à elle la subjectivité, et notamment la présence des émotions, plus problématique (19). D'autre part, il ne s'agit pas d'une distance entre le thérapeute et le patient mais bien d'une distance propre au thérapeute. Enfin, la distance de professionnalité, nécessitant une prise de conscience de soi en action, fait également appel à d'autres compétences, comme la réflexivité. Celle-ci « *repose sur un travail de rétrospection par rapport à l'action* », un retournement du regard à l'intérieur de soi, et est de plus en plus intégrée dans les dispositifs de formation (24,25). Ainsi, les enseignants de l'ILFMK de Nancy, dans le cadre de séances de TP ayant pour thème la relation patient-thérapeute se sont donnés comme objectif celui de « *proposer un questionnement réflexif* » aux étudiants (10). La « *formalisation* » de cette réflexivité peut se faire de manière orale (groupe d'analyse de pratique) ou écrite (écriture sur la pratique), l'ensemble constituant ainsi des « *savoirs d'action* » (2,25).

L'ensemble des éléments abordés précédemment, comme le rapport de soi au soin, le rapport de soi à l'autre, le rapport de soi à ses émotions, ou encore la distance de professionnalité constituent autant d'impensés professionnels qu'il est nécessaire de questionner et d'explicitier. Nous réaliserons donc un tel questionnement par la menée d'entretiens semi-directifs adressés aux MK libéraux du Grand Nancy.

La citation suivante de M. Cifali permet d'éclairer notre visée : « *comprendre comment le corps fonctionne n'est pas la même chose que comprendre comment mon corps fonctionne, dans sa singularité et ses détails* » (4).

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Aspect réglementaire et éthique

Notre travail s'inscrit dans le cadre de l'article R.1121-1-II- du code de la santé publique puisqu'il s'agit d'expérimentations en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé. Il ne concerne donc pas les recherches impliquant la personne humaine tel que défini dans l'article R.1121-1 -I- et, de ce fait, ne relève donc pas de la loi Jardé (26). Ainsi, il n'est donc pas nécessaire de réaliser une demande d'avis auprès d'un comité de protection des personnes (CPP). Enfin, l'avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) n'a pas été recherché car l'ensemble des données à caractère personnel sera détruit à l'issue de notre travail.

2.2. Stratégie de recherche documentaire

Afin de réaliser ce travail plusieurs bases de données ont été consultées : « PubMed », « Science Direct », « Em-consult », « Cairn », « GoogleScholar », « Kinédoc », « ULysse », « Erudit » et « Isidore ». Lorsque la base de données utilisait un thesaurus, le terme MeSH a été préférentiellement utilisé. Nous n'avons retenu que les publications rédigées en français et en anglais. La période de recherche a été tout d'abord restreinte aux publications datant des 5 dernières années mais, au vu du faible nombre de publications disponibles nous l'avons étendue jusqu'à 2002. Les opérateurs booléens tels que « and » et « or » ont été utilisés pour combiner les différents termes et aboutir à des équations de recherche. La troncature, représentée par l'astérisque « * » a permis de rechercher les publications incluant les singuliers et pluriels des termes utilisés.

Tableau I : Mots clés utilisés dans les équations de recherche

Français	Anglais
Relation patient-kinésithérapeute	Patient physiotherapist relationship, patient physiotherapist interaction
Emotions	Emotions (MeSH)
Kinésithérapie	Physiotherapy, physical therapy
Masseur-Kinésithérapeute	Physical therapist, physiotherapist (MeSH)
Sciences humaines	Humanities (MeSH)
Corps humain	Human body (MeSH)
Toucher	Touch (MeSH)

Les publications consistent pour la plupart en des articles issus de revues ou d'ouvrages spécialisés en sciences humaines et sociales, sciences de l'éducation ou en des livres mais aussi en des revues systématiques de la littérature. Cette recherche documentaire a été complétée par des recommandations d'ouvrages données par des personnes ressources, expertes en sciences humaines et consultées pour la réalisation de ce travail.

2.3. Méthode

2.3.1. Choix d'une démarche qualitative

Notre choix s'est tourné vers une approche qualitative car nous voulions avoir une approche globale et compréhensive d'un « *phénomène complexe* », ici, le rapport du MK au soin, à ses émotions ainsi qu'aux spécificités de sa profession (27–29). Cette logique de « *co-construction du sens* » entre répondants et enquêteur justifie cette démarche (27). La démarche qualitative diffère de la démarche quantitative. En effet, elle a pour objectif, non pas la quantification de données chiffrées (moyenne, écart-type, médiane) mais plutôt l'explication de phénomènes sociaux ou individuels dans leur contexte naturel pour aboutir à des hypothèses (29). L'ensemble de cette démarche se base sur les lignes directrices COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative (30).

2.3.2. Entretiens semi-directifs

Concernant la méthode de recueil des données, l'entretien nous a semblé pertinent car il place l'interaction au centre du travail et permet ainsi d'établir « *un contact direct* » avec les personnes interviewées (28). En effet, il permet d'accéder au vécu du répondant, à ses représentations ainsi qu'à sa singularité (27,28). De plus, il semble d'autant plus important dans notre travail puisqu'il permet aussi de capter la dimension émotionnelle et affective du répondant (28). Enfin, il est important de préciser que, d'une manière générale, l'entretien est l'outil le plus utilisé dans le cadre de travaux en sciences de la santé et en sciences humaines (27).

Il existe différents types d'entretiens (directif, non-directif, semi-directif, d'explicitation...). Parmi les différentes possibilités, l'entretien semi-directif, dont le principe repose sur l'organisation de l'échange, nous a semblé le plus pertinent (31). En effet, il permet au répondant de développer ses réponses tout en respectant un certain cadre établi par le guide d'entretien. Ce guide permet de structurer l'interview autour de thèmes précis, associés à des « *questions-guides* », en lien avec la question de recherche (28,31). L'ensemble permet ainsi d'avoir une information de bonne qualité d'une part, et orientée vers le but de la recherche d'autre part (27).

D'un point de vue pratique, l'entretien semi-directif est donc une conversation ayant lieu entre deux personnes durant laquelle l'instauration d'un climat de confiance est fondamentale puisqu'elle conditionne la « *richesse* » des données collectées (27,28). De plus, l'entretien se veut interactif et sera ponctué de différentes interventions de la part de l'enquêteur (questions principales, relances) (32).

2.3.3. Déroulement de l'entretien

En amont de l'entretien, une lettre de présentation de l'étude ou contrat de communication (ANNEXE I) a été envoyé par mail (28). Elle récapitule certains points comme la présentation de l'enquêteur, les buts poursuivis par l'étude, la durée moyenne de l'interview ou les modalités d'échantillonnages. Nous avons également recherché le consentement éclairé de la personne avant l'entretien en précisant que les données recueillies seraient anonymes, confidentielles et détruites à l'issue de ce travail.

Durant l'entretien, nous avons tout d'abord établi une fiche d'identité du MK (genre, âge, date d'obtention du diplôme de masseur-kinésithérapeute, institut de formation, formations et parcours post-gradué) (29). Ces informations complémentaires permettent par la suite de contextualiser les données récoltées pendant l'interview. Nous avons ensuite réalisé l'entretien à proprement parler. Enfin, nous avons questionné le répondant sur le vécu de l'entretien (28). Ce questionnement permet de recueillir des informations potentiellement intéressantes pour le chercheur, pouvant compléter le reste des informations obtenues précédemment. Ce retour réflexif permet également au répondant de tirer un bénéfice de l'entretien.

Après l'entretien, nous avons procédé à la mise à jour du cahier de terrain. Ce cahier, lieu privé du chercheur, est tenu à jour au cours et à l'issue des entretiens afin de noter les impressions sur le déroulement de l'entretien, les éventuelles nouvelles idées, hypothèses (32). Il permet également de synthétiser les points essentiels de la rencontre. Il pourra, par la suite, constituer une source intéressante de matériaux remobilisables dans notre travail.

2.3.4. Construction d'un guide d'entretien (ANNEXE II)

Le guide d'entretien contient les différents thèmes à aborder lors de l'interview (27). Ce guide est néanmoins adaptable car l'entretien reste avant tout vivant, recelant son lot d'inédit. Il peut donc être complété par des questions supplémentaires émergeant lors de l'interview (31). De plus, les thèmes présents dans le guide peuvent être abordés de différentes manières. Dans notre cas, l'organisation des thèmes découle directement de la problématisation. Cette organisation n'est pas figée mais permet d'organiser la conversation (31). Une mémorisation du guide en amont de l'interview ainsi qu'un pré-test ont été réalisés afin de familiariser l'enquêteur à l'outil et assurer une fluidité de conversation avec le répondant.

2.3.5. Sélection des participants

L'échantillon constitué pour les entretiens peut être défini comme étant homogène car nous interviewons un même type de répondants à savoir des MK libéraux conventionnés exerçant au sein d'une commune faisant partie du Grand Nancy (28) . Le Grand Nancy est constitué de vingt communes, à savoir : Art-Sur-Meurthe, Dommartemont, Essey-Lès-Nancy, Fléville-Devant-Nancy, Heillecourt, Houdemont, Jarville-La-Malgrange, Laneuveville-devant-

Nancy, Laxou, Ludres, Malzéville, Maxéville, Nancy, Pulnoy, Saint-Max, Saulxures-lès-Nancy, Seichamps, Tomblaine, Vandœuvre-lès-Nancy, Villers-lès-Nancy. Afin de recenser au mieux les participants, selon les critères mentionnés ci-dessus, nous avons effectué nos recherches grâce à un seul et même site internet, celui des Pages Jaunes. Au total, un nombre de 229 masseur-kinésithérapeutes a été trouvé. L'ensemble des données (nom, prénom, adresse et numéro de téléphone du MK) a été retranscrite dans un tableau Excel puis, un tirage au sort a été réalisé au sein de cette population. Le tirage au sort a été réalisé à l'aide de la formule = INDIRECT(« A »& ALEA.ENTRE.BORNES(1 ;229)).

2.3.6. Prise de contact

Les MK tirés au sort ont ensuite été appelés. Nous avons réalisé autant d'appels que nécessaire pour aboutir à la taille d'échantillon souhaitée, soit 6 MK. Lors des appels, une trame identique a été utilisée avec chacun des répondants. Dans un premier temps, nous nous sommes présentés puis avons informé notre interlocuteur du but général de l'étude ainsi que des raisons pour lesquelles les entretiens semi-directifs étaient préférés pour le recueil des données. Ensuite, les modalités de réalisations de l'entretien étaient données (durée, enregistrement sur l'application Zoom). Si l'interlocuteur était d'accord, un rendez-vous était convenu et la lettre de présentation de l'étude lui était envoyée par courriel. Nous avons également veillé à ce que les répondants n'aient pas de relation antérieure avec l'enquêteur.

2.3.7. Cadre de la collecte des données

L'ensemble des données a été collecté entre le 18/11/2020 et le 21/01/2021 soit, pour une partie, durant le deuxième confinement lié à la pandémie de Covid-19. Lors de cette période, les déplacements étant restreints au strict nécessaire, il nous a paru préférable de réaliser les entretiens à distance. L'application Zoom nous a ainsi permis d'enregistrer de manière audio et vidéo les différents entretiens réalisés. Cette manière de faire a l'avantage de ne pas nous pénaliser dans la réalisation de notre travail mais enlève cependant une certaine dimension humaine à l'échange, puisqu'il relève d'un face à face indirect, entrecoupé par la présence de l'écran.

2.3.8. Pré-test et validation du guide d'entretien

Le pré-test a eu pour double objectif de familiariser l'enquêteur avec la méthodologie de l'entretien semi-directif et d'affiner le contenu du guide d'entretien. A l'issue du pré-test quelques modifications ont été apportées au guide d'entretien.

Tout d'abord, il semble que la première thématique, qui se voulait générale afin d'induire un champ de réponse large, ne facilite pas le démarrage de l'entretien. En effet, le questionnement est tellement large qu'il laisse le répondant perplexe, le déstabilisant plus que l'encourageant pour la suite de l'entretien. Nous avons donc décidé de ne pas aborder ce thème et de commencer les entretiens directement sur la thématique de la relation de soin en kinésithérapie.

Ensuite, le sous-thème du « rapport au soin » a soulevé un questionnement annexe qui est celui du rapport au soin dans le contexte sanitaire actuel de la Covid-19. Il semblerait que ce contexte particulier modifie le rapport du thérapeute au soin et ce questionnement apparaît donc comme pertinent en plus d'être actuel.

Enfin, le questionnement sur les sous-thèmes des « émotions » semble difficile à aborder dans son entièreté et sa complexité car les émotions ressenties par le thérapeute sont souvent plus complexes que les émotions primaires (joie, tristesse, colère, peur, dégoût, surprise) et ce serait appauvrir le matériau brut des entretiens que de nous restreindre à ce champ d'étude. Ainsi, nous préciserons aux répondants que le terme d'émotion est ici pris dans une acception plus large, comprenant les sentiments et les affects, tout ce qui renvoie au registre du vécu ou du ressenti (19).

2.4. Matériel

Pour l'ensemble de notre travail nous avons eu besoin :

- D'un ordinateur doté de l'application Zoom
- D'un téléphone doté d'une fonction dictaphone pour un enregistrement simultané
- Du logiciel de traitement de texte Word pour les retranscriptions
- Du logiciel Zotero pour la réalisation de la bibliographie
- Du logiciel Excel pour la réalisation de l'échantillonnage

2.5. Méthode d'analyse

L'analyse fait suite aux retranscriptions des entretiens dont un exemple est disponible en annexe III. L'objectif de cette analyse, inductive, est d'explorer au maximum le matériau afin de faire émerger des concepts, des idées et d'établir des liens entre eux qui n'étaient pas forcément présents initialement au sein du cadre théorique que nous avons posé (33).

2.5.1. Codage

Afin d'analyser les résultats, nous avons tout d'abord réalisé un codage des différents entretiens. Le codage permet de transformer des données brutes (constituées ici par les entretiens) en données aisément repérables pour l'analyse en identifiant des thèmes, des idées ou des concepts dans les retranscriptions (34,35). Ce codage consiste en un découpage du texte en unités de codage, que nous appellerons ici plus simplement codes. Les codes peuvent correspondre à une phrase, un paragraphe (codage syntaxique) mais la plupart du temps ils correspondent à une pensée, une idée (codage sémantique). Une fois ce code identifié, il s'agira de le nommer. Ainsi, un code peut prendre la forme d'une phrase descriptive qui reprend la pensée ou l'idée identifiée dans le texte ou être directement tirée du texte (34). L'annexe IV présente un exemple de codage de l'entretien réalisé avec MK1.

2.5.2. Thématisation (catégorisation)

Une fois le codage réalisé pour chaque entretien, les codes sont réintégrés dans des thèmes (ou catégories) (36). La thématisation permet de rassembler des codes de même nature (35). A la fin de cette étape, l'ensemble des codes a donc été organisés au sein de thèmes, plus larges, caractérisés par leur sens et apportant des éléments spécifiques en lien avec la question de recherche. Dans la majorité des cas, les codes sont associés à un seul thème mais il est tout à fait possible qu'un code soit retrouvé dans plusieurs thèmes (37). Nous pouvons reprendre l'idée d'un maillage entre les différents codes pour expliquer cette construction des thèmes (33).

Tableau II : Exemple de construction du thème « une attitude pédagogique dans le soin » grâce au codage des six entretiens

MK	Codes
MK1	Pédagogie dans le soin
MK2	Une confiance instaurée par la pédagogie
MK3	- Nécessité d'expliquer au patient les particularités de la démarche rééducative - Frustration des patients liée à une méconnaissance de la spécificité des actes MK - Un travail de prise de conscience du corps nécessaire et régulier passant par l'explication
MK4	Une attitude pédagogique dans l'approche du corps
MK5	Le rapport au corps passe autant par le côté relationnel (communication, pédagogie) que le côté corporel

2.5.3. Mise en relation

Dans cette dernière partie, qui précède la présentation des résultats, il s'agira d'établir des liens et de mettre en relation les différents thèmes entre eux puis de les questionner par rapport à la question de recherche (35).

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques de l'échantillon

Parmi l'échantillon de 229 MK libéraux nous avons tiré au sort 25 MK. Parmi ces 25 MK, un seul n'a pas été contacté car il avait un lien avec l'enquêteur. Sur l'ensemble des 24 MK restants, seuls 7 ont finalement accepté de participer à cette étude. Au total, nous avons réalisé 6 entretiens car 1 MK sur les 7 ayant accepté de participer s'est finalement désisté. Le diagramme de flux ci-dessous permet de retracer l'échantillonnage réalisé (Fig. 1).

