



Avertissement

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

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

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

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

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

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>

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

**Le toucher : compétence primordiale du
masseur-kinésithérapeute et rôle essentiel
dans la relation soignant-soigné.
Une revue systématique de la littérature.**

Sous la direction de Madame Mauduit Laurence

Mémoire présenté par **Maëlle PERSELLO**,
étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie,
en vue de valider l'UE28
dans le cadre de la formation initiale du
Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2016-2020.



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

Je soussigné(e), PERSELLO Maëlle

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 31/03/2020

Signature

REMERCIEMENTS

Au moment de clore ce mémoire, je tiens tout particulièrement à remercier Madame Mauduit Laurence, qui, en tant que directrice de mémoire, a su m'accompagner et me guider pour mener à bien ce projet. Je vous remercie pour le temps que vous avez accordé à la lecture et la correction de ce mémoire, mais également pour vos conseils et remarques toujours bienveillants.

Je remercie également l'ensemble des personnes qui m'auront accompagnée et soutenue durant ces quatre années d'études et qui se reconnaîtront à travers ces quelques mots, mes camarades de promotion, mes amis ainsi que ma famille.

« Apprendre à penser un toucher, c'est en fait apprendre à vivre ».

Martine Samé

Le toucher : Compétence primordiale du masseur-kinésithérapeute et rôle essentiel dans la relation soignant-soigné

INTRODUCTION | Le toucher est un sens complexe et primordial au développement physique et psychique de l'être humain. Son utilisation et sa reconnaissance évoluent grandement selon les époques, les cultures et les sociétés. Malgré ces changements constants, il reste une compétence principale de l'arsenal thérapeutique du masseur-kinésithérapeute. Notre objectif est donc de montrer en quoi le toucher, de par ses effets physiologiques et psychologiques sur le patient, est une compétence primordiale du masseur-kinésithérapeute. **MATÉRIEL ET MÉTHODE** | Notre recherche a été menée jusqu'au 31 mars 2020. Nous avons interrogé six bases de données ; Kinedoc, Réédoc, PubMed, Science Direct, ULysse et BDSP. Nous avons inclus les articles publiés après 2015, en français ou en anglais et traitant du toucher dans sa globalité lors du soin. Des critères d'évaluation et d'analyse ont été définis afin d'élaborer la réponse la plus complète possible. **RÉSULTATS** | 7 articles parmi lesquels 5 études ont pu être inclus dans notre revue. Certains articles ont mis en avant la nécessité de se pencher sur les connaissances théoriques et techniques à transmettre aux futurs professionnels de santé afin de construire leur savoir et savoir-faire. D'autres ont développé le rôle incontestable du toucher dans la relation de soin et l'importance du savoir-être du masseur-kinésithérapeute. L'importance et la place primordiale du toucher dans notre métier sont également largement ressorties, tout comme ses effets thérapeutiques. Le toucher possède un effet antalgique, permet d'améliorer la perception corporelle du patient, de réguler les émotions ou encore d'agir sur la psychologie du patient. Enfin, malgré ces effets positifs, le toucher peut également être sujet à interprétations, le rendant complexe à gérer. **DISCUSSION** | Les résultats de notre travail ont permis de mettre en avant le rôle de cette compétence du toucher dans notre métier ainsi que sa complexité. Le faible niveau de preuve des articles inclus ainsi que les biais potentiels sont à souligner pour mettre en perspective ces résultats, qui n'en restent pas moins pertinents. **CONCLUSION** | Cette étude permet d'approfondir notre pratique et notre réflexion. Elle nécessiterait maintenant d'être mise en lien avec la pratique quotidienne.

Mots-clés : compétence, relation soignant-soigné, toucher

Touch : Primordial skill of the physiotherapist and essential role in the patient-carer relationship

INTRODUCTION | Touch is a complex and primordial sense for the physical and psychic development of the human being. Its use and recognition vary from eras, cultures and societies. Despite these constant changes, it remains a main competence of the physiotherapist's therapeutic arsenal. Our objective will therefore be to show how touch, due to its physiological and psychological effects on the patient, is a physiotherapist's primary skill. **MATERIALS AND METHODS** | Our research was conducted until March 31, 2020. We queried six databases : Kinedoc, Réédoc, PubMed, Science Direct, ULysse and BDSP. We included articles published after 2015, in French or in English and dealing with touch as a whole during care. Evaluation and analysis criteria were defined to develop the most complete response possible. **RESULTS** | 7 articles, including 5 studies, were included in our review. Some articles highlighted the necessity to look at the theoretical and technical knowledge to be passed on to the future healthcare professionals, in order to build their knowledge and know-how. Others have developed the indisputable role of touch in the care relationship and the importance of the physiotherapist's social skills. The importance and primary place of touch in our profession have also been widely expressed, as are its therapeutic effects. Touch has an analgesic effect, improves the patient's body perception, regulates emotions or even acts on the patient's psychology. Finally, despite these positive effects, touch can also be subject to interpretation, making it complex to manage. **DISCUSSION** | The results of our work have allowed to highlight the role of this skill of touch in our profession as well as its complexity. The low level of evidence of the included articles as well as potential biases should be highlighted to put these results into perspective, which are nevertheless relevant. **CONCLUSION** | This study allows us to deepen our practice and our reflection. It would now need to be linked to daily practice.

Key-words : skill, patient-carer relationship, touch

SOMMAIRE

1.	INTRODUCTION	1
1.1.	Problématisation et question de recherche.....	1
1.2.	Histoire du toucher.....	1
1.3.	Le toucher en masso-kinésithérapie	2
1.3.1.	Anatomo-physiologie du toucher.....	2
1.3.2.	Naissance et développement du toucher.....	4
1.4.	La relation soignant-soigné	5
1.5.	La compétence du toucher	6
1.5.1.	Qu'est-ce qu'une compétence ?	6
1.5.2.	Une compétence complexe	6
1.5.3.	Le toucher	8
1.6.	Hypothèses de recherche.....	9
2.	MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	10
2.1.	Stratégie de recherche	10
2.2.	Méthode de recherche.....	11
3.	RÉSULTATS.....	13
3.1.	Les recherches	13
3.2.	Les études incluses	14
3.3.	Résultats de ces études	16
3.3.1.	Les connaissances théoriques et techniques nécessaires au toucher : le savoir et le savoir-faire	17
3.3.2.	Le rôle relationnel du toucher : le savoir-être.....	18
3.3.3.	L'importance du toucher en masso-kinésithérapie	20
3.3.4.	Les effets thérapeutiques du toucher	21
3.3.5.	Les interprétations possibles du toucher	22

4.	DISCUSSION.....	24
4.1.	Discussion autour de nos résultats	24
4.1.1.	Les connaissances théoriques et techniques nécessaires au toucher ..	24
4.1.2.	Le rôle relationnel du toucher	26
4.1.3.	L'importance du toucher en masso-kinésithérapie	27
4.1.4.	Les effets thérapeutiques du toucher	28
4.1.5.	Les interprétations possibles du toucher	29
4.2.	Méthodes mises en œuvre et études incluses.....	31
4.2.1.	Réflexion concernant les méthodes mises en œuvre	31
4.2.2.	Limites et biais des études incluses	32
4.3.	Limites et biais de notre étude.....	33
4.4.	Application de nos résultats dans notre pratique	34
4.5.	Axes d'amélioration et de réorientation de notre étude	35
4.6.	Retour sur nos hypothèses de recherche	36
5.	CONCLUSION.....	38

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

1. INTRODUCTION

1.1. Problématisation et question de recherche

Le toucher est un des cinq sens de l'être humain. C'est un sens primordial qui se développe de façon complexe et qui peut être influencé par de nombreux facteurs. On retrouve un lien direct entre le toucher et la psychologie.

Dans le métier de masseur-kinésithérapeute, nous sommes amenés à utiliser le toucher à de multiples reprises dans la journée et avec de multiples individus. Son utilisation est implicite dans notre métier et ne suscite pas de réflexion particulière ou de réel questionnement de la part de la plupart des masseurs-kinésithérapeutes, ou en tout cas des étudiants. En effet, pour avoir pu évoquer à plusieurs reprises notre sujet de mémoire avec d'autres élèves, beaucoup n'ont pas compris pourquoi nous nous intéressions au toucher. Cependant pour nous, c'est un des sujets primordiaux de notre métier. Savoir comment se servir du toucher dans nos soins, quels sont ses effets sur la personne touchée et la personne qui touche, quels sont ses rôles dans notre relation avec le patient, sont autant de questions directement en lien avec notre profession et notre quotidien.