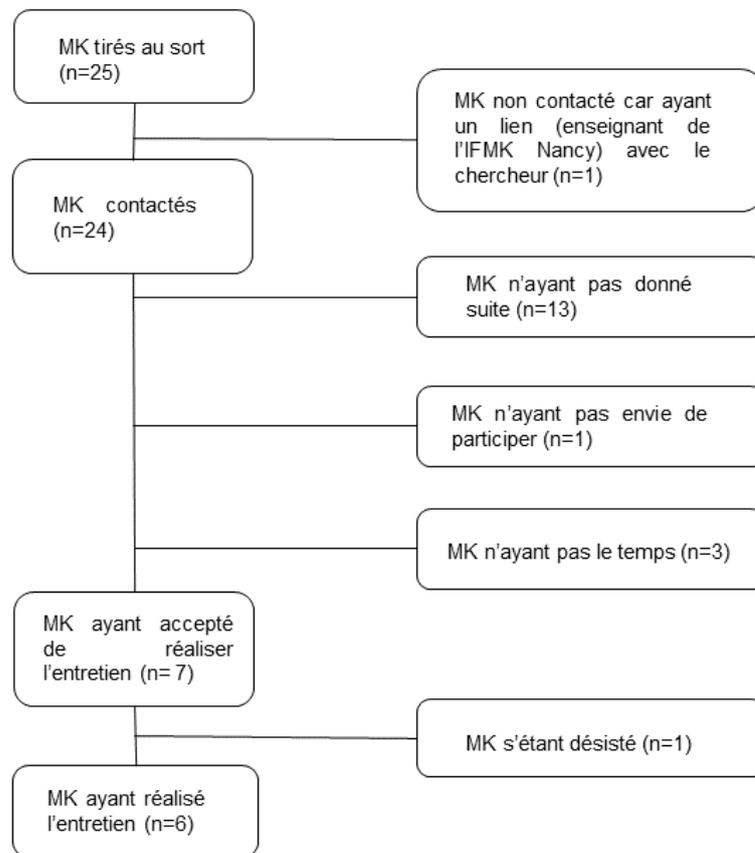


Figure 1 : Diagramme de flux

Les caractéristiques des MK interrogés sont retranscrites dans le tableau ci-dessous (Tableau III). La moyenne d'âge des MK ayant participé à l'étude est de 39 ans et la durée moyenne d'un entretien est de 37 min.

Tableau III : Caractéristiques des MK interrogés

MK	Genre	Age (ans)	Date d'obtention du diplôme d'état	Formations réalisées après le diplôme d'état	Institut de formation	Durée de l'entretien (min)
MK1	Homme	44	2012	Kiné du sport, dry needling, LPG, méthode CGE épaule	IFMK Nancy	27
MK2	Femme	63	1990	Aucune	IFMK Nancy	41
MK3	Femme	26	2017	Thérapie manuelle version longue	IFMK Nancy	57
MK4	Femme	26	2018	Thérapie manuelle sur 2 ans en Belgique	UCL Louvain Laneuve (Belgique)	26
MK5	Homme	35	2008	LPG, thérapie manuelle	IFMK Nancy	21
MK6	Femme	42	2001	Reconstruction posturale	IFMK Nancy	44

Dans un premier temps, nous présenterons les notions abordées par les MK autour de la question du soin. Dans un second temps, les spécificités de la démarche rééducative seront développées. Dans un troisième temps, la place des émotions dans le soin sera explicitée. Enfin, une dernière partie traitera de la distance de professionnalité ainsi que des autres éléments évoqués par les MK, mobilisables en vue des spécificités de la relation de soin.

Une reprise synthétique des résultats est disponible à l'annexe V sous la forme d'une carte thématique qui pourra accompagner la lecture de cette partie.

3.2. Le soin en kinésithérapie

Après avoir esquissé un portrait du soin, structuré autour des propos des MK interrogés, nous développerons deux notions essentielles de la relation de soin en kinésithérapie, à savoir la pédagogie et la parole. Nous terminerons par donner un aperçu des conséquences de la crise sanitaire sur la relation de soin en kinésithérapie.

3.2.1. Esquisse d'un portrait du soin

D'après les différentes descriptions données par les MK, il apparaît que le soin est envisageable à différents niveaux. Il peut dans un premier temps se rapporter à un ou des éléments précis, notamment la prise en charge de la fonction (MK1) ou de la douleur (MK1, MK2, MK4). Si nous prenons l'exemple de la douleur, nous observons que l'objectif de prise en charge de cette dernière peut être différent selon les MK. En effet, pour certains il s'agira de supprimer la douleur, comme pour MK1, qui s'attache à « résoudre le problème de la douleur », ou MK4, qui parle « d'enlever » les douleurs du patient. Enfin, pour d'autres MK comme MK2, il s'agira plutôt « d'apporter un soulagement » de la douleur. Le soin peut également être perçu comme un acte à visée plus globale consistant à prendre en charge une personne malade plus qu'une maladie en tenant compte par exemple de l'aspect psychologique.

MK3 : « [...] soigner c'est, pour moi, vraiment un terme global c'est autant soigner physiquement la personne que, si je peux utiliser ce mot, « psychologiquement » la personne [...] » (l. 5-7)

Dans un second temps, nous retrouvons parfois la notion de rétablissement, qui évoque l'idée d'un retour à un état antérieur, d'une guérison. MK1 parle par exemple de « rétablir la santé générale du patient ». L'utilisation d'un vocabulaire tel que « résoudre » (MK1) et « enlever » (MK4) cité précédemment souligne également cet aspect. A contrario, le soin peut également se rapporter à un plus, un bénéfice que le patient retire, sans pour autant le guérir. Ce bénéfice peut être l'apport d'un « bien-être » ou d'un « confort » comme le souligne MK4, qui généralise cela par une « aide » dans la vie quotidienne du patient. MK6 rejoint cette idée en expliquant que le soin est une « possibilité d'aller mieux ».

Dans un troisième temps, le soin requiert de la part du thérapeute certaines compétences comme l'écoute (MK1, MK5, MK6), l'attention (MK1), ou encore l'adaptation (MK1, MK5). Une place importante est donnée à l'écoute, qui est même considérée par MK6 comme étant « la moitié du soin ». L'adaptation est quant à elle perçue comme l'adaptation du thérapeute au patient, à ses « besoins », ses « attentes » (MK1) ou son « projet de vie » (MK5), mais aussi comme l'adaptation par le thérapeute des techniques de traitement (MK5). Il y a donc une double adaptabilité à laquelle le thérapeute est confronté, l'adaptabilité technique et l'adaptabilité humaine ou relationnelle.

Enfin, à une autre échelle, le soin est une relation. Il peut être perçu comme « *l'approche d'une personne vers une autre* » comme l'explique MK3. MK6, quant à elle, souligne le fait qu'il ne peut y avoir de soin sans demande, et donc sans échange, de la part du patient, et pose celle-ci comme condition nécessaire au fait qu'il puisse aller mieux. Cet échange peut être horizontal, comme nous l'observerons pour MK5 qui, dans le cadre d'une situation particulière, a bénéficié d'une écoute active de la part de certains de ses patients « *chroniques* », qu'il suivait donc depuis longtemps.

MK5 : « [...] je suis à l'écoute de mes patients tout le temps et l'année dernière ils ont bien vu que moi je n'étais pas bien [...] du coup j'ai l'impression qu'ils ont pris un peu soin de moi [...] ils ne sont pas intéressés à moi, c'est moi qui ai parlé de mes problèmes un petit peu [...] j'ai vraiment senti qu'ils se sentaient concernés tu vois, comme quoi il y avait vraiment une vraie relation soigné-soignant et ça m'a fait beaucoup de bien d'ailleurs. » (l.121-131)

3.2.2. Une attitude pédagogique dans le soin

Une approche pédagogique peut se retrouver à différents moments dans le soin. Dans un premier temps, elle permet par exemple l'exposition des buts recherchés et moyens de traitement adoptés en kinésithérapie (MK1, MK3). En effet, l'explication du déroulement de la prise en charge par le MK permet de placer le patient au cœur du soin, en lui octroyant une part de responsabilité dans le déroulement du traitement (MK1). La compréhension des buts poursuivis permet également, selon MK2, de renforcer la motivation du patient car « *les gens sont très motivés quand ils comprennent très bien un exercice [...] quand ils savent exactement à quoi ça sert et pourquoi* ».

MK1 : « [...] ce que je vais lui proposer comme prise en charge : je lui explique de A à Z. Les tenants, les aboutissants, ce que je vais avoir comme responsabilité et ce que lui va avoir comme responsabilité » (l.46-48)

Dans un second temps, une attitude pédagogique doit parfois être adoptée par le MK avant de toucher un patient, comme l'explique MK4 dans sa prise en charge d'un adolescent qu'elle jugeait « *complexé* ». Elle permet ainsi de préparer le patient aux gestes qui vont être réalisés par le MK.

MK4 : « [...] je vais le toucher mais voilà je vais dire « je mets mes mains là, on va faire ça, ça, ça » » (l.53-54)

MK5 : « [...] on leur explique bien qu'on est là pour se soigner, on n'est pas là pour se montrer » (I.79-80)

Dans un troisième temps, les questions autour du rapport au corps (MK3, MK5) doivent parfois être éclairées par le MK. Ce travail se révèle nécessaire pour faire perdurer les résultats de la rééducation sur le long terme puisque le « *travail de prise de conscience du corps* », notamment la manière dont fonctionne ce dernier, permet, selon MK3, « *la mise en place de certaines choses* » par le patient. L'apprentissage du fonctionnement du corps par le MK au patient peut donc permettre à ce dernier de gagner en autonomie dans la gestion de ses déficiences, incapacités ou désavantages.

Enfin, une attitude pédagogique favorise l'établissement d'une relation de confiance

MK2 : « [...] en premier lieu j'essaye de leur apparaître ... enfin ... qu'ils me fassent confiance. C'est-à-dire que je leur explique beaucoup les choses. Ce qu'on va faire, pourquoi [...] » (I.39-40)

3.2.3. La parole au cœur du soin

A plusieurs reprises au cours des entretiens, les MK ont développé des idées autour du dialogue et de la parole. Tout d'abord, il apparaît pour les MK que le dialogue est un élément incontournable des prises en charge. En effet, selon MK3, le thérapeute est « *obligé de dialoguer* » car « *la plupart des gens ont envie de parler et d'être écoutés* ». De plus, le dialogue amène des éléments nouveaux au fil des séances, qui permettent de compléter l'histoire de la maladie ou celle du patient. Ce complément d'information peut être à l'origine de modifications dans le traitement proposé au patient, comme l'expliquent MK3 et MK4.

MK3 « [...] moi ce qui m'importe dans ça, ce n'est pas qu'ils me racontent leur vie mais c'est qu'ils me racontent quelques éléments qui vont pouvoir faire évoluer la prise en charge. Donc c'est vachement corrélé, c'est clair que si les gens ne parlent pas, s'ils ne se livrent pas un minimum, la prise en charge est très compromise » (I.429-432)

MK4 : « [...] mes patients se confient énormément donc j'arrive à savoir quand même plein de choses sur leur vie et du coup des fois je m'adapte par rapport au traitement » (I.23-24)

Ensuite, le dialogue est aussi un moyen de singulariser le rapport à l'autre, d'individualiser le soin, car, selon MK3, les patients « *cherchent énormément à être considérés*

*en tant que personne et pas en tant que patient x ». Ceci peut également expliquer pourquoi un manque de dialogue ou une altération dans le dialogue liée à certaines barrières sont perçues comme contraignants par MK4 qui explique que c'est parfois « *compliqué* » lorsque certains patients « *ne parlent pas français* ». Une rupture peut même parfois se faire lorsque des paroles maladroites ou malintentionnées sont dites.*

MK4 : « [...] quand je me suis déjà pris la remarque « vous n'êtes pas professionnelle » alors que c'était vraiment pas mérité je vais le prendre très à cœur [...] il va y avoir une distance, je vais être plus froide. [...] Les patients qui me font des remarques non justifiées, je change complètement d'attitude » (l.130-139)

Enfin, la parole peut également, à elle seule parfois, être thérapeutique, d'où l'importance en retour d'avoir une écoute active des dires du patient.

MK3 : « [...] j'ai déjà passé des séances à parler uniquement avec des gens parce qu'en fait ils venaient, ils étaient incapables de faire quoi que ce soit, je n'allais pas leur proposer des exercices, ils n'avaient même pas envie que je les touche parce qu'ils étaient en pleurs, parce qu'ils avaient envie de parler [...] » (l.276-279)

MK5 :

- « [...] elles parlent de leurs problèmes et ça leur fait autant de bien, sûrement, que de s'occuper de leur douleur au dos. Et ça leur fait sûrement autant de bien que les soins en eux-mêmes je pense » (l.181-183)
- « [...] y'a des patients tu les laisses causer parce qu'ils veulent juste parler à quelqu'un, faut juste savoir écouter des fois, ça fait du bien, ça leur fait du bien en tout cas [...] » (l.112-114)

3.2.4. Influence de la crise sanitaire

Pour la moitié des MK, il semble que la crise sanitaire n'a pas entraîné de modifications dans la relation de soin. En effet, MK3 « *retrouve les mêmes type de patients et les mêmes besoins pour chaque patient* », et deux autres MK relèvent des modifications concernant l'aspect organisationnel du soin, avec la mise en place de « *gestes barrières* » pour MK2, ou « *le masque* » pour MK4, mais sans que cela n'affecte la relation de soin.

Pour deux MK (MK1, MK6), la crise sanitaire impose une modification dans la prise en charge du patient, en se tournant vers une approche plus globale, notamment dans la prise en compte des facteurs psychologiques. A ce titre, MK6 s'est orientée « *vers une formation de thérapeute, au niveau psychologique* » afin d'avoir une « *manière un peu plus holistique de soigner les personnes* ».

MK1 : « Dans l'approche globale du patient il va falloir le rassurer [...] il y a plus [...] de pédagogie et puis de psychologie que de temps technique, purement technique » (I.40-42)

Un MK a, quant à lui, trouvé un avantage aux contraintes organisationnelles imposées par la crise sanitaire au travail. Elles lui permettent de passer plus de temps avec le patient et ainsi de renforcer la relation de soin.

MK5 : « [...] les conditions de travail ne sont pas agréables [...] par contre la relation au patient, au contraire, je trouve qu'elle est plus importante, on parle plus, ça donne des sujets de discussion, on fait un peu de prévention aussi par rapport à tout ça » (I.17-21)

3.3. Spécificités de la démarche rééducative en masso-kinésithérapie

Au cours des entretiens, deux spécificités de la profession de MK évoquées par les répondants, et non envisagées dans notre travail, ont émergées. La première est le temps dans le soin, autant en termes de fréquence que de durée. La deuxième est l'investissement du patient dans la prise en charge. Ces deux éléments expliquent notamment pourquoi, nous le verrons, la prise en charge masso-kinésithérapique s'inscrit dans une réelle démarche. Deux autres spécificités, à savoir le rapport au corps et le toucher, sont également apparues comme spécifiques à la profession de MK venant ainsi confirmer notre hypothèse initiale.

3.3.1. Le temps dans le soin

Les soins de rééducation nécessitent de voir le patient régulièrement, parfois au long cours. Cette caractéristique de fréquence (MK1, MK5) s'accompagne également d'une durée de soin (MK2, MK3) en général plus longue que dans d'autres professions paramédicales ou médicales. Ces prérequis, nécessaires pour obtenir des résultats satisfaisants, ont pour conséquence indirecte d'avoir des effets sur la relation de soin entre le MK et le patient.