Tous ces aspects nous ont donc amenés à nous poser une question plus globale : **En quoi le toucher est-il une compétence complexe essentielle au métier de masseur-kinésithérapeute ?**

1.2. Histoire du toucher

Lors de nos recherches et de nos différentes lectures, nous avons pu remarquer que, depuis de nombreux siècles, le toucher est présent dans les écrits, les recherches et les relations humaines.

Tantôt érigé comme ayant un pouvoir guérisseur, notamment au Moyen-Age, il a également été malmené, interdit, restreint et effacé des relations. Son utilisation a donc grandement évolué selon les époques. Sa place dans les relations humaines a également beaucoup varié et varie toujours selon les cultures et les pays.

Dans notre culture occidentale et Française, le toucher se fait discret dans la vie en société. Son utilisation est surtout retrouvée dans la sphère intime des relations interpersonnelles, mais peu dans la sphère et les relations publiques. Lorsque nous avons à faire avec des personnes inconnues ou du milieu professionnel, le toucher n'est que très peu utilisé, surtout pour saluer (poignées de mains, bises...). Il est ensuite exclu des échanges que les personnes peuvent avoir entre elles, au risque d'être perçu comme intrusif ou trop intime. En dehors des relations humaines, le toucher a également été mis à l'écart des relations avec notre environnement, les objets qui nous entourent, etc. Un exemple du langage courant peut en attester puisque de nos jours, nous pouvons régulièrement entendre dire qu'il vaut mieux « *toucher avec les yeux* », qu'avec les mains (1).

Le toucher est donc un sens sujet à polémiques, à diverses interprétations et utilisations. Sa reconnaissance et son usage varient constamment et sont dépendants des époques et des représentations que les personnes s'en font.

1.3. Le toucher en masso-kinésithérapie

Etant un sens à part entière, le toucher est utilisé par tous les êtres-humains, du début à la fin de la vie et est une nécessité pour le développement de ces derniers. Il fait donc naturellement partie de l'arsenal thérapeutique du masseur-kinésithérapeute.

1.3.1. Anatomo-physiologie du toucher

Le toucher s'exerce par l'intermédiaire de la peau et des récepteurs qui y sont présents.

La peau est constituée de trois couches successives, de la plus superficielle à la plus profonde : l'épiderme, le derme et l'hypoderme. Les structures nerveuses nécessaires au toucher sont de trois types différents :

- Les thermorécepteurs : ils sont sensibles aux stimulations thermiques et permettent de distinguer le chaud (corpuscules de Ruffini) du froid (corpuscules de Krause).
- Les mécanorécepteurs : ils sont sensibles aux pressions (corpuscules de Merkel), aux vibrations (corpuscules de Pacini) et au toucher (corpuscules de Meissner). Ce qui différencie le toucher de la pression est l'intensité de l'appui, qui sera léger pour que les

récepteurs au toucher soient mis en jeu et plus appuyé pour que les récepteurs à la pression soient concernés.

- Les nocicepteurs : ils sont sensibles aux stimulations douloureuses et sont de deux types : mécaniques ou polymodaux (réagissent aux stimulations thermiques, chimiques ou mécaniques).