MK2 : « La particularité la plus importante c'est qu'un soin de kinésithérapie, en général, est beaucoup plus long qu'un soin d'infirmière, d'orthophoniste [...] donc on a le temps vraiment que la relation s'instaure » (I.55-58)

Un des effets, développé par MK2, est de créer une proximité entre le MK et son patient. MK3 rejoint cette idée car elle pense qu'au « *fil des séances* » il « *va de soi d'aller vers le soi personnel parce que les personnes vont vouloir savoir à qui ils ont à faire* ». MK5, quant à lui, explique qu'il y a « *une certaine relation qui se crée avec certains patients* » qu'il voit plus que les autres, comme les patients atteints de maladies chroniques. Cette proximité transforme parfois même le MK en un confident car il connaît un peu plus de détails sur la vie personnelle du patient en comparaison avec d'autres professionnels de santé. Ainsi, selon MK5, « *les patients se confient parfois plus au kiné qu'au médecin [...] d'un point de vue privé, dans la sphère intime* ». MK3 appuie ce propos en affirmant que « *la personne se livre beaucoup plus au kiné* », par exemple sur « *sa vie, sa famille* ».

Cependant, dans leur volonté de « *savoir à qui ils ont à faire* » comme l'explique MK3, les patients essayeront de « *poser un peu plus de questions d'ordre privée qu'ils ne poseraient peut-être pas au médecin* » ou de « *tutoyer* » le MK. Il est donc important pour le MK de ne pas « *s'égarer* » à force de « *côtoyer le patient, à force de le masser* » comme l'explique MK1 pour qui le patient peut parfois faire « *l'amalgame entre un thérapeute et puis un copain* ». MK2 pense, quant à elle, qu'il faut « *vraiment faire attention* » car « *quand ça ne va pas on a tendance à dire des trucs personnels* ».

Enfin, la durée consacrée au soin est directement dépendante de la nature de nos actes thérapeutiques qui, comme le souligne MK3, ne sont « *pas les mêmes* » que les infirmier(e)s ou encore les médecins. En effet, à la différence d'un(e) infirmier(e) qui vient dans « *un but précis* » comme « *la toilette, un pansement, ou parfois juste pour une piqûre* », le MK délivre des soins qui sont « *vraiment dans la durée* ».

3.3.2. Investissement du patient

La rééducation nécessite une implication et un investissement de la part du patient pour obtenir des résultats sur le long terme. Le patient, tout comme le thérapeute, a des « *responsabilités* » (MK1) à assumer. Pour le patient, il pourra s'agir « *de petits exercices à faire* » ou « *des choses à penser* » (MK3). Cet investissement n'est pas toujours facile à

obtenir, comme le souligne MK1, car « *certains patients seront réfractaires et d'autres seront plus conciliants* » ou, comme le mentionne MK2, « *certaines personnes ne sont pas très motivées pour leur rééducation* ». L'absence d'investissement constitue donc un frein dans la rééducation que le thérapeute doit essayer de désamorcer.

MK3 :

- « [...] il faut jauger pourquoi la personne vient, ce dont elle a besoin, est-ce qu'elle comprend l'aspect rééducatif. Parce que c'est ça aussi la rééducation : ils ne comprennent pas que s'ils ne s'investissent pas, ça ne marchera pas » (I.94-96)
- « [...] très souvent quand le patient repart du cabinet, il a de petits exercices à faire, il a des choses à penser donc s'il ne s'investit pas, effectivement il n'y 'aura pas forcément de bons retours sur le long terme. » (I.99-101)

MK6 : « [...] on ne peut pas soigner quelqu'un qui n'en a pas envie. Nous on a la technique, mais eux (les patients) ont la possibilité de faire. Y'a qu'eux qui peuvent se soigner finalement, nous on n'est qu'un outil. » (I.95-99)

3.3.3. Rapport au corps

Pour la plupart des MK, le corps tient une place importante dans la relation de soin. Pour MK1, il s'agit, pour la profession de MK, du « *truc qui nous caractérise* ». MK3 vient compléter ce propos en affirmant que « *la place du corps dans la relation de soin [...] est primordiale* ».

Les MK ont souvent illustré l'importance de la place du corps dans la relation de soin en prenant l'exemple du déshabillage (MK3, MK4, MK5, MK6), fréquemment retrouvé en kinésithérapie. Cet acte n'est pas anodin puisqu'il peut modifier les rapports dans la relation de soin, révéler des complexes ou des crispations, amener à des quiproquos ou s'accompagner d'une perception différente du corps selon les périodes de la vie (adolescence, âge adulte).

MK1 : « [...] le patient nous confie son corps, alors parfois plus ou moins difficilement avec des crispations ou un relâchement [...]. (I.70-71)

MK4 : « [...] j'ai un patient ado, il n'aime pas trop se déshabiller [...] je le laisse se déshabiller tout seul, je ne reste pas dans la salle, à préparer les trucs [...] il est tellement complexé [...] » (I.150-54)

MK3 : « [...] les gens [...] confondent peut-être la nudité du corps avec l'aspect médical. Nous sommes obligés de faire déshabiller les gens un minimum quand même pour pouvoir les soigner [...] je pense que y'a beaucoup plus de recours en termes de législation et de justice. Les gens sont plus procéduriers qu'avant [...] » (l.142-149)

MK5 :

- « [...] ... en plus il se déshabille, le patient est déshabillé, on est en position de ... de (rire) [...] un peu de puissance [...] » (l.54-57)
- « [...] y'a des gens qui ont du mal à se déshabiller déjà, ce n'est pas forcément évident [...] des dames qui n'ont pas forcément des sous-vêtements adaptés ou des gens qui n'osent pas se montrer [...] certains patients sont complexés par certaines parties de leur corps [...] » (l.75-89)

MK6 : « [...] mine de rien on a quand même un métier ou la plupart du temps les gens sont déshabillés [...] ce n'est pas anodin de se déshabiller devant quelqu'un d'autre. [...] je pense qu'on est un des seuls métiers à l'avoir [...] si, y'a le médecin mais ça va vite chez le médecin [...] » (l.133-137)

De plus, selon les MK (MK3, MK6), il arrive que le corps soit méconnu des patients et donc qu'il soit source d'incompréhension ou de confusion pour eux. Pour MK3, certains patients sont « prisonniers de leur corps [...], ils ne savent pas du tout comment fonctionne leur corps ». MK6 appuie ces propos en affirmant que « beaucoup de gens ne sentent pas vraiment leur corps ». En pratique clinique cela peut s'exprimer pour les patients par une difficulté à « expliquer » ou à « montrer où ils ont mal ».

L'ensemble de ces éléments, en lien avec le corps, et que nous retrouvons dans les soins en kinésithérapie est à mettre en relation avec la société dans laquelle ce corps évolue et qui l'influence. Pour MK6, le fait de « ne pas sentir » son corps va de pair avec notre société et il faut donc le contextualiser. A ce titre, MK6 pense qu'elle verrait « les choses différemment » si elle était « patiente en Inde ».

A ce sujet, il a également été évoqué par MK6 l'idée que le MK puisse être un médiateur dans la réappropriation du corps chez les patients. Le MK pourrait les « aider à le sentir plus », autant « dans sa globalité que certains endroits », et même les aider à « l'apprécier ».

3.3.4. Le toucher

Tout d'abord, le toucher est souvent considéré comme étant une caractéristique importante (MK1, MK3, MK6) de la profession de MK. MK6 qualifie le contact physique d'« énorme », et MK3 juge obligatoire pour le thérapeute de « *toucher globalement pour soigner* ». Toutefois, le toucher peut apparaître comme secondaire par rapport à l'aspect relationnel. En effet, MK2 estime que « *ce n'est pas parce qu'on a un rapport physique [...] que le contact est forcément plus proche* ».

MK3 : « Nous sommes obligés de toucher globalement pour soigner [...] le toucher, dans notre profession c'est hyper important. Moi je ne me vois pas demain traiter des patients sans les toucher et sans les déshabiller. Non pour moi c'est plus de la kinésithérapie » (l.156-170)

Ensuite, selon MK6, le toucher est perçu comme un « *outil supplémentaire* » pour échanger ou communiquer et que possède le MK par rapport à d'autres professions telles que les infirmier(e)s. Il permet, par exemple, d'établir implicitement un lien de confiance avec le patient comme l'explique MK1 pour qui la « *prise de contact physique implique [...] un échange entre le patient et le kiné en termes de confiance* ».

MK6 : « Ça [le toucher] nous permet d'avoir un outil supplémentaire probablement par rapport aux infirmiers et aux orthophonistes parce qu'on a l'avantage d'avoir autant le toucher que la parole, que la façon d'être, que leur expliquer des choses ou leur demander de faire des choses. On peut leur montrer, on peut leur faire sentir. » (l.111-114)

Enfin, à la manière de l'intonation prise par la voix lors d'une prise de parole, l'intention mise dans le toucher ainsi que la façon de toucher sont des manières de lui donner un sens (MK6) auxquelles le MK doit prêter attention car ces deux éléments peuvent être interprétables par le patient. Dans cette optique, MK3 met en avant l'existence de codes à respecter par le MK dans la réalisation d'une technique manuelle.

MK3 : « [...] j'ai suivi une formation la semaine dernière et on te dit bien dans toutes tes prises qui touchent par exemple le haut du corps, la poitrine, on te dit bien « je pose d'abord le talon de la main entre la poitrine pour pas poser les doigts tout de suite », et c'est ... bizarre mais on te dit bien de poser le talon de la main et pas tout de suite la main complète, et ça ... c'est différent tu vois, ça a un aspect

différent pour nous, [...] alors que si tu poses tout de suite la main c'est « je veux toucher ta poitrine » alors que je pense que pour la plupart des kinés t'en arrives pas là [...] » (l.180-186)

MK6 : « Tout dépend de l'intention que l'on met dedans [le toucher] mais quand l'intention est bonne je pense que celui qui reçoit le sent. » (l.108-109)

3.4. Les émotions dans le soin

Dans cette partie nous reviendrons dans un premier temps sur la mise en mot de leurs émotions par les MK, puis, dans un second temps, nous prendrons soin d'expliquer la place ainsi que le rôle des émotions au sein des prises en charge kinésithérapiques.

3.4.1. Mise en mot des émotions par les MK

Parmi les MK interrogés, certains (MK1, MK2, MK5) ont eu du mal à parler de leurs émotions. En effet, à la question : « Pouvez-vous donner un ou plusieurs exemple(s) d'émotion(s) que vous rencontrez fréquemment dans la relation de soin ? », nous avons obtenu des réponses hésitantes, avec un temps de réflexion plus long et bien souvent orientées sur les émotions du patient et non sur les leurs, comme nous le souhaitions. A titre d'exemple, MK5 explique que « *le côté émotionnel* » est « *un paramètre important de la prise en charge* » en expliquant qu'il n'utilisera pas la même technique « *chez quelqu'un qui est en souffrance mentalement que chez un autre patient* ». De la même manière, il nous parle d'un tableau clinique qu'il « *retrouve souvent* » et considère comme émotionnellement riche, celui de « *la ménagère de 50 ans* ».

MK1 : « C'est compliqué là, en termes d'émotions ... j'allais dire compassion mais non ce n'est pas de la compassion, de la compréhension [...] j'arrive à comprendre le ressenti du patient [...]. J'essaye de me mettre à sa place, ce n'est pas une vraie compassion mais c'est entre les deux on va dire, entre la compréhension et la compassion » (l.110-114)

En revanche, en ce qui concerne MK2, un facteur a été identifié comme étant à l'origine de sa difficulté à parler de ses propres émotions. En effet, en guise de réponse à la question posée ci-dessus, MK2 affirme directement qu'elle aime « *beaucoup les choses très rationnelles* » et qu'elle est « *plutôt scientifique* » et « *raisonnée* » dans ce qu'elle fait, contournant de fait l'objet de notre interrogation. Après un temps de réflexion et de silence elle parvient néanmoins à nous donner un exemple d'émotion ressentie : « *parfois peut-être une*

petite répulsion physique ». L'opposition du facteur scientifique au facteur émotionnel faite par MK2 est donc à l'origine, tout du moins en partie, de ses difficultés à exprimer ses émotions.

Les autres MK interrogés, à savoir MK3, MK4 et MK6, ont quant à elles réussi à mettre en mot leurs émotions. Parmi les émotions citées nous retrouvons la peine, la douleur physique ou émotionnelle, le soulagement, la colère, la culpabilité, la rancœur, la tristesse et la frustration. Il est étonnant de noter que les émotions citées sont plutôt associées à un registre d'émotion considéré comme « négatif ».

MK3 : « [...] tu peux être autant en colère [...], tu culpabilises aussi, la culpabilité moi je l'ai souvent et alors après j'essaye de me remettre en question [...] Mais c'est clair que culpabilité, rancœur, ça y'en a déjà eu et ça fait partie du quotidien. Après oui, de la tristesse, même si [...] tu essayes de ne pas prendre à cœur ce que te disent les gens [...] ça fait quoi, 3 ans demi que je travaille, peut-être une ou deux fois où j'avais vraiment les larmes aux yeux. » (l.293-313)

MK4 : « De la frustration quand les patients ne viennent pas et qu'ils ne préviennent pas, alors que toi t'as organisé ton planning en fonction d'eux, frustration parce que parfois tu n'arrives pas à faire ce que tu veux en traitement » (l.126-128)

MK6 : « J'ai déjà ressenti la peine, la douleur, enfin pas la douleur physique, la douleur émotionnelle, je crois qu'on peut dire ça comme ça. Quoi d'autre, le soulagement [...] (l.245-247)

3.4.2. Quelle place ?

Tout d'abord, pour certains MK (MK3, MK6) les émotions sont omniprésentes dans la relation de soin. En effet, MK3 affirme que les émotions constituent son « *quotidien* », tandis que MK6 exprime ressentir « *beaucoup, beaucoup, beaucoup* », « *très souvent* » voire « *quasiment tout le temps* » des émotions au cours des prises en charge.

Cependant, les émotions sont parfois jugées par certains comme relevant d'une attitude non professionnelle et n'ont donc pas leur place dans les prises en charge. C'est le cas pour MK4 qui explique, par exemple, que le fait d'être triste n'influera pas sur la qualité de sa prise en charge « *parce qu'il faut rester professionnel* ».

Ensuite, la plupart des MK (MK1, MK2, MK3, MK5, MK6) sont en accord sur le fait que les émotions ont leur place dans la démarche EBP qui correspond à la mise en relation des preuves issues de la littérature avec les préférences du patient et l'expérience du clinicien.

Selon MK5, chaque thérapeute ayant « *une personnalité différente* » ainsi qu'une « *sensibilité différente* », il semble « *cohérent* » de prendre en compte les émotions au sein de cette démarche.

Enfin, d'une manière plus générale, il semble que la place des émotions est conditionnée par la société et la culture. C'est ce que souligne MK6 lorsqu'elle explique « *qu'en France, on n'a pas grandi en apprenant à ressentir nos émotions* », ce qui peut parfois amener « *le bazar quand on ressent celles des autres* » parce qu'on « *ne sait déjà pas ressentir les nôtres* ».

3.4.3. Quel rôle ?

Dans un premier temps, les émotions partagées par le patient peuvent nous ramener à notre propre vécu. En effet, une expérience vécue par le patient, similaire à une expérience que nous avons vécue, peut faire écho en nous. C'est par exemple le cas lorsque MK4 explique que l'une de ses patientes « *est arrivée en pleurant en séance* » car « *elle venait de finir sa relation avec son copain* ». Ceci a fait sens pour MK4, qui a eu « *les larmes aux yeux* » car de son côté « *c'était pareil* ».

Dans un second temps, les émotions sont un moyen de communication entre deux personnes, comme nous l'avons exprimé auparavant avec le toucher ou le dialogue, et ont donc une influence sur le soin. C'est ce que rappelle MK6 en expliquant que « *si nous recevons les émotions des patients, si nous les ressentons, il n'est pas impossible que ce soit pareil dans l'autre sens* ». Pour elle, il est question de poser le postulat qui est « *qu'il faut être bien pour pouvoir soigner les autres* ». A ce titre, MK6 explique que les émotions peuvent donc avoir une influence plutôt néfaste sur la prise de décisions dans le soin.

MK6 : « Je pense que ça peut être plutôt néfaste [...] si on se base sur ce qu'on ressent on va choisir une stratégie thérapeutique qui nous ira à nous et pas nécessairement au patient [...] » (1.283-286)

Dans un troisième temps, outre les émotions du thérapeute, les émotions du patient ont des effets sur les résultats de la prise en charge, si bien qu'il faudrait que le MK sache moduler ces dernières pour influencer positivement la rééducation.