Concernant les récepteurs au toucher, puisqu'ils sont ceux faisant l'objet de notre étude, leurs afférences se dirigent dans la colonne dorsale de la moëlle épinière après avoir fait relais dans le ganglion spinal et le neurone de premier ordre. Il y a ensuite un second relais au niveau du neurone de deuxième ordre, dans le bulbe, où aura également lieu la décussation. Un dernier relais se fait au niveau du thalamus par l'intermédiaire d'un neurone de troisième ordre. Ces afférences seront enfin traitées au niveau du cortex somesthésique primaire ou gyrus post-central. Le lien entre ces capteurs et le cerveau, et inversement, est indispensable pour que le toucher puisse nous apporter des informations. En effet, *« les sens, dont le toucher, ne perçoivent que grâce à l'intelligence »* (1). D'après Claude Bernard, *« une main habile sans la tête qui la dirige est un instrument aveugle ; la tête sans la main qui réalise reste impuissante »*. Selon les informations reçues, le cerveau les classera différemment. Il sera en effet capable d'enregistrer la différence entre un toucher bienveillant et un toucher agressif. Ce sont deux parties distinctes du cerveau qui seront activées selon la provenance et les conséquences du toucher reçu. Un toucher bienveillant sera plutôt détecté par le cortex orbitofrontal qui activera le système de la récompense. Un toucher agressif quant à lui, sera détecté par l'amygdale, en lien avec la peur. Le toucher va donc mettre en jeu le circuit des émotions. Ces émotions permettront la production de différentes hormones selon le circuit concerné. Pour le circuit de la récompense, il y aura production d'ocytocine par l'hypothalamus et l'hypophyse, représentant l'hormone du bonheur. Pour le circuit de la peur, il y aura production de cortisol, l'hormone du stress. Les réactions entraînées par un toucher, qu'il soit doux ou plus agressif, seront enregistrées et mémorisées par le cerveau, principalement grâce à l'hippocampe, pour pouvoir réagir plus rapidement lorsque la situation se reproduira. Si les expériences passées du toucher ont été traumatisantes ou douloureuses, alors des réactions de protection et de stress seront mises en place par la suite si la personne venait à être touchée, indépendamment du contexte. Les réactions seront donc modulées par le vécu de la personne. Un toucher bienveillant pourra donc avoir une action positive sur la personne, avec toutes les conséquences qui s'en suivent (production d'hormones positives, détente, mémoire de la sensation positive) (2).

Enfin, nous devons également évoquer le fait qu'il existe deux types différents de toucher. Dans un premier temps, le toucher somesthésique ou passif, mettant en jeu les capteurs précédemment évoqués ; et dans un second temps, le toucher actif, mettant également en jeu la kinesthésie. « *Le toucher actif permettra notamment de palper, d'explorer notre environnement. L'ensemble de la peau présente une capacité tactile, mais le toucher actif se trouve le plus représenté au niveau des mains qui sont dans une relation anthropologique particulière avec le crâne* » (3). Dans un soin masso-kinésithérapique, nous pourrions donc imaginer que le toucher actif sera mis en jeu par celui qui a l'intention de toucher (le plus souvent le masseur-kinésithérapeute), et le toucher passif par celui qui est touché (le plus souvent le patient).

1.3.2. Naissance et développement du toucher

Le toucher est le premier sens à se développer chez l'embryon, dès la 7^{ème} semaine de grossesse. Il se développe d'abord au niveau de la région péribuccale, puis au niveau du visage, de la paume des mains et de la plante des pieds. Le développement du toucher se termine dès la 20^{ème} semaine de grossesse. Les récepteurs du toucher sont donc présents et actifs lors de la grossesse. Des informations peuvent donc être perçues et mémorisées dès la vie intra-utérine. « *Le fœtus a de nombreuses occasions de contact : avec les parois utéro-placentaires, mais aussi entre les différentes parties de son corps à l'occasion des mouvements de son propre corps ou des déplacements maternels* » (4). Ces perceptions tactiles intra-utérines préparent déjà le développement cognitif du futur nourrisson, ainsi que son développement moteur. En effet, « *les bénéfiques se manifestent par un développement moteur plus rapide et une plus grande vivacité* » (4).

Le toucher permet au nourrisson de se construire, tant physiquement que psychiquement. En effet, « *ces expériences vécues, où la physiologie est intriquée avec la mise en jeu d'une affectivité, induiront une résonance intimement liée à l'histoire qui se déroule* » (3). Un manque de toucher au cours du développement du nourrisson pourra donc avoir un impact tant sur ses relations sociales que sur son développement physique. Pour évoquer cette importance du toucher dans le développement psychique de l'enfant, Ferenczi a écrit que « *les enfants ont besoin d'amour [...], et ceux qui n'en reçoivent pas souffrent de tendances d'autodestruction inconscientes* » (1).

Le toucher a également un rôle tout au long de la vie et permet le bon développement social et psychique. La peau, à travers le toucher, aura une fonction psychologique importante et un rôle déterminant dans la relation à l'autre. En effet, pour D. Anzieu « *la peau n'est pas qu'une enveloppe physiologique, elle a une fonction psychologique qui permet de contenir, de délimiter, de mettre en contact, d'inscrire. La peau, par ses propriétés sensorielles, garde un rôle déterminant dans la relation à l'autre* » (5). Le toucher prodigué au nourrisson et à l'enfant aura ainsi un impact direct sur sa vie adulte et sur sa santé psychologique future. « *Les différents types d'éducation produiraient des adultes dociles ou agressifs, pourvus ou dépourvus d'initiative* » (1). Certains comportements et certaines névroses chez l'adulte pourront donc trouver un point de départ et une cause dans l'enfance.

1.4. La relation soignant-soigné

Une relation est définie dans le dictionnaire Larousse comme « *l'ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles* » (6). La relation soignant-soigné, elle, est une relation asymétrique. En effet, le soignant est celui qui sait et sait faire, tandis que le patient est celui qui souffre. Le soignant devra faire attention à ne pas considérer le patient comme une chose ou un objet de soin, mais bien comme une personne à part entière. En effet, il est important de prendre en compte la personne dans sa globalité, physique et psychologique. La relation soignant-soigné devra également être mutuelle. En effet, les échanges devront se faire dans les deux sens. Le soignant aura besoin des informations du soigné pour avancer dans le traitement et décider des techniques à appliquer. Le soigné lui, aura besoin que le soignant échange avec lui concernant le traitement mis en place, les différents actes qui sont réalisés, les exercices qui sont donnés. C'est l'ensemble de ces échanges qui permettra que les meilleurs soins possibles soient réalisés. C'est également dans ce contexte d'échange et de mutualité que le soignant aura obligation, avant tout acte, de recueillir le consentement du patient.

Le soignant devra donc créer un lien de confiance et de partage avec le patient. L'objectif de cette relation réciproque sera également de parvenir à l'autonomie du patient. Cette autonomie passera dans un premier temps par les soins donnés par le soignant. La relation créée entre le soignant et le soigné sera au cœur des soins, elle est nécessaire au bon déroulement des séances. Le soignant devra faire en sorte de développer une relation de confiance avec le patient afin que les soins se déroulent de la meilleure façon possible. En

effet, cette dernière « *est un élément incontournable de toute relation patient-thérapeute* » et « *se prépare, se construit, s'entretient* » (7). De ce fait, le thérapeute devra constamment faire en sorte de maintenir ce lien, le développer et être attentif à ce qu'il ne soit ni trop présent ni pas assez afin d'éviter les « *pièges de l'excès de confiance, ainsi que ceux du manque de confiance, du point de vue du patient comme celui du kinésithérapeute* » (7).

1.5. La compétence du toucher

1.5.1. Qu'est-ce qu'une compétence ?

G. le Boterf nous en donne la définition suivante : « *La compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donnés* » (8). De plus, il distingue le fait d' « être compétent » de celui d' « avoir des compétences » (9). Ainsi, il définit le fait d' « être compétent » comme « *savoir agir en situation professionnelle en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources internes personnelles (connaissances, savoir-faire ou habileté, aptitudes, émotions, ...) et externes (ressources de l'environnement) et en faisant appel à l'usage de fonctions de guidage* » ; et celui d' « avoir des compétences » comme « *une combinaison de ressources personnelles nécessaires pour savoir agir en situation professionnelle* » (9). Le fait d'avoir des compétences ne prend donc en compte que les ressources dont dispose la personne. Le fait d'être compétent, quant à lui, prend également en compte l'environnement et les ressources mises à disposition, qui viendront compléter les ressources propres au professionnel.