MK2 :

- « [...] les émotions du patient sont importantes bien sûr, certains [...] sont un peu dépressifs, d'autres n'ont pas envie de travailler, d'autres en rajoutent toujours sur leur douleur. C'est toujours compliqué ou alors simplement [...] ils ont vraiment des problèmes psychosomatiques [...]. Les émotions du patient ça joue énormément sur les résultats de la rééducation et la prise en charge » (l.192-198)
- « [...] on a intérêt à modérer dans les deux sens [...] si quelqu'un est trop heureux, en fait trop, il risque d'être très déçu après, c'est-à-dire dès que les progrès ne montent plus [...] à l'inverse une personne qui n'est pas confiante ou qui est dépressive, qui est passive, elle ne va pas en faire assez, elle va se plaindre tout le temps [...] » (l.203-207)

3.5. La distance de professionnalité

Dans cette partie nous aborderons tout d'abord la place qu'occupe l'enseignement des humanités en formation initiale. Ensuite, nous développerons les éléments de réponse apportés par les MK autour de la distance de professionnalité. Enfin, nous envisagerons l'ensemble des idées proposées par les MK pour faire face aux spécificités de la profession de MK lorsque celles-ci engendrent des difficultés.

3.5.1. Place de l'enseignement

Pour la majorité des MK interrogés, les enseignements en sciences humaines et sociales ne sont « pas assez » (MK3), « pas particulièrement » (MK2) voire pas du tout (MK6) abordés en formation initiale. Selon MK3, il y a un déséquilibre entre la faible part d'enseignement en sciences humaines et sociales au cours de la formation initiale et la part importante d'humain et de social rencontrée dans l'exercice de la profession. MK1 contraste cependant ces propos en expliquant que cet aspect a été beaucoup développé au cours de sa formation initiale, se rappelant qu'à « l'IFMK de Nancy on nous parlait beaucoup du relationnel avec le patient ». De même, selon MK6, il semblerait que « plus le temps passe, plus c'est quelque chose qui fait partie de l'enseignement ». MK5 quant à lui, est plus critique sur la façon d'enseigner en expliquant qu'il avait fait « un peu de relationnel en TP » organisé autour de « petites mises en situation avec des patients qui ont vécu des choses compliquées » mais sans que cela lui apporte beaucoup dans sa pratique.

Pour certains MK (MK1, MK5), l'aspect relationnel de la prise en charge ne s'enseigne pas à travers la formation, il s'acquiert dans le temps avec l'expérience, voire il est inné.

MK1 « [...] à travers la formation ça ne s'enseigne pas je pense. [...] c'est difficile à apprendre, ça s'acquiert dans le temps [...] les règles de la prise en charge d'un point de vue émotionnel et relationnel, oui on les a, mais pour ce qui est de la mise en application sur le terrain, c'est quand même bien différent. » (l.135-144)

MK5 : « [...] je pense que c'est quelque chose qu'on a en nous ou pas. Tu vois je parlais de « bagout » tout à l'heure, alors il y a le « bagout » ... mais c'est quelque chose que tu as en toi ou pas, tu as le relationnel ou tu ne l'as pas, c'est comme ça. [...] On peut te faire tous les topos du monde, tous les cours théoriques sur le relationnel [...] je crois vraiment que c'est quelque chose qu'on a ou qu'on n'a pas » (l.239-268)

3.5.2. Méconnaissance et/ou incompréhension de certains concepts

Lorsque nous avons questionné les MK sur la distance de professionnalité, la plupart (MK1, MK2, MK3, MK6) ne connaissaient pas ce concept. De plus, à plusieurs reprises, il nous a semblé que ce concept était mal compris ou incompris. D'une part, même après avoir donné la définition de la distance de professionnalité, plusieurs MK ont utilisé, au sein de leurs explications, d'autres termes comme « *distance professionnelle* » (MK1) ou « *distanciation* » (MK5) pour parler de la distance de professionnalité. D'autre part, cette incompréhension s'est manifestée par les difficultés qu'ont eu les MK à se réapproprier le terme dans leurs discours. En effet, il est central de comprendre que la distance de professionnalité est une distance entre le soi personnel et professionnel, donc ne concernant que le MK, et non pas une distance entre le MK et le patient, ce que nous retrouvons dans le discours des interrogés.

MK3 : « [...] c'est compliqué d'essayer de comprendre la personne, de dialoguer avec elle, d'essayer de comprendre ce qu'elle te dit, ce qu'elle recherche et en même temps (elle se recule de la caméra) rester un minimum à l'écart pour te protéger toi-même. » (l.218-221)

« E : Est-ce que cette notion de distance de professionnalité tu en avais déjà entendu parler ? Alors je la distingue bien de la distance professionnelle.

MK5 : Oui, t'en entends parler, comme quoi il faut bien rester à sa place en tant que soignant, mais je n'ai jamais vraiment eu de cours là-dessus, ou lu d'articles, ou de papier » (l.256-259)

Pour certains, le concept de réflexivité est également inconnu, alors même que nous proposons que celle-ci soit une compétence essentielle pour la construction d'une distance de professionnalité. MK6 entendait ce terme pour « *la première fois* », MK2 l'associait en premier lieu à « *une notion mathématique* » tandis qu'il n'évoquait rien pour MK4 et MK5.

3.5.3. Autour de la distance de professionnalité

Tout d'abord, la plupart des MK s'accordent à dire qu'il faut trouver un équilibre entre le soi personnel et le soi professionnel. En effet, selon MK1, un déséquilibre en faveur de l'un ou de l'autre aurait possiblement pour conséquence de « *perdre l'adhésion du patient* ». MK2, quant à elle, définit « *l'art de la relation* » comme une mise « *en adéquation* » des « *deux soi* », qui permettrait de « *paraître très sincère* ». Enfin, pour MK6, il paraît « *inévitabile de passer de l'un à l'autre* » car « *ce n'est pas possible de ne pas être soi-même* » et que « *même si on essaye de rester dans le soi professionnel il y a forcément des moments où l'on va un peu plus dans le soi personnel* ». La solution serait donc, selon elle, de trouver, à la manière de MK1 et MK2, « *un juste milieu* ».

Cependant, il arrive qu'une prédominance de l'un ou de l'autre se fasse, souvent au profit du soi personnel. Cette prédominance peut être jugée « *de trop* » par MK2, tandis que pour MK3, celle-ci « *va de soi* » du fait du nombre de séances, parfois important, dont le patient bénéficie.

Enfin, la distance de professionnalité est influencée par différents éléments extrinsèques comme le patient (MK1, MK3, MK4), la pathologie (MK1, MK4) ou le moment de la pathologie (MK1).

3.5.4. Solutions proposées par les kinésithérapeutes pour faire face aux spécificités de la relation de soin en kinésithérapie

Plusieurs propositions ont été formulées par les MK pour faire face aux effets engendrés par les spécificités de la relation de soin en kinésithérapie notamment lorsque ceux-ci posent des difficultés au thérapeute. D'un point de vue émotionnel, plusieurs idées ont été

dégagées. La première, exprimée par MK2, consiste en une dissociation entre le « faire » et l'« être », qui aboutit à une automatisation des gestes et permet ainsi au MK de se détacher d'une situation en inadéquation avec ses ressentis.

MK2 : « A certains moments quand je sens qu'il y a vraiment une fracture entre ce que je dois faire et ce que je sens j'agis un peu comme un robot. Je n'aime pas ça mais ça peut arriver » (l.288-290)

La deuxième idée, proposée par MK6, consiste à réaliser « *un travail sur soi* », en apprenant à « *identifier les émotions* » et à « *ressentir ce qui se passe dans son corps et ce qui se passe dans ses mains* », en faisant la différence entre les émotions qui nous appartiennent et celles qui appartiennent au patient.

MK3 propose une troisième idée qui consiste en une mise à distance avec le patient, sans toutefois avoir une définition précise de ce que cela signifie.

MK3 : « [...] il faut vraiment être empathique, à l'écoute [...] mais tout en restant quand même très à distance. Sur une journée tu vas voir une vingtaine de patients et si, en tant que professionnel de santé, tu prends tout à cœur, tu ne tiens pas, ce n'est pas possible. » (l.207-212)

La quatrième concerne l'instauration de règles dans les débuts de la relation qui, progressivement, pourront être allégées. MK5, par exemple, ne voit que « *très rarement des patients en dehors du cabinet* », « *ne parle pas forcément* » de sa vie privée ou « *n'accepte jamais des patients sur Facebook* ». Il explique cependant que lorsque la relation évolue « *ce n'est pas exclu de parler de plein de trucs avec les patients* ». Enfin, pour compléter ce que nous avons développé sur l'aspect émotionnel, nous observons que certains MK (MK4, MK6) sont en accord avec le fait que la mise en place d'une distance de professionnalité est un outil pour pallier ces difficultés.

MK6 : « Je pense que c'est un bon outil, il faudrait que je regarde plus en détail mais ça a l'air d'être intelligent [...]. Cela permet aussi d'apprendre à chaque thérapeute en formation, ou déjà formé [...] à faire la différence. Se rendre compte des choses ça leur donne parfois une réalité [...] » (l.486-491)

De manière plus générale, par rapport à d'autres difficultés que rencontrent les thérapeutes, telles que des difficultés d'ordre relationnel (profil du patient), organisationnel (manque de ponctualité des patients aux rendez-vous), thérapeutique (absence de résultats après traitement rééducatif bien mené), technique (manque de diversité dans les actes

techniques), d'autres propositions ont été formulées. MK2 propose la mise en place d'une réflexivité, « à exercer en permanence » grâce à une autosurveillance et un ajustement continu « en fonction de ce qui se passe » tandis qu'un arrêt de la prise en charge (MK3), une redirection vers d'autres thérapeutes (MK3, MK5, MK6) ou une modification du traitement (MK4) sont d'autres solutions formulées.

4. DISCUSSION

4.1. Interprétation des résultats

4.1.1. Le soin

Un des objectifs de notre travail était de questionner le soin, en tant qu'objet de la relation de soin. D'après les résultats obtenus, nous observons tout d'abord que le soin est définissable à plusieurs échelles. Il peut, selon le thérapeute et le point de vue adopté, se rapporter à la prise en charge d'un signe clinique (la douleur, la fonction) (MK1, MK2, MK4), de manière plutôt désincarnée, ou à celle, plus globale et incarnée, d'un individu (MK3). Le soin peut également être décrit comme une relation (MK5, MK6). Ensuite, ce même soin peut poursuivre différents objectifs modulables en fonction de facteurs divers, comme le patient ou la pathologie (chronique, aigu). Le soin peut avoir notamment un objectif de rétablissement, en tentant de retrouver un état antérieur à celui de la maladie (MK1) : soigner est donc guérir. Cette acception dominante du soin, de la santé comme norme sociale, est néanmoins de plus en plus remise en cause (9,38). Le soin peut également avoir pour objectif l'apport d'un soulagement, d'un confort ou d'un bien-être (MK2, MK4) sans forcément prétendre guérir la personne, relevant ainsi plus du « prendre soin de ». Cette dernière attitude relève du « care », concept traduit imparfaitement en français par « soin-sollicitude » (39,40). Cette éthique du care est notamment construite autour de la vulnérabilité, c'est-à-dire des fragilités humaines liées à diverses causes (vitales, sociales, environnementales), et auxquelles nous sommes toutes et tous soumis. Ce modèle repose donc sur la relation qui s'institue entre un être humain dans le besoin, ici le patient, et un autre être humain, ici le MK, capable d'y répondre en étant tout d'abord dans une disposition à « se soucier de » avant de prendre en charge et de prendre soin (41).

Point important, la crise sanitaire a eu des effets sur les prises en charge kinésithérapiques. Elle est notamment à l'origine, d'après les MK, de l'accentuation de la prise en charge des facteurs psychologiques (MK1, MK6), voire d'un renforcement des liens dans la relation de soin (MK5). Ces modifications dans le soin peuvent être mises en lien avec l'instauration de mesures sanitaires (confinement, couvre-feu, fermeture de certains lieux publics) qui ont entraîné une perturbation, voire une disparition, des micro-relations. Or, ces dernières constituent un tissu social invisible mais indispensable, construites autour de « ressources sûres » (discussion autour de la météo avec un voisin, conversation avec le caissier ou la caissière au supermarché), et permettant la création de liens faibles entre individus (42). Cette absence de micro-relations liée à la mise en place des mesures sanitaires est, selon nous, un facteur à l'origine du renforcement du lien entre thérapeute et patient.

4.1.2. Une composante humaine et relationnelle forte

Les différents entretiens ont permis de confirmer la première hypothèse selon laquelle, du fait de ses spécificités, la profession de MK possède une composante humaine et relationnelle forte. Nous développerons trois de ces spécificités, à savoir le temps, l'investissement du patient et le rapport au corps.

D'une part, parmi les spécificités de la profession de MK, la durée et la fréquence des soins, assez importantes en kinésithérapie comparativement à d'autres professions de santé, et mises en évidence par les MK interrogés, permet d'établir une relation patient-thérapeute forte. Avant de discuter des conséquences de cette spécificité sur la relation de soin, il nous semble important de souligner qu'elle est tout d'abord à mettre en étroite relation avec la nature même de la rééducation. En effet, les résultats ne sont parfois pas observables immédiatement par les patients, à la différence, par exemple, du nettoyage d'une plaie par l'infirmier(e), à l'issue de laquelle le patient est capable de faire la différence entre l'état de son corps avant le soin et celui après le soin. Cette difficulté, parfois rencontrée dans l'observation des résultats, est notamment liée à la part d'auto-rééducation nécessaire en kinésithérapie pour certaines pathologies. Par exemple, dans le cas de la rééducation à la marche chez la personne âgée ou encore de la lombalgie non-spécifique, le patient doit poursuivre la rééducation en dehors des séances, à travers, entre autres, des exercices donnés par son thérapeute. La prise en charge rééducative s'inscrit donc dans une véritable continuité puisqu'elle se partage souvent entre le cabinet, lors des séances avec le MK, et en dehors,

par le patient lui-même. Ensuite, concernant les effets du temps sur la relation de soin, Schultz and al. Montrent qu'une continuité des soins permet de créer, chez le thérapeute, un sentiment de « connexion » avec le patient, pouvant ainsi expliquer la proximité évoquée par les MK avec leurs patients. Cette proximité peut cependant avoir quelques effets négatifs que le MK doit considérer, comme une perte d'objectivité de sa part ou des demandes excessives de la part du patient. Enfin, cette continuité dans les soins permet également de renforcer la confiance que les patients ont en leur thérapeute, les disposant ainsi à exposer des informations personnelles pouvant aider à poser un diagnostic, justifiant ainsi l'évocation du rôle de confident par les MK. Cette confiance possède néanmoins un double effet, puisque s'il est vrai qu'elle a pour conséquence de renforcer l'adhésion du patient, elle peut aussi le rendre dépendant du thérapeute, ce qui est par exemple le cas lorsque celui-ci recherche son aval avant de s'engager dans un traitement prescrit par un autre thérapeute (43).

D'autre part, l'investissement du patient, nécessaire en rééducation est souvent obtenu par l'intermédiaire du dialogue, ce qui participe également à la construction d'une relation forte entre le MK et son patient. En effet, comme l'ont souligné les MK, il est nécessaire d'expliquer au patient sa part de responsabilité dans le traitement (auto-rééducation, exercices, conseils d'hygiène de vie, ergonomie) afin d'obtenir des résultats durables. Dans cette logique explicative et pédagogique, l'alliance thérapeutique peut être un moyen proposé afin de majorer l'investissement du patient puisque cette démarche collaborative augmente la motivation de celui-ci, en le rendant co-décideur du plan de traitement. Parmi les facteurs influençant positivement l'alliance thérapeutique, nous retrouvons la confiance, le développement par le thérapeute d'un plan de traitement individualisé, ainsi que la présence de compétences relationnelles, notamment de communication (44–46). De plus, le dialogue permet d'individualiser le soin (MK3), et peut même être thérapeutique (MK3, MK4, MK5) : « *la parole est aussi soin* » (38). Selon certains auteurs, augmenter la part de communication dans le soin permet même au patient de gagner en confiance, en contrôle et aussi de diminuer la douleur (47). Cependant, des barrières se présentent parfois, comme celle de la langue, venant impacter directement la qualité et la délivrance des soins. En effet, des difficultés de compréhensions peuvent amener le thérapeute à poser un mauvais diagnostic ou à penser que le patient lui cache des informations, tandis qu'elles peuvent amener le patient à mal interpréter la posologie ou à avoir des difficultés dans l'organisation des rendez-vous. De ce fait, la barrière de la langue contribue à réduire à la fois la satisfaction du thérapeute mais aussi celle du patient. Afin d'améliorer cette satisfaction, la possibilité de recourir aux services

d'un interprète ou d'utiliser des applications telles que MediBabble ou GoogleTranslate a fait ses preuves en offrant plus d'opportunités pour améliorer la délivrance des soins et la sécurité du patient (48).