1.5.2. Une compétence complexe

La complexité est définie comme le « *caractère de ce qui est complexe, qui comporte des éléments divers qu'il est difficile de démêler* » (6). Pour compléter, l'adjectif « complexe » est défini de la manière suivante : « *Qui contient plusieurs parties ou plusieurs éléments combinés d'une manière qui n'est pas immédiatement claire pour l'esprit ; compliqué, difficile à comprendre* » (6).

De ce fait, de par sa définition même, une compétence est complexe. En effet, elle implique des ressources variées que l'étudiant ou le professionnel devra être capable de mobiliser à bon escient, mais elle dépendra également du contexte et de l'environnement à un

1.5.3. Le toucher

Le toucher est un des sens que nous utilisons en premier lors de notre formation en masso-kinésithérapie. En effet, dès les premières heures de travaux pratiques, nous sommes amenés à toucher nos camarades, développer nos ressentis, masser, mobiliser... Et nous nous rendons rapidement compte que le toucher est une compétence qui se développe et se travaille. Les sensations des premières heures de pratique sont bien différentes et éloignées de celles de professionnels expérimentés, ou bien même de celles que nous aurons à la fin de notre cursus. Le toucher se développe donc avec la pratique, l'attention et l'expérience. Le toucher est ainsi un savoir-faire essentiel au métier de masseur-kinésithérapeute.

Mais, au-delà d'être une simple technique, le toucher fait également appel au savoir-être du professionnel. Il permet au thérapeute d'entrer dans la sphère intime du patient, de ressentir les éventuelles déficiences présentes et évoquées par le patient. Cependant, le thérapeute devra savoir se positionner correctement par rapport au patient lorsqu'il voudra le toucher et devra donc adopter une attitude adéquate. Il devra également expliquer au patient ce qu'il va faire et pourquoi. Tout ceci fait partie du savoir-être du professionnel, celui-ci est nécessaire à l'établissement de la relation de confiance précédemment évoquée. Le toucher va donc tisser un lien étroit entre les dimensions cognitives, gestuelles et relationnelles du masseur-kinésithérapeute.

Le toucher en kinésithérapie pourra avoir différents impacts sur le patient. En effet, il pourra tantôt provoquer la douleur, tantôt la soulager, ou encore permettre de masser, mobiliser, etc.

Le toucher est ainsi nettement présent dans le métier de masseur-kinésithérapeute. Il faut d'ailleurs noter que la profession de masseur-kinésithérapeute est née au XXème siècle car à cette époque, « *la médecine va de plus en plus toucher les corps par la médiation d'instruments laissant à des professions jugées subalternes le soin de masser et de corriger par la palpation qui requiert par ailleurs force et doigté* » (1).

Comme tout savoir-faire, le toucher nécessite une formation. Sa pratique commence dès les premières années de formation en masso-kinésithérapie. Il existe également des formations qui permettent, après l'obtention du diplôme, de se familiariser un peu plus avec le

toucher et de pouvoir l'utiliser à bon escient. Cette notion de formation continue, lors du cursus scolaire puis après le diplôme, met en avant le fait que le toucher se développe continuellement et qu'il est un aspect important de notre métier.

1.6. Hypothèses de recherche

Le toucher est donc en lien avec de nombreuses autres compétences, nécessaires au métier de masseur-kinésithérapeute. En effet, il fait appel aux connaissances théoriques et techniques du soignant, mais également à ses compétences relationnelles ou encore à son expérience.

Nous émettons donc l'hypothèse que **le toucher, de par ses effets physiologiques et psychologiques sur le patient, est une compétence primordiale du masseur-kinésithérapeute**, qu'il convient de développer et de ne pas laisser de côté dans la pratique de notre métier. **La complexité de cette compétence résiderait quant à elle dans les aspects psychologiques qui s'y associent, ainsi que dans les interprétations qui pourraient être faites du toucher. Le toucher pourrait ainsi avoir une influence toute particulière sur le déroulement de la rééducation et sur la relation avec le patient.**

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Stratégie de recherche

Six bases de données ont été consultées, certaines spécifiques de la masso-kinésithérapie, d'autres plus globales autour de la santé et une banque de données en santé publique. Voici les banques de données utilisées : Kinedoc, Réédoc, PubMed, Science Direct, ULysse (banque de données de l'Université de Lorraine), BDSP (Banque de Données en Santé Publique). Les mots de recherche utilisés dans ces différentes bases de données sont :

- En français : « toucher », « relation soignant soigné », « kinésithérapie », « psychologie », « formation ».
- En anglais : « touch », « patient carer relationship », « physiotherapy ».