Nous retrouvons également dans le rapport au corps la nécessité d'établir un lien relationnel fort entre le MK et son patient. En effet, le rapport au corps est complexe, modulé par les différents âges et expériences de la vie. A titre d'exemple, il arrive que certains patients éprouvent des difficultés dans l'acte de se déshabiller (MK4, MK5, MK6). Cette difficulté est d'autant plus présente que la vision actuelle dominante du corps semble privilégier la performance et le paraître dans une vision « *publicitaire* » du corps, d'où la confusion possible pour certains patients « *entre la nudité du corps et l'aspect médical* » (MK3) (49). En effet, la nudité est majoritairement cantonnée au cercle intime de la personne et, en conséquence, le MK doit créer un climat relationnel fort et propice à la confiance (12).

Enfin, il est toutefois important de noter que, dans sa relation au patient, le MK doit garder à l'esprit les règles du code de déontologie, notamment celle figurant à l'article R. 4321-96, concernant la non-immixtion dans les affaires de familles. En effet, il est apparu à plusieurs reprises au cours des entretiens que le MK pouvait avoir un rôle de confident (MK3, MK4, MK5), ce que confirme également le commentaire associé à cet article retrouvé sur le site de l'Ordre des MK. A ce titre, et au vu de la force de la relation qui peut exister entre le MK et son patient, il est donc important pour le professionnel « *de ne pas aller au-delà des limites de son rôle* » (50,51).

4.1.3. Un rapport au corps modifié par la société : rôle du MK

Il est intéressant de noter que certains MK posent l'influence sociétale comme critère important dans le rapport au corps. Le rapport au corps peut être défini comme « *la relation* » que tout un chacun « *entretient avec son propre corps [...] en tant qu'expérience à la fois individuelle, sociale et culturelle* » (12). Ce fait est important à souligner car cela signifie que, dans leur approche thérapeutique du corps, les MK peuvent être confrontés à des obstacles sur lesquels ils n'ont pas ou peu de possibilités d'agir et qui influencent malgré tout leur prise en charge. Mais en quoi la société peut-elle avoir une influence ?

Le concept d'*habitus*, développé par Bourdieu peut nous en donner une explication. Celui-ci explique que « *le corps est le lieu d'inscription des institutions, des normes, des*

valeurs sociales et culturelles ». Or, les sociétés occidentales sont des cultures du « *non-toucher* » dans lesquelles celui-ci est une « *activité sensorielle parmi d'autres* » (12). De plus, nous traversons une « *crise de la subjectivité* », dans laquelle plusieurs pressions (économique, numérique, technologique) tentent d'objectiver le corps alors même que celui-ci est un témoin qui parle, atteste et est « *la forme de la présence* » (49,52). Enfin, il apparaît que les sociétés renforcent l'insensibilité aux autres en posant « *des distances entre les sujets* », faisant ainsi de l'indifférence « *une norme du comportement social non interrogée* » (41). Tout cela peut expliquer pourquoi certains patients « *ne sentent pas leur corps* », « *ne connaissent pas leur corps* » ou sont « *prisonniers de leur corps* » (MK3, MK6).

Au vu de ces observations, il semble que le MK ait un rôle à jouer dans la « *prise de conscience du corps* » (MK3), dans la connexion (ou reconnexion) des patients à leur subjectivité ainsi qu'à leur corps, afin de leur permettre de « *le sentir plus [...] l'apprécier* » (MK6). En effet, les connaissances anatomiques, physiologiques et pathologiques du corps et l'expérience acquise avec la pratique permettent au MK d'être un expert du corps humain. Ainsi, les patients vont se référer au MK pour toutes les questions liées au corps.

4.1.4. Emotions dans le soin

Nous avons posé l'hypothèse que les émotions étaient inhérentes à toute relation de soin. Cette hypothèse a été confirmée par certains MK (MK3, MK2, MK5, MK6). Cependant, nous observons, d'après les résultats, qu'il est plus facile pour les MK de parler des émotions des patients que des leurs. En effet, certains MK (MK1, MK2, MK5) ont éprouvé des difficultés à nous parler de leurs émotions, tout en affirmant leur importance dans la relation de soin. Cette mise à distance de leurs propres émotions peut être liée à différents facteurs. Il peut s'agir par exemple d'une difficulté à les mettre en mot, d'une mauvaise interprétation de la question posée ou d'une influence de certains facteurs intrinsèques, non pris en compte dans ce travail, comme l'éducation reçue par le MK, sa place dans la fratrie ou ses expériences de vie.

D'autre part, la plupart des émotions citées appartenaient à un registre considéré comme plutôt négatif (tristesse, frustration, colère). Nous posons une première hypothèse selon laquelle la prédominance de ces émotions dans le discours des MK est en partie liée à une faible acceptation de celles-ci. La colère, par exemple, est une émotion à laquelle nous

tourne souvent le dos, qui est qualifiée d'aveuglante et est accusée de maux divers (53). Ainsi, l'aspect controversé de ce type d'émotion et les présupposés qui les entourent peuvent faire d'elles des émotions plus remarquables lorsqu'elles se manifestent. Nous posons une deuxième hypothèse selon laquelle soigner peut parfois avoir un coût pour le soignant, qui est souvent confronté à la souffrance d'autrui, se traduisant par la survenue de ce type d'émotions (54).

Enfin, la plupart des MK s'accordent pour dire que les émotions sont complémentaires à une démarche basée sur l'EBP (MK1, MK2, MK3, MK5, MK6). Ces émotions pourraient ainsi être un outil dans le soin, à condition d'être utilisées judicieusement. C'est pourquoi il a été proposé de s'exercer à faire la différence entre les émotions qui nous appartiennent et celles qui ne nous appartiennent pas (MK6), ou encore de les considérer à travers la construction d'une distance de professionnalité (MK4, MK6).

4.1.5. Distance de professionnalité

Le concept de distance de professionnalité, comme celui de réflexivité ont soulevé plusieurs difficultés. En effet, la méconnaissance des concepts (MK1, MK2, MK3, MK6) ainsi que la persistance de certaines incompréhensions après en avoir fourni la définition, ont quelques fois abouti à l'omission de certaines questions ou à des discours confus, donc difficilement interprétables. A titre d'exemple, la distance entre le soi professionnel et le soi personnel a parfois été assimilée à une distance entre le MK et le patient (MK3, MK5). Cette confusion peut être le produit de deux choses. D'une part, le concept a pu être mal ou pas suffisamment bien expliqué. D'autre part, un amalgame a pu être fait avec le concept de bonne distance (MK1, MK5). Il est intéressant de faire le lien avec la faible présence de l'enseignement des humanités au cours de la formation initiale, relatée par les MK (MK2, MK3, MK4, MK5, MK6) car elle pourrait être un facteur limitant de ce travail qui aborde des notions théoriques complexes. Malgré tout, nous devons noter que, parmi les MK interrogés et « diplômés en France, tous sont issus de l'ancienne réforme des études de kinésithérapie, qui consacrait un quota d'heures plus faible à l'enseignement en sciences humaines et sociales.

Pour autant, certains MK (MK5, MK6) ont remis en cause la place de cet enseignement, argumentant que seules la personnalité du thérapeute et l'expérience acquise avec le temps importaient au niveau relationnel avec le patient. L'expérience, argument utilisé par certains

thérapeutes pour justifier le caractère presque inné des compétences humaines dans la relation de soin est également soulignée par Kerr and al. Or, il a été montré que l'expérience seule constituait un entraînement insuffisant dans ce domaine et ne pourrait même servir qu'à renforcer des habitudes établies par le thérapeute. C'est également ce que soutient S. Kurtz - créatrice du « Calgary-Cambridge Guide », guide référence en termes de compétences communicationnelles dans le soin - lorsqu'elle affirme que les compétences en termes de communication ne relèvent pas uniquement d'un trait de personnalité, et que l'expérience seule peut être un mauvais maître. Ainsi, même si des compétences humaines et relationnelles existent chez tous les professionnels de santé, celles-ci peuvent être approfondies grâce notamment à un apprentissage et un entraînement (46,55,56).

Malgré ces éléments qu'il nous faut considérer, certains aspects de la distance de professionnalité ont été mis en évidence. Tout d'abord, la distance de professionnalité a été envisagée par deux MK (MK4, MK6) comme étant un concept que le MK peut utiliser et s'approprier dans la relation de soin. Ensuite, dans sa mise en place, la recherche d'un équilibre entre soi professionnel et soi personnel est le plus souvent envisagé (MK1, MK2, MK6), même si, du fait des spécificités de la profession et notamment du temps passé avec le patient, le MK aurait plutôt tendance à laisser place au soi personnel (MK2, MK3). De plus, comme nous l'avons observé, cette distance de professionnalité est influencée par différents facteurs comme le patient, la pathologie, le moment de la pathologie (MK1, MK3, MK4). En cela, le MK doit être doué d'une adaptabilité permanente dans ses prises en charge, et prêter une attention d'autant plus importante à la mise en place d'une distance de professionnalité que le suivi du patient se fait sur le long cours.

4.2. Intérêts et limites des résultats

Ce travail a permis d'éclairer un versant de la kinésithérapie qui reste encore relativement peu étudié mais qui n'est pas de moindre importance. Pour les thérapeutes désireux de « se découvrir » dans leur pratique et d'explorer leur subjectivité dans le soin, ce travail leur permettra de se poser quelques questions fondamentales : quelle est ma vision du soin ? Qu'est-ce qui caractérise ma profession ? Quelle place est donnée à mes émotions ?

Ce travail met également à la disposition des thérapeutes un concept, à savoir la distance de professionnalité, leur permettant de les guider dans le soin, sans nier ou omettre

leurs singularités. Les résultats de ce travail étant le fruit d'un premier travail de recherche, il convient néanmoins de les considérer comme un point de départ et non pas comme une finalité. Le manque d'habitude dans la réalisation des entretiens et le relatif faible nombre de professionnels interrogés sont des limites à ce travail. En ce qui concerne la recherche, cette étude pourra servir de base de travail à tout chercheur désireux d'approfondir le thème de la relation de soin en kinésithérapie.

4.3. Critiques du dispositif de recherche

4.3.1. Biais

Tout d'abord, une attention doit être portée à la manière dont a été conduit l'entretien. Nous avons pu, dans la formulation de nos questions ou nos relances, influencer le répondant dans ses réponses. Cependant, la richesse de la démarche qualitative se trouve également dans la singularité du chercheur, de ses motivations à traiter le sujet et il semble donc impossible mais également incohérent de ne pas laisser place à cette singularité. L'annexe VI présente à ce titre un écrit à la première personne des motivations que nous avons eu à traiter ce sujet.

Ensuite, une attention particulière doit être portée au fait de « raconter » l'histoire des données, et non pas de les arranger afin de supporter nos hypothèses de travail (34). En effet, le codage et la catégorisation dépendent de la subjectivité du chercheur mais aussi de ses orientations théoriques de départ (33,34). Le codage des entretiens par d'autres enquêteurs aurait permis de limiter ce biais en assurant une fiabilité « inter-codeur ». Quant à une fiabilité « intra-codeur », celle-ci aurait pu être davantage assurée par l'intermédiaire de deux moyens. Le premier consiste en une réévaluation des conclusions émergentes avec les participants. Le deuxième consiste à coder un même entretien deux fois, à quelques jours d'intervalle, l'objectif étant de retrouver une cohérence et une homogénéité entre les deux codages (34).

4.3.2. Une posture paradoxale

L'analyse qualitative est marquée par un travail de retournement cognitif pour le chercheur. En effet, le point de départ de la recherche consiste en l'établissement d'un cadre théorique et d'hypothèses. Ce socle est ensuite bousculé par la démarche inductive que se doit d'adopter le chercheur pour analyser les résultats. Nous avons été témoin de cette nécessité dans notre

travail, puisqu'une première analyse des résultats avait été réalisée en se basant sur le guide d'entretien, mais n'avait pas permis de faire émerger des éléments nouveaux. En effet, cela avait pour effet d'analyser les résultats en adoptant le regard du chercheur et non de la personne interrogée. Le chercheur doit donc se détacher, pendant un moment, de sa vision et de ses hypothèses afin de faire émerger des idées nouvelles. Toute la difficulté et le paradoxe d'une démarche inductive sont ici questionnés : comment se détacher de ses hypothèses pour se laisser atteindre par les propos de l'autre, tout en les gardant à l'esprit pour avoir un cap ?

4.4. Perspectives d'approfondissements

Ce travail pourrait être étendu à une population différente de celle des MK libéraux, comme celle des MK salariés en centre de rééducation ou à l'hôpital afin d'obtenir des résultats tenant compte de l'ensemble de la profession. Il pourrait également cibler les MK libéraux issus de la nouvelle réforme des études de kinésithérapie afin d'observer les effets de l'augmentation du nombre d'heures d'enseignement en sciences humaines et sociales sur des questions nécessitant des connaissances théoriques dans ce domaine.

Une approche autrement enrichissante consisterait à interroger, non pas les MK, mais les patients sur des questionnements similaires à ceux que nous avons abordés. Comment envisagent-ils le soin ? Sont-ils également d'avis que le MK est un professionnel de santé qui leur consacre plus de temps ? Comment appréhendent-ils leur corps et le fait d'être touché par un MK ? La recherche d'une concordance ou d'une discordance, ou de toute autre nuance, entre les propos des MK et ceux des patients pourraient constituer une nouvelle base de travail.

Enfin, concernant les émotions, il serait intéressant de questionner leur place dans certaines pathologies pouvant en perturber le fonctionnement. A titre d'exemple, nous retrouvons chez certains patients atteint de la maladie de Parkinson une altération du processus de traitement des émotions, entraînant des difficultés à exprimer leurs propres émotions ou à reconnaître celles des autres à partir d'expressions faciales (57–59). L'amimie, symptôme non-moteur que nous retrouvons également chez ces patients, participe aussi à ces difficultés (58). Dans un souci d'amélioration de la qualité de vie chez ces patients il serait donc pertinent de les questionner à ce sujet en interrogeant leur subjectivité, comme nous avons pu le faire dans notre travail avec les MK.

5.CONCLUSION

Tout d'abord, au vu de l'ensemble de notre travail, il semble que la distance de professionnalité est un concept utilisable par les MK, permettant de les accompagner dans leurs prises en charge. Ce concept permettrait par exemple au MK d'adopter une posture réflexive sur la place de ses émotions dans le soin aboutissant certainement à une facilitation de leur mise en mots. Cependant, cette utilisation se voit limitée par certains facteurs, notamment le manque de connaissances théoriques, aboutissant à des confusions ou des incompréhensions. Or, cet outil ne peut être bien utilisé que s'il est bien compris.

De plus, nos hypothèses ont été confirmées, tout en étant nuancées ou complétées par les MK. Ainsi, l'investissement du patient favorisé par le dialogue, et le temps pris par le MK sont deux autres spécificités de la profession qui ont été mises en avant, se rajoutant à celles que nous avons posées, à savoir le rapport au corps et le toucher. Il apparaît ainsi, à la lumière de l'ensemble des spécificités évoquées, qu'une attitude de « care », c'est-à-dire une disposition morale à « se soucier de » en plus du prendre soin, est essentielle au cours des prises en charge masso-kinésithérapiques.

Enfin, le MK est un des professionnels de santé les plus justement placées pour guider les patients dans la réappropriation et la connaissance de leur corps, pouvant parfois être entravées par certains facteurs comme l'influence sociétale, l'existence de complexes, la douleur ou encore la chronicité. Ceci se justifie, d'une part, grâce à ses connaissances scientifiques, et, d'autre part, par la possibilité qu'à le MK de rendre le patient autonome lors de la prise en charge, rappelant ainsi la notion d'alliance thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Paragot J-M. Parcours d'un responsable de formation : Du métier vers la profession. L'Hartmann. Paris ; 2014. 312 p.
2. Cifali M. Altérité Dictionnaire des concepts de la professionnalisation. De Boeck Supérieur ; 2013. p. 25-8.
3. Molinier P. Le travail du « care ». La Dispute. 2020. 237 p. (Le genre du monde).
4. Cifali M. Préserver un lien : Ethique des métiers de la relation. PUF. 2019. 340 p.
5. Christaki A. Trois métiers impossibles, trois métiers de résistance. *Insistance*. 5 sept 2016; n° 11(1):227-30.
6. Paul R. Soi-même comme un autre. Paris : Éditions du Seuil; (L'ordre philosophique).
7. Colcanap B. Corps et intimité dans la relation de soin, point de vue d'un masseur-kinésithérapeute. *Kinésithérapie Rev*. 2007 ;7(66):21-3.
8. Vannotti M. L 'empathie dans la relation médecin – patient. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux*. 2002 ; no 29(2):213-37.
9. Marin C. L'homme sans fièvre. Armand Colin. Paris ; 2013. 224 p. (Le temps des idées).
10. Mauduit L, Ferring V. La confiance dans la relation patient–thérapeute. *Kinésithérapie Rev*. 2016 ;16(180):60-4.
11. Geri T, Viceconti A, Minacci M, Testa M, Rossetini G. Manual therapy : Exploiting the role of human touch. *Musculoskelet Sci Pract*. 2019 ;44:102044.
12. Pépin M. Le rituel thérapeutique dans le contexte de la massothérapie. *Int Rev Community Dev*. 10 nov 2015;(24) :73-80.
13. Apter G, Mellier D, Saint-Cast A. Introduction. L'émotion, un mouvement vers l'autre ? *Enfances Psy*. 2010 ; n° 49(4):9-13.
14. Kotsou I. Intelligence émotionnelle et management : Comprendre et utiliser la force des émotions. De Boeck Supérieur ; 2019. 212 p.
15. Lotstra F. Le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux*. 2002 ; no 29(2) :73-86.
16. Dortier J-F. Les émotions en question. Vol. 2e éd., Le cerveau et la pensée. Éditions Sciences Humaines ; 2014.
17. Damasio A. L'erreur de Descartes : la raison des émotions. Poches Odile Jacob. Paris ; 2010. 396 p. (Bibliothèque).

18. Tcherkassof A, Frijda NH. Les émotions : une conception relationnelle. *Annee Psychol.* 2014 ; Vol. 114(3):501-35.
19. Fortino S, Jeantet A, Tcholakova A. Émotions au travail, travail des émotions. Présentation du Corpus. *Nouv Rev Trav.* 29 avr 2015;(6).
20. Kaufmann L. Ces émotions auxquelles nous sommes attachés. 2020. p. 207-50.
21. Cousin O, Landour J, Delage P, Fortino S, Paoletti M. #MeToo, #Travail ? *Nouv Rev Trav.* 2019;(15).
22. Soares A. Les émotions dans le travail. *Travailler.* 2003; n° 9(1):9-18.
23. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeutes. *JORF*, 0204 sept 4, 2015.
24. Platon. Apologie de Socrate/Criton/Phédon. Le Livre de Poche. Paris ; 2018. 350 p. (Classique de la Philosophie).
25. Wittorski R. La professionnalisation. *Savoirs.* 2008 ; n° 17(2):9-36.
26. Article R1121-1. Modifié par Décret n°2017-884 du 9 mai 2017 - art.2. Code de la santé publique. Sect. Section 1 : Définitions.
27. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers.* 2010;(102) :13.
28. Vilatte J-C. L'entretien comme outil d'évaluation. 2007;65.
29. Borges Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie.* juin 2001;32(2):117-21.
30. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev.* 2015 ;15(157):50-4.
31. Kivits J, Houbre B. Investigation en santé publique : méthodes qualitatives - Principes et outils - Chapitre 4 - Méthodes de recueil de données qualitatives. 2010.
32. Decroly J-M. Introduction à l'entretien semi-directif. Université Libre de Bruxelles
33. Ayache M, Dumez H. Réflexions en forme de réponses : à propos du codage dans la recherche qualitative. *Libellio AEGIS.* 2011 ;7(3-Automne) :29-34.
34. Castleberry A, Nolen A. Thematic analysis of qualitative research data : Is it as easy as it sounds? *Curr Pharm Teach Learn.* 1 juin 2018 ;10(6):807-15.
35. Intissar S, Rabeb C. Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : la théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse

qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. 2015.

36. Krief N, Zardet V. Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Rech En Sci Gest.* 12 nov 2013; N° 95(2):211-37.
37. Maguire M, Delahunt B. Doing a thematic analysis : A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *Irel J High Educ.* 31 oct 2017 ;9(3).
38. Garric N, Herbland A. Présentation : Nouveaux discours de la santé et soin relationnel. *Lang Soc.* 27 janv 2020; N° 169(1):15-30.
39. Lalau J-D. Le cure et le care. *Médecine Mal Métaboliques.* 1 févr 2021 ;15(1):99-103.
40. Saintôt B. Éthique et politique du soin : quel tournant à l'occasion de la pandémie ? *Laennec.* 15 sept 2020; Tome 68(3):6-14.
41. Brugère F. L'éthique du care. PUF. 2011. 126 p. (Que sais-je ?).
42. Pudlowski C. Comment le confinement transforme nos conversations - avec François De Singly. (Fracas 2021).
43. Schultz K, Delva D, Kerr J. Emotional effects of continuity of care on family physicians and the therapeutic relationship. *Can Fam Physician.* févr 2012;58(2):178-85.
44. Kinney M, Seider J, Beaty AF, Coughlin K, Dyal M, Clewley D. The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain : A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract.* Août 2020 ;36(8):886-98.
45. O'Keeffe M, Cullinane P, Hurley J, Leahy I, Bunzli S, O'Sullivan PB, et al. What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy ? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther.* Mai 2016 ;96(5) :609-22.
46. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for Communicating with Patients.* CRC Press ; 2016. 328 p.
47. Lin I, Wiles L, Waller R, Caneiro JP, Nagree Y, Straker L, et al. Patient-centred care : the cornerstone for high-value musculoskeletal pain management. *Br J Sports Med.* 25 juin 2020 ;
48. Al Shamsi H, Almutairi AG, Al Mashrafi S, Al Kalbani T. Implications of Language Barriers for Healthcare : A Systematic Review. *Oman Med J.* 30 avr 2020 ;35(2) : e122.
49. Barrier P. Le corps malade, le corps témoin. *Cah Cent Georges Canguilhem.* 2007; N° 1(1):79-100.
50. Article R4321-96 relatif à la non-immixtion dans les affaires de famille. Code de la Santé Publique. Sect. Déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes 2008.

51. R. 4321-96 Non-immixtion dans les affaires de famille (article commenté) > Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes [Internet]. [Cité 28 avr 2021]. Disponible sur : <https://deontologie.ordremk.fr/devoirs-envers-les-patients/r-4321-96-non-immixtion-dans-les-affaires-de-famille/>
52. Fleury C. Le soin est un humanisme. Gallimard. 2019. 43 p. (Tracts/Gallimard).
53. Nasielski S. Le bon usage de la colère. Actual En Anal Trans. 2009 ; N° 132(4) :1-14
54. Costa DK, Moss M. The Cost of Caring : Emotion, Burnout, and Psychological Distress in Critical Care Clinicians. Ann Am Thorac Soc. 4 mai 2018 ;15(7) :787-90.
55. Kerr D, Ostaszkiwicz J, Dunning T, Martin P. The effectiveness of training interventions on nurses' communication skills : A systematic review. Nurse Educ Today. Juin 2020 ;89 :104405.
56. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides : an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. Med Educ. Mars 1996 ;30(2) :83-9.
57. Argaud S, Vérin M, Sauleau P, Grandjean D. Facial emotion recognition in Parkinson's disease : A review and new hypotheses. Mov Disord. 2018 ;33(4) :554-67.
58. Argaud S, Delplanque S, Houvenaghel J-F, Auffret M, Duprez J, Vérin M, et al. Does Facial Amimia Impact the Recognition of Facial Emotions ? An EMG Study in Parkinson's Disease. PLOS ONE. 28 juill 2016 ;11(7): e0160329.
59. Péron J, Dondaine T, Jeune FL, Grandjean D, Vérin M. Emotional processing in Parkinson's disease : A systematic review. Mov Disord. 2012 ;27(2) :186-99.

ANNEXES

ANNEXE I : Lettre de présentation de l'étude

ANNEXE II : Guide d'entretien semi-directif

ANNEXE III : Exemple de la retranscription de l'entretien n°1

ANNEXE IV : Codage de l'entretien n°1

ANNEXE V : Carte thématique

ANNEXE VI : Ecrit à la première personne

ANNEXE I : Lettre de présentation de l'étude

Actuellement étudiante en 4^{ème} année à l'ILFMK de Nancy, je réalise ce travail dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en vue de l'obtention de mon diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute. Ce travail s'inscrit dans le cadre d'une recherche qualitative en sciences humaines et traite de la relation de soin en kinésithérapie.

La méthodologie choisie, celle de l'entretien semi-directif, permet de donner de l'épaisseur aux réponses et d'établir un contact direct avec le répondant. Elle favorise ainsi l'accès à la singularité de chacun, son expérience, son vécu.

L'interview sera structurée autour de thèmes et non autour de questions précises et identiques à chacun des masseur-kinésithérapeutes interviewés. Voici quelques exemples de thèmes : le rapport au soin, les métiers de l'humain, les émotions, la formation.

L'objectif principal de l'étude est de questionner et d'explicitier certains impensés professionnels.

Quelques points importants

- L'ensemble des données récoltées (audio et/ou vidéo) est anonyme
- Etant donné le contexte sanitaire actuel, l'interview se déroulera grâce à l'application **Zoom**. Pour cela, il est nécessaire de télécharger l'application « Start Zoom » sur votre ordinateur (compatible Windows, Apple) ou votre téléphone via le PlayStore ou l'Appstore. Un lien vous sera envoyé avant l'interview vous permettant d'accéder à la salle de réunion virtuelle.
 - Une fiche d'identité sera demandée en début d'interview (âge, date d'obtention de DE, institut de formation, parcours post-DE et formations).

ANNEXE II : Guide d'entretien semi directif

THEMATIQUES :

LA RELATION DE SOIN EN KINESITHERAPIE

Sous-thème	Questions
Rapport au soin	« Pour vous, que signifie « soigner » ? « Le rapport à l'autre a-t-il été modifié à la suite de la Covid-19 ? »
Rapport à l'autre	« Quel est votre rapport au patient dans la relation de soin ? Dans quel type de relation vous situez-vous avec lui ? » « Quels sont les effets du numérique dans la relation à l'autre ? »
Particularités	« Quelle(s) sont/est les/la particularité(s) de la relation de soin en kinésithérapie par rapport à d'autres professions paramédicales (orthophoniste, infirmière ...) ? »
Corps et « toucher » en kinésithérapie	« Quelle est la place du corps dans cette relation de soin ? » « Le rapport au corps est-il considéré de la même manière dans les autres professions de soins ? » « Selon vous, quelle influence peut avoir l'acte de « toucher » dans la relation de soin en kinésithérapie ? »
Aspect vocationnel	« Ces particularités concernant la relation de soin ont-elles motivé votre choix concernant la pratique de la profession de masseur-kinésithérapeute ? Si oui, en quoi ? Si non, quelles ont été vos motivations ? »

Appel à la subjectivité	« Pouvez-vous définir les principales qualités humaines (à avoir ou à développer) que doit développer le kinésithérapeute dans la relation de soin ? »
Difficultés rencontrées	<p>« Eprenez-vous des difficultés dans la relation de soin ? Si oui, lesquelles. »</p> <p>« Comment faites-vous lorsque le rapport au soin du patient est contradictoire au votre ? »</p> <p><u>Exemple</u> : Le patient associe (représentations) le kinésithérapeute à l'acte de masser et estime que seul le massage le soulagera (expertise du patient) de ces maux de dos mais vous n'êtes pas de cet avis (votre expertise).</p>

RAPPORT DES THERAPEUTES A LEURS EMOTIONS DANS LA RELATION DE SOIN

Sous-thème	Questions
Emotion	« Pouvez-vous donner un ou plusieurs exemple(s) d'émotion(s) que vous rencontrez fréquemment dans la relation de soin ? Essayez d'y rattacher une situation vécue de soin. ».
Emotions et prise en charge	« Selon vous, quels peuvent être les effets des émotions sur le soin ? Sur la prise de décision thérapeutique ? »
Emotions et démarche EBP	« Selon vous, les émotions sont-elles contradictoires avec une démarche thérapeutique basé sur l'« evidence-based practice » (EBP) ? Pouvez-vous justifier votre propos. »

Rapport du sujet aux émotions	<p>« Quand vous exprimez vos émotions dans la relation de soin avec le patient, vous diriez que vous êtes ... plus à l'écoute, plus exposé, plus humain ?</p> <p>« Y'a-t-il des émotions que vous évitez de montrer au patient ? Pourquoi ? »</p>
Travail avec soi et logique d'accueil des émotions	<p>« Selon vous, comment peut-on vivre avec ses émotions afin qu'elles ne soient pas inopportunes dans la relation de soin ? »</p>

LES OUTILS APPORTES PAR LES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES :
DISTANCE DE PROFESSIONNALITE

Sous-thème	Questions
Formations	<p>« Au cours de votre formation initiale, avez-vous bénéficié d'enseignements en sciences humaines et sociales ? »</p>
Distance de professionnalité	<p>La distance de professionnalité est une zone intermédiaire, un lieu d'amortissement entre les effets professionnels sur la personne et inversement.</p> <p>C'est le lieu du « pilotage de soi en relation professionnelle ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Vous étiez-vous déjà interrogé sur cette notion ? » - « Nous voyons dans cette définition qu'il y a une notion de va et vient entre le soi professionnel et le soi personnel. Selon vous que permet ce type de travail ? » - « Avez-vous observé une prédominance du soi professionnel ou du soi personnel

	<p>dans la relation de soin ? Selon vous, en quoi cela peut-il dépendre du patient (son expertise, son histoire ...) »</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Selon vous, quels peuvent être les effets de la construction et de la permanence d'une distance de professionnalité sur les émotions ressenties dans la relation de soin ?
Réflexivité	<p>« Cette notion de distance de professionnalité fait également appel à la compétence de réflexivité car elle nécessite une prise de conscience de soi en action (pensée professionnelle en action). Que pensez-vous d'une attitude réflexive pour pallier les difficultés engendrées par la relation de soin ? »</p> <p>« Comment pouvez-vous mettre en place cette réflexivité ? »</p>

ANNEXE III : Exemple de la retranscription de l'entretien n°1

Au moment de la première tentative de connexion MK1 ne m'entend pas, nous nous disons néanmoins bonjour, puis quelques minutes plus tard le problème est réglé et nous pouvons commencer.

E (enquêteur) : Non, non je vais vous expliquer ça ne prend pas beaucoup de temps.

MK1 (masseur-kinésithérapeute n°1) : D'accord.

E : Je fais des entretiens pour mon mémoire et la question concerne la relation de soin, la relation avec le patient etc. Je vais donc interviewer entre six et dix kinés et puis je retranscris les discussions qui vont ensuite être analysées. Donc voilà...

MK1 : Ok, parfait.

E : Alors juste avant de commencer j'aimerais bien faire une petite fiche d'identité. Euh alors... je vais poser quelques questions. Par rapport à votre parcours post DE, qu'est-ce que vous avez fait comme diplôme ?

MK1 : Alors, post diplôme d'état de kiné ?

E : Oui post DE, est-ce que vous avez fait des formations ?

MK1 : Oui, j'ai refait une formation en kiné du sport, ensuite en ... J'ai fait une formation LPG, une formation dry needling, euh... Il m'en manque une... (*il réfléchit*). Je l'ai plus, euh... kiné du sport, dry needling, LPG... Ah sur l'épaule, concept global de l'épaule, CGE, voilà.

E : Elle est bien cette méthode CGE ? J'en ai entendu parler !

MK1 : Ouais c'est plutôt intéressant. Franchement c'est plutôt intéressant, c'est pas mal. On l'a fait à plusieurs avec mes collègues.

E : D'accord, ok. Alors, il me faudrait la date d'obtention du diplôme.

MK1 : Alors, lesquels ? De kiné ?

E : L'obtention de votre DE, oui.

MK1 : Le DE c'était en... *(il réfléchit puis rit)* en 2012, en juillet 2012.

E : D'accord. Et vous avez été diplômé à Nancy ou dans un autre institut ?