Ces mots de recherche ont ensuite été associés entre eux selon les thèmes que nous voulions aborder dans le mémoire et donc retrouver dans les articles. Voici les différents thèmes recherchés ainsi que les mots clés utilisés pour chacun d'eux, associés grâce à des opérateurs booléens.

- Le toucher en kinésithérapie : « toucher ET kinésithérapie », « touch AND physiotherapy »
- Le toucher dans la relation soignant-soigné : « toucher ET relation soignant soigné », « touch AND patient carer relationship »
- La psychologie du toucher ; « toucher ET psychologie », « touch AND psychology ».

Nous avons ensuite pu créer différentes équations de recherche selon les bases de données et les résultats obtenus (Annexe I).

Pour commencer les recherches, nous avons défini un premier critère qui était une date de parution entre 2015 et 2019. En effet, le critère de parution au cours des 5 dernières années fait partie des critères utilisés dans l'Evidence Based Practice (EBP). Ce critère nous permet de cibler les articles les plus récents afin de connaître l'état actuel des connaissances concernant notre sujet.

Lors de nos recherches, 617 articles ont été trouvés. Au final, 7 articles auront été retenus, selon les critères définis dans la partie suivante. Parmi ces 7 articles, 2 sont des revues systématiques, 3 sont des études de cas et 2 sont apparentés à une opinion d'experts.

Les fiches de lecture de ces articles sont disponibles en annexe (Annexe II). Les niveaux de preuve ont été établis d'après l'arbre décisionnel de cotation d'une étude clinique ou de synthèse, défini par la Haute Autorité de Santé dans leur grille d'analyse de la littérature et gradation des recommandations (12).

2.2. Méthode de recherche

Les recherches ont été menées du 19 août 2019 au 31 mars 2020. Seuls les articles en Français et en Anglais ont été sélectionnés.

L'objectif initial était d'inclure uniquement des articles se référant au toucher dans le métier de masseur-kinésithérapeute. Cependant, nos recherches ont pu nous montrer que le nombre d'articles concernant le toucher est assez restreint dans le domaine masso-kinésithérapique. Nous avons donc dû élargir nos recherches au domaine du soin en général, qu'il s'agisse de la médecine, du monde infirmier ou d'autres métiers de la santé.

Nous avons sélectionné les articles traitant du toucher dans sa globalité lors du soin. Les articles portant sur l'utilisation du toucher dans une pathologie spécifique n'ont pas été retenus. Nous avons également exclu les articles portant sur une population spécifique comme les enfants ou les personnes âgées. En effet, notre revue porte sur le toucher en général. Nous pouvons imaginer que celui-ci est modifié lorsqu'une pathologie est présente, ou selon la population choisie, ce qui aurait pu biaiser nos résultats.

Tous les critères de sélection mis en place ont été regroupés dans un tableau (Tab. I), précisant l'ensemble des critères d'inclusion et d'exclusion.

Tableau I : Critères de sélection des articles

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Langues	Français Anglais	Autres
Date de parution	2015 à 2020	Avant 2015
Pathologie	Non spécifique	Spécifique
Population	Hétérogène	Spécifique (enfant, personnes âgées)

Afin de pouvoir analyser au mieux ces articles, nous avons mis en place plusieurs critères à évaluer pour notre étude. Ces critères nous ont permis de trier les informations disponibles et de pouvoir regrouper les points communs des différents articles. Ces points définis nous permettront par la suite de nous rattacher aux différentes hypothèses émises et d'établir la réponse la plus complète possible à notre question de recherche.

Voici les critères mis en place. Nous avons pu les classer par ordre d'importance selon les résultats que nous avons trouvé dans les articles sélectionnés :

- Les connaissances théoriques et techniques nécessaires au toucher : le savoir et le savoir-faire.
- Le rôle relationnel du toucher : le savoir-être.
- L'importance du toucher en masso-kinésithérapie.
- Les effets thérapeutiques du toucher.
- Les interprétations possibles du toucher.