MK1 : J'ai été diplômé à Nancy oui.

E : Ok, c'est tout bon on va pouvoir commencer. Au niveau des questions je vais aller du général au particulier, ça suit un petit peu ma problématique. Alors, par rapport à notre profession de kiné et dans la relation de soin, j'aimerais questionner deux points particuliers qui sont votre rapport au soin et puis votre rapport aussi à l'autre dans la relation de soin. Et donc si je vous demande, soigner pour vous ça signifie quoi ? Ça se rapporte à quoi ?

MK1 : Ah c'est très compliqué ça. Euh soigner, ça va fondamentalement pour moi, pour nous, c'est résoudre le problème de douleur, parce qu'essentiellement ça se résout à un problème de douleur à la base, et à un problème de fonction. Voilà, donc d'abord ça va être résoudre la douleur et la fonction. Après ça on va dire c'est très, très pointu, mais si je veux généraliser ça va être rétablir la santé générale du patient. Mais on va dire d'abord résoudre la douleur et la fonction.

E : Et est-ce que vous pensez que dans le rapport que vous avez au soin, par rapport à la situation actuelle de la Covid, est-ce que ça change quelque chose ? Et si oui, en quoi ?

MK1 : Alors ça change quelque chose pas par rapport à ce que je vous ai dit juste avant mais par rapport à la prise en charge globale du patient. C'est-à-dire que si c'est le côté purement technique, d'améliorer la fonction et puis de soulager par rapport à la pathologie, ce contexte Covid ne me pose pas de soucis. Par contre, dans l'approche globale du patient il va falloir le rassurer il va falloir... Voilà il y a plus de temps comment dire, de pédagogie et puis de psychologie que de temps technique, purement technique.

E : D'accord ça marche. Et du coup maintenant par rapport au rapport au patient vous êtes dans quel type de relation avec lui, est-ce que c'est... enfin je ne sais pas comment...

MK1 : C'est une démarche que... enfin moi que je vais qualifier de plutôt pédagogique, c'est à dire que ce que je vais faire avec le patient ou ce que je vais lui proposer comme prise en charge : je lui explique de A à Z. Les tenants, les aboutissants, ce que je vais avoir comme responsabilité et ce que lui va avoir comme responsabilité. J'essaye d'être très pédagogique là-dessus.

E : Ok d'accord. Est-ce que ça fonctionne avec tous les patients ou il y a des patients qui sont plus ou moins réceptifs à cette approche-là ?

MK1 : Il y aura des patients réfractaires euh... On va partir du principe que ceux qui viennent avec un a priori, c'est-à-dire qui veulent une technique de soin ou alors que leur médecin leur a dit il faut faire ci ou il faut faire ça, ceux-là c'est un peu plus compliqué. Après y'a ceux qui vont être un petit peu euh... comment dire... conciliants, qui vont comprendre un petit peu qu'on est plus à même certaines fois de répondre aux attentes que le médecin directement dans ses objectifs.

E : Et si on fait le comparatif maintenant avec d'autres professions paramédicales ou médicales, par exemple les orthophonistes ou les infirmiers, quels sont ou quel est la particularité du métier de kiné ou du kinésithérapeute par rapport à eux ?

MK1 : Ah bah là clairement le truc qui nous caractérise c'est le toucher donc le rapport au corps, direct. Ça je pense qu'aucune autre profession paramédicale, quelle qu'elle soit n'a ce rapport là au corps avec le patient.

E : Ok et justement par rapport à ce rapport au corps, à cette qualité du toucher qu'on a, est-ce que... quelle peut être l'influence justement de ce toucher dans notre pratique quotidienne et dans nos soins ? Qu'est-ce que ça peut apporter, qu'est-ce que ça peut générer ?

MK1 : Alors c'est justement hyper important je pense, parce que ce... comment dire cette prise de contact qui est physique euh... elle implique, à mon avis hein, elle implique une euh ... comment je peux dire ça, un échange entre le patient et le kiné en termes de confiance. En gros, le patient nous confie son corps, alors parfois plus ou moins difficilement, avec des crispations ou un relâchement, et à partir de là c'est... je pense que la relation de confiance qui est établie ou pas justement. C'est-à-dire que si le passage du toucher du kiné avec le corps du patient se fait bien je pense que la prise en charge va être d'autant plus facile après, pour toute la suite.

E : Est-ce qu'il y a des pathologies plus particulières dans lequel ce toucher, ce rapport au corps est plus important ?

MK1 : Je ne dirais pas une pathologie, je dirais plutôt un type de personnalité. Euh, comment dire, des caractéristiques plutôt de patients, voilà. Mais pathologie, non, pour moi je... y'a pas de distinguo à faire.

E : On quitte un peu le sujet du rapport au corps et du toucher, plus généralement quelles sont les qualités humaines que le kiné doit développer ou qu'il doit acquérir justement pour être... comment dire... pour être présent dans cette relation de soin...

MK1 : Plus compétent ?

E : ... et plus compétent oui.

MK1 : Oui, je pense, et je rejoins ce que je disais tout à l'heure c'est-à-dire que l'écoute et puis sa capacité à s'adapter justement. Je pense que ça dans le rapport au corps avec le patient c'est hyper important. Si je prends des exemples, y'a certains patients qui vont vite comprendre que si vous lui dites voilà « vous avez mal au dos, vous inquiétez pas je vais d'abord traiter les jambes », certains patients vont comprendre la logique et avec d'autres patients si vous leur dites je vais traiter les jambes, ils vont se sentir incompris parce que vous n'allez traiter pas directement l'endroit de la douleur, donc voilà. C'est un exemple mais le fait d'être attentif aux besoins et à l'attente du patient je pense que c'est vraiment la qualité fondamentale pour pouvoir être derrière hyper confiant l'un envers l'autre quoi.

E : « Et est-ce que tout ça, ça a participé à... enfin on va dire à l'aspect vocationnel, est-ce que ces aspects humains ont fait que vous vous soyez dirigé vers la kiné ?

MK1 : Ah pas du tout, non moi je suis... Je me suis tourné vers la kiné parce que j'ai été patient quelque temps, mais rarement, quand j'étais plus jeune et c'est une activité qui m'a toujours intéressé le rapport un peu biomécanique et puis la prise en charge, la guérison, le côté un peu, comment se prendre la tête pour récupérer, voilà.

E : Vous êtes sportif de base j'imagine...

MK1 : J'étais ouais, j'étais, il y a bien longtemps (*rire*), beaucoup moins maintenant mais ouais j'ai un vécu sportif à la base.

E : Donc là on a fait le tour de la première grande thématique. On va donc passer à la suivante. J'ai voulu creuser un aspect un peu plus particulier de la relation de soin qui est la thématique des émotions. Alors on va commencer par une question un peu générale, est-ce qu'il y a des émotions que vous ressentez souvent, qui reviennent dans la relation de soin, dans votre rapport à l'autre ?

MK1 : Alors, en tant que thérapeute moi, pfff...

E : Ou des émotions, des ressentis...

MK1 : Oui c'est compliqué là, en termes d'émotions euh... j'allais dire compassion mais non ce n'est pas de la compassion, de la compréhension oui, c'est... je suis assez empirique de base donc même en étant empirique j'arrive à comprendre le ressenti du patient, voilà. J'essaye de me mettre à sa place, ce n'est pas une vraie compassion mais c'est entre les deux on va dire, entre la compréhension et la compassion voilà.

E : Est-ce que cette thématique des émotions, est-ce que vous pensez que c'est en accord avec cette tendance qu'on a et qu'on nous enseigne à l'école avec l'EBP, tout ce qui est basé sur les preuves scientifiques, même s'il y a une prise en compte de l'expertise du clinicien, est-ce que vous pensez que c'est contradictoire avec cette approche, que c'est complémentaire ?

MK1 : Ouah c'est complètement complémentaire. Bon à l'école moi j'ai des souvenirs de ça à l'IFMK de Nancy, on nous parlait beaucoup du relationnel avec le patient, moi je pense que je fais partie des kinés qui mettent une part importante vraiment dans le côté relationnel avec le patient, aussi bien à travers la confiance qu'il donne que dans l'empathie ou la compassion ou la compréhension. Euh je pense que ça, si on n'arrive pas à avoir ça en tant que thérapeute il nous manque quasiment la moitié de notre boulot. Donc c'est clair que c'est une part super, super importante, ouais. Ça s'est sûr.

E : Vous avez parlé d'empathie, vous le définiriez comment ce terme ?

MK1 : Bah voilà c'est ce que je disais, ce n'est pas une vraie empathie, parce que euh... c'est toujours compliqué en tant que thérapeute et ce n'est pas notre rôle non plus de s'approprier la pathologie du patient donc euh c'est pour ça que je parlais plus de compréhension... l'empathie c'est comme la compassion mais y'a pas de termes qui existe de façon précise pour décrire ça je pense.

E : Oui merci. Dernière question sur cette thématique, est-ce que, que ce soit dans votre formation initiale ou après en post-DE, est-ce que vous vous êtes senti formé à cet aspect relationnel dans les prises en charge ?

MK1 : Non, non, non ça c'est je pense que... comment dire, à travers la formation ça ne s'enseigne pas je pense. Il n'y a que le... le terrain et puis y'a la personnalité du thérapeute qui va faire beaucoup. Si de base on a un thérapeute qui est très fermé, qui est un petit peu timide, réservé, des choses comme ça, je pense que c'est un petit peu compliqué dans la gestion humaine, forcément. Donc ça c'est difficile à apprendre, ça s'acquiert dans le temps. Dans les formations ça pourrait être à évoquer, ça peut être évoqué. En formation initiale à Nancy je me rappelle très bien qu'on a eu des cours justement sur la relation patient, qu'est-ce qui fallait éviter des choses comme ça, bien sûr. On va dire que les règles, les règles de la prise en charge d'un point de vue émotionnel et relationnel, oui on les a, mais pour ce qui est de la mise en application sur le terrain, c'est quand même bien différent.

E : Oui c'est clair que c'est différent d'appliquer ce que l'on apprend et de l'apprendre, ce n'est pas pareil.

MK1 : C'est ça.

E : Ça marche, bon alors du coup, dernière thématique. Dans mon mémoire je voulais développer ce qu'on appelle la distance de professionnalité. Alors du coup quand je parle de distance de professionnalité je parle d'un intervalle entre le soi professionnel c'est-à-dire ce qu'on est au travail et puis le soi personnel qui forcément nous accompagne aussi dans nos prises en charge.

MK1 : Complètement.

E : Donc c'est vraiment cet intervalle là que j'appelle distance de professionnalité. Est-ce que c'est une notion dont vous avez déjà entendu parler ?

MK1 : Je n'en ai pas entendu parler, mais je vois, enfin je pense voir ce dont vous parlez oui. Cet écart entre le ... le thérapeute, professionnel dans la prise en charge et puis effectivement le côté relationnel qui est forcément induit par la fréquence, le rapprochement, le contact dont on parlait tout à l'heure et puis la confiance réciproque du patient envers le thérapeute et puis du thérapeute envers le patient. Donc oui si c'est cet écart dont vous parlez, oui c'est bien ça.

E : Oui c'est ça, c'est ça. Est-ce qu'il y a dans la relation de soin un moment où on va dire qu'il y a une prédominance du professionnel sur le personnel ou un moment où le personnel influe plus, ou trop, ou... Comment vous gérez ces deux aspects là, professionnel, personnel ?

MK1 : Alors je pense que c'est plus facile à gérer pour le thérapeute que pour le patient. Je pense que nous on a plus facile à gérer cette distance même si de temps en temps on peut s'égarer un peu à force de côtoyer le patient, à force de le masser. C'est un peu comme le médecin de campagne qui connaît tellement bien son patient que quand il vient le voir il ne va pas vraiment l'écouter. Donc ça peut arriver, ponctuellement, je pense que ça peut arriver. Je pense que c'est plus compliqué pour le patient de gérer cette distance. Euh le fait qu'il se donne au niveau de son corps et qu'il se donne de façon fréquente et régulière je pense qu'il peut y avoir de temps en temps l'amalgame entre thérapeute et puis un copain, entre guillemets quoi.

E : Ok, je n'avais pas pensé à cette réflexion par rapport au patient, c'est super intéressant. Et est-ce que, par rapport à cette distance de professionnalité, est-ce que le fait d'en avoir conscience, d'essayer de la travailler personnellement, est-ce que vous pensez que ça peut permettre au thérapeute d'être meilleur, d'être plus compétent dans sa prise en charge ?

MK1 : Alors je dirais oui et non c'est vachement ambigu, à mon avis celui qui va mettre trop de distance, c'est-à-dire que cet écart il va être trop important, il peut du coup perdre complètement l'adhésion de son patient je pense. En fonction des personnalités je pense qu'il peut perdre complètement l'adhésion du patient. Maintenant l'inverse est vrai aussi, c'est-à-dire que si l'écart est minime et qu'il y'a plus cette distance professionnelle, du coup je pense qu'on peut perdre aussi un petit peu l'adhésion du patient, malgré tout, c'est le paradoxe. C'est que dans un sens ou dans l'autre à mon avis on peut le paumer, soit d'un côté y'aura euh... en fait on va perdre la confiance dans les deux sens je pense. D'un côté ce sera parce qu'il y a trop de rapprochement et puis oui ça reste un pote, voilà, et puis de l'autre côté en fonction des personnalités des patients c'est ouah il est vachement froid, il est distant euh voilà le patient ne va pas forcément adhérer complètement à la prise en charge.

E : Donc en quelque sorte il faudrait un petit peu... comment dire, réguler cet intervalle et essayer de trouver un équilibre ?

MK1 : Ouais et justement je pense que c'est vraiment dépendant euh ... je ne pense pas que ce soit comment dire, une recette miracle au quotidien mais je pense que c'est surtout dépendant de la personnalité du patient en face, de la pathologie, du moment de sa pathologie, en phase chronique, en phase aiguë et tout ça ce sont des paramètres qui vont être hyper importants à évaluer et à vite percevoir pour justement adapter cette distance. Après comme je disais, ponctuellement on peut faire une erreur et puis... réduire la distance par exemple mais ça perturbe souvent on s'en rend compte quand même souvent je pense.

E : Cette distance fait appel à la notion de réflexivité dans le sens où on essaye de réfléchir à ce qu'on a fait, un travail un petit peu d'introspection. Comment est-ce que vous mettez ça en place vous dans votre pratique, ce côté réflexif ?

MK1 : Alors je le mets en place mais pas du tout par rapport à la distance professionnelle, parce que je pense, mais après je peux me tromper, je pense être assez comment dire... Assez honnête envers moi-même par rapport à ma personnalité et par rapport à ma compétence professionnelle. Là où je me fais beaucoup de retour c'est sur ma prise en charge purement technique, est-ce que j'ai bien bossé, est-ce que j'ai fait n'importe quoi, est-ce que j'ai euh... qu'est-ce que ça a donné. Là j'ai un vrai retour sur moi-même très régulier. Sur le relationnel, sincèrement, non, jamais. Jamais, je ne me fais jamais de... je ne me flagelle pas (*rire*).

E : Merci c'était tout, je vous ai posé l'ensemble des questions. Ça va ? Ça s'est bien passé de votre côté ?

MK1 : Ouais pas de soucis, mais c'est une thématique hyper intéressante euh c'est... il faudra de toute façon que les... à mon avis au niveau de la formation initiale il faudra vraiment qu'il y ait une approche plus complète de ces approches-là, c'est... mais encore une fois comme je disais ça reste de la théorie et sur le terrain voilà... sur le terrain c'est plus pareil. De la même façon qu'on va apprendre qu'un supra-épineux rompu, l'abduction de l'épaule est impossible et puis on va se retrouver sur le terrain avec des patients à 80 ans qui ont plus de supra-épineux et qui font de l'abduction. Voilà c'est le grand écart entre la théorie et la pratique.

E : Ça marche. Et bah je vous remercie, c'était super et puis bonne continuation à vous, bon appétit du coup.

MK1 : Merci, bonne journée et puis plein de courage pour le mémoire.

E : Au revoir, merci.

MK1 : Au revoir.

ANNEXE IV : Codage de l'entretien n°1

Sous-thème	Extrait de l'entretien n°1	Commentaire
Le soin en kinésithérapie correspond à prendre en charge la douleur et la fonction	« Soigner, ça va fondamentalement pour moi, pour nous, c'est résoudre le problème de douleur, parce qu'essentiellement ça se résout à un problème de douleur à la base, et à un problème de fonction »	
Définition du soin	« [...] mais si je veux généraliser ça va être rétablir la santé générale du patient »	
Modification de la PEC globale du patient à cause de la Covid	« Dans l'approche globale du patient il va falloir le rassurer [...] il y a plus de temps, comment dire, de pédagogie et puis de psychologie [...] que de temps technique, purement technique »	Intégration de l'humain dans la prise en charge. Le MK a également un rôle d'éducateur, d'informateur.
Pédagogie dans la relation de soin	« C'est une démarche que je vais qualifier de plutôt pédagogique » « [...] certains patients vont vite comprendre que si vous lui dites voilà « vous avez mal au dos, vous inquiétez pas je vais d'abord traiter les jambes » [...] et avec d'autres patients si vous leur dites je vais traiter les jambes, ils vont se sentir incompris parce que vous n'allez pas traiter pas directement l'endroit de la douleur [...] »	
Investissement du patient dans sa rééducation	« [...] ce que je vais lui proposer comme prise en charge je lui explique de A à Z. Les tenants, les aboutissants, ce que je vais avoir comme responsabilité et ce que lui va avoir comme responsabilité » « Il y aura des patients réfractaires [...] et ceux qui vont être un petit peu conciliants »	Le patient a une part de responsabilité dans la PEC rééducative. Le résultat de la PEC dépend de cet investissement.
Des facteurs exogènes à l'origine du manque	« [...] ceux qui viennent avec un a priori c'est-à-dire qui veulent une technique de soin ou alors que leur médecin leur a dit il faut faire ci ou il faut faire ça, ceux-là, c'est un peu plus compliqué »	Ceci montre l'importance d'expliquer au patient ce que nous faisons et pourquoi nous le faisons.

d'investissement du patient		Rejoint le rôle d'éducateur et de pédagogie.
Caractéristique du métier de MK	« Ah bah là clairement le truc qui nous caractérise c'est le toucher donc le rapport au corps, direct »	MK1 n'émet aucun doute sur ce point, cela semble évident.
Le toucher/le corps comme moteur de la confiance dans la relation	« [...] cette prise de contact qui est physique [...] implique [...] un échange entre le patient et le kiné en termes de confiance » « Le patient il nous confie son corps [...] et à partir de là [...] je pense que la relation de confiance qui est établit ou pas justement » « Le fait qu'il se donne au niveau de son corps et qu'il se donne de façon fréquente et régulière je pense qu'il peut y avoir temps en temps l'amalgame entre thérapeute et puis un copain »	Le toucher paraît à double tranchant, s'il est bien amené et réalisé par le MK il est facilitateur de la PEC par instauration d'une confiance réciproque. A l'extrême, le fait d'avoir fréquemment une proximité avec le corps du patient peut transformer cette confiance en quelque chose de plus familier (copinage), qui potentiellement pourrait nuire au soin.
Induction du relationnel par le toucher	« [...] le côté relationnel qui est forcément induit par la fréquence, le rapprochement, le contact [...] »	Ce propos confirme l'hypothèse posée selon laquelle, du fait de ses spécificités, la profession de MK possède une composante relationnelle forte.
Difficulté du patient à confier son corps	« [...] le patient nous confie son corps, alors parfois plus ou moins difficilement avec des crispations ou un relâchement [...] »	Importance de s'adapter à la personne que nous prenons en charge. Comment vit-elle son corps et le fait que nous la touchons ?
La personnalité du patient comme critère d'importance dans le	« [...] je dirais plutôt un type de personnalité. Comment dire, des caractéristiques de patients »	

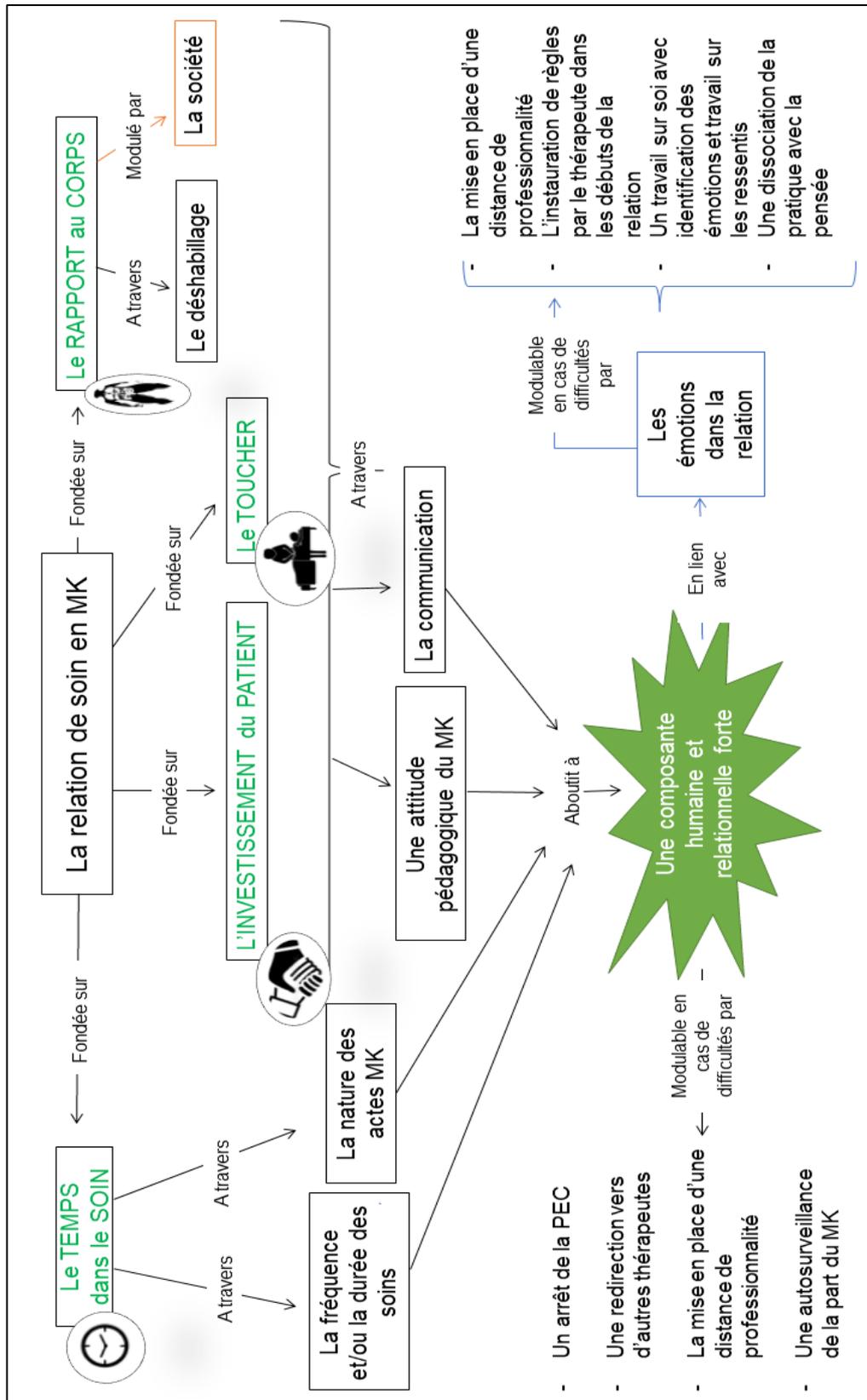
toucher et le rapport au corps		
Qualités humaines du MK	« [...] l'écoute et puis sa capacité à s'adapter [...] » « [...] le fait d'être attentif aux besoins et à l'attente du patient je pense c'est vraiment la qualité fondamentale [...] »	
L'empathie comme émotion dans la PEC	« [...] j'arrive à comprendre le ressenti du patient » « J'essaye de me mettre à sa place, c'est pas une vraie compassion mais c'est entre les deux on va dire, entre la compréhension et la compassion » « [...] je pense que je fais partie des kiné qui mettent une part importante vraiment dans le côté relationnel avec le patient, aussi bien à travers la confiance qu'il donne que dans l'empathie ou la compassion ou la compréhension » « [...] ce n'est pas un vraie empathie, parce que [...] ce n'est pas notre rôle non plus de s'approprier la pathologie du patient » « [...] l'empathie c'est comme la compassion mais y'a pas de termes qui existe de façon précise pour décrire ça »	La description de MK1 correspond à la définition de l'empathie. Il y a néanmoins une confusion dans la définition de ce terme car être empathique ce n'est pas « s'approprier la pathologie ». On observe qu'il y a une difficulté à verbaliser, à mettre des mots sur le ressenti.
La pratique EBP est complémentaire aux émotions	« C'est complètement complémentaire »	
Le relationnel comme partie intégrante de la formation initiale	« [...] à l'école moi j'ai des souvenirs de ça à l'IFMK de Nancy, on nous parlait beaucoup du relationnel avec le patient » « [...] en formation initiale à Nancy je me rappelle très bien qu'on a eu des cours justement sur la relation patient, ce qui fallait éviter des choses comme ça [...] »	
Importance du relationnel dans le métier de MK	« Je pense que ça, si on n'arrive pas à avoir ça en tant que thérapeute il nous manque quasiment la moitié de notre boulot »	Le relationnel compte pour une part importante de la profession, environ la moitié selon MK1.

<p>Le relationnel ne s'enseigne pas il s'acquière (expérience, empirisme)</p>	<p>« [...] à travers la formation ça ne s'enseigne pas je pense »</p> <p>« C'est difficile à apprendre, ça s'acquiert dans le temps »</p> <p>« [...] les règles de la prise en charge d'un point de vue émotionnel et relationnel, oui on les a, maintenant la mise en application sur le terrain, là c'est quand même bien différent »</p>	
<p>Le relationnel dépend de la personnalité du thérapeute</p>	<p>« [...] y'a la personnalité du thérapeute qui va faire beaucoup. Si de base on a un thérapeute qui est très fermé, qui est un petit peu timide, réservé des choses comme ça, je pense que c'est un petit peu compliqué dans la gestion humaine [...] »</p>	<p>MK1 donne des exemples de caractères (timide, réservé) qui, selon lui, entrave la relation. Est-ce que le fait d'être réservé ou timide entrave réellement la relation ?</p>
<p>Méconnaissance de la distance de professionnalité</p>	<p>« Je n'en ai pas entendu parler, mais je vois, enfin je pense voir ce dont vous parlez [...] »</p>	<p>Le concept est méconnu mais MK1 en saisit tout de même le sens après que la définition a été donné.</p>
<p>Influence de la durée, de la fréquence des soins et du toucher sur la relation de soin</p>	<p>« [...] de temps en temps on peut s'égarer un peu c'est-à-dire à force de côtoyer le patient, à force de le masser »</p> <p>« Je pense c'est plus compliqué pour le patient de gérer cette distance. Le fait qu'il se donne au niveau de son corps et qu'il se donne de façon fréquente et régulière je pense qu'il peut y avoir de temps en temps l'amalgame entre thérapeute et puis un copain »</p>	<p>Nous voyons également que le fait de toucher les personnes, de les masser induit une forme de proximité avec celui-ci.</p> <p>Le fait de toucher modifie donc la relation de soin, plus particulièrement il semble que selon MK1 cela puisse nous éloigner du soi professionnel.</p> <p>MK1 change de point de vue en expliquant que ce serait le patient qui aurait le plus de difficultés à moduler</p>

		« cette » distance (que nous ne pouvons pas qualifier ici de distance de professionnalité).
Trouver un équilibre entre soi personnel et professionnel pour ne pas perdre l'adhésion du patient	« [...] celui qui va mettre trop de distance, c'est-à-dire que cet écart il va être trop important, il peut du coup perdre complètement l'adhésion de son patient. [...] Maintenant l'inverse est vrai aussi c'est-à-dire que si l'écart il est minime et qu'il y'a plus cette distance professionnelle [...] je pense qu'on peut perdre aussi un petit peu l'adhésion du patient »	Nous notons une confusion avec l'utilisation du terme « distance professionnelle ». Que pouvons-nous en penser ? Le concept a-t-il été compris ? MK1 donne deux exemples extrêmes dans lesquels l'un des deux soi prédomine. Il semblerait qu'il n'ait pas compris que le fait de travailler cette distance de professionnalité pourrait permettre aux MK de ne pas tomber dans la prédominance de l'un ou l'autre.
Facteurs influençant la distance de professionnalité	« [...] c'est surtout dépendant de la personnalité du patient en face, de la pathologie, du moment de sa pathologie, en phase chronique en phase aigüe [...] »	
Réflexivité sur le côté technique mais pas sur le côté relationnel	« Là où je me fais beaucoup de retour c'est sur ma prise en charge purement technique, est-ce que j'ai bien bossé, [...] qu'est-ce que ça a donné. Là j'ai un vrai retour sur moi-même très régulier. Sur le relationnel, sincèrement, non, jamais. Jamais, je ne me fais jamais de... je me flagelle pas (<i>rire</i>) »	Il semblerait que pour MK1, être réflexif sur l'aspect relationnel est associé à un côté « prise de tête », une difficulté ajoutée qui n'a pas d'effets à part se torturer l'esprit, pourquoi ? L'absence de retour sur ce point signifie-il que MK1 pense que cela n'affecte

		pas l'issue de ses prises en charge ?
--	--	---------------------------------------

ANNEXE V : Carte thématique



ANNEXE VI : Ecrit à la première personne

Les sources de mon questionnement se trouvent dans chacun des stages que j'ai pu réaliser au cours de ma formation mais aussi en moi.

En ce qui concerne le premier aspect, chacun de mes stages m'a appris une ou plusieurs facettes de mon futur métier, que ce soit en termes de savoir-faire ou en termes de savoir-être. A l'issue de ces stages, certains questionnements se sont installés : Comment est-il possible de prodiguer un soin de qualité équivalente entre le premier patient arrivé tôt le matin et le dernier patient que l'on reçoit en fin d'après-midi, voire en début de soirée ? Comment gérer mon attention alors que le plus souvent il faut jongler avec deux patients en même temps ? Comment est-il possible de concilier vie privée et vie professionnelle à ce rythme, comment ne pas s'épuiser malgré l'amour porté à ce métier. Je me suis également questionnée sur le rôle du kinésithérapeute dans un cadre différent de celui du cabinet libéral. A l'hôpital, par exemple, j'ai souvent eu le sentiment qu'il y avait un manque de reconnaissance du travail effectué par les kinésithérapeutes, comme si notre passage était facultatif. Je percevais cette hiérarchisation des professions dans les échanges, les regards et les attitudes. J'effectuais ce que l'on m'avait enseigné, mais avec peu de reconnaissance de la part des autres corps médicaux, cela n'avait pour moi pas de sens. Les journées pouvaient me sembler plus longues qu'en cabinet libéral alors même que la charge horaire était moins conséquente. J'ai aussi eu la chance de réaliser un stage en psychiatrie. C'était mon souhait, car j'avais à cœur de découvrir ce que la kinésithérapie pouvait apporter à ces patients, fragilisés dans leur santé mentale car pour moi il existe un lien évident entre le bien-être physique et le bien-être psychique. Or, la kinésithérapie ne place-t-elle pas le corps humain au centre de sa pratique ? Il s'est avéré que ces séances ont été bénéfiques pour ces patients, ne souffrant pas des mêmes maux, mais retrouvant confiance en eux et légitimité au cours des séances collectives.

En ce qui concerne le second aspect, celui-ci s'est développé tout au long de ma vie puisqu'il s'agit de traits de caractère et de valeurs morales qui me définissent. Ces dernières ont été modelées par mes différentes expériences de vie et définissent également ma manière de prendre en charge les patients. Je suis empathique, parfois trop, ce qui me vaut d'avoir du mal à guider les patients vers l'objectif que je me suis fixé pour eux. Je peux facilement me laisser embarquer par le discours du patient et ses attentes lors de la prise en charge. Quant à ma persévérance, elle me permet de passer en revue toutes les causes que j'ai envisagées comme étant à l'origine de la pathologie afin de les traiter au mieux. Cependant, j'oublie parfois que si le patient n'est pas prêt à fournir les efforts nécessaires à l'amélioration de ses

symptômes, ce n'est pas à moi de les fournir pour lui. Voici deux points qui sont, de prime abord, utiles et bénéfiques, mais poussés à leur extrême ils peuvent m'être préjudiciable, d'où cette notion d'équilibre à trouver dans la relation de soin.