3. RÉSULTATS

3.1. Les recherches

Les différentes étapes mises en place pour sélectionner les articles inclus dans notre étude sont décrites dans le diagramme de flux ci-dessous présenté en Figure 2, également disponible en annexe (Annexe III). Ce diagramme a été réalisé selon les normes PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*).

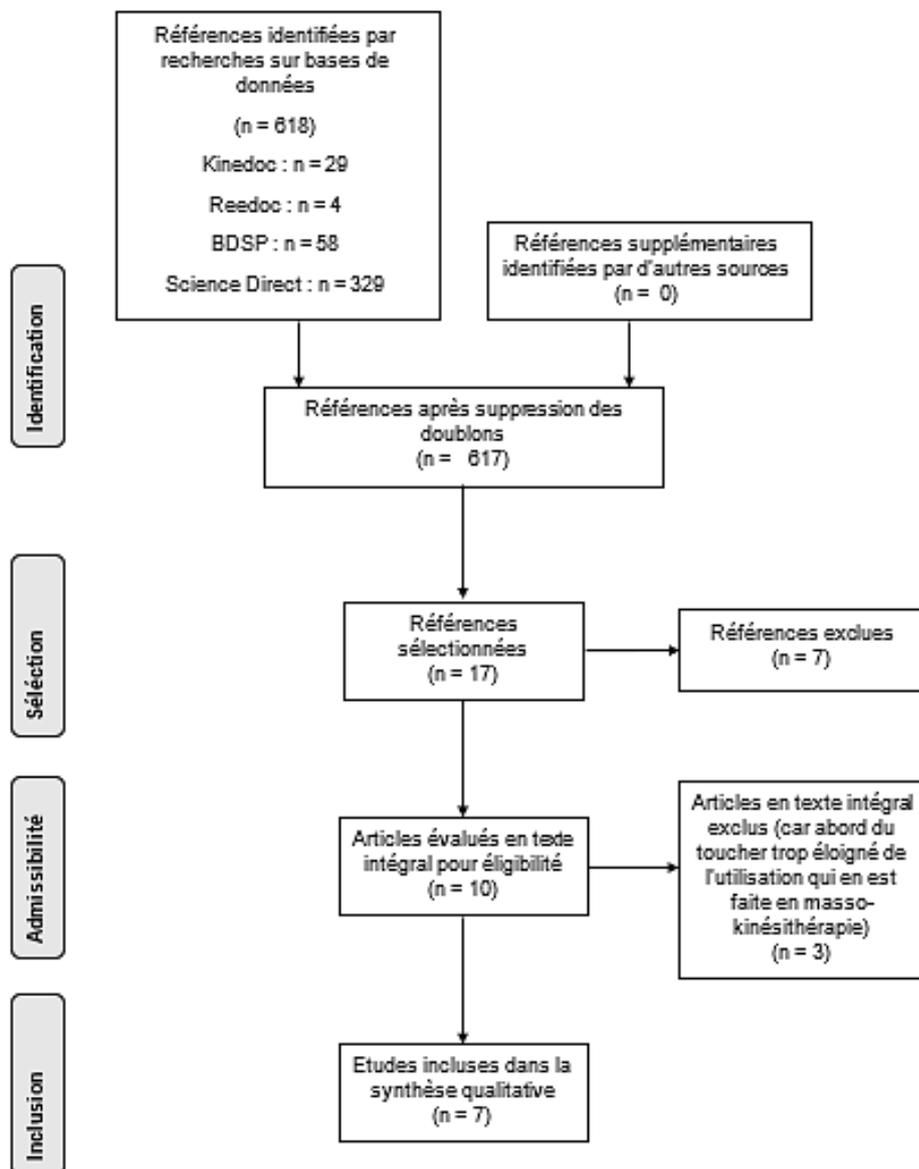


Figure 2 : diagramme de flux

La première étape de nos recherches nous a permis de trouver un total de 618 articles, 617 après suppression des doublons. Nous avons ensuite, grâce aux critères cités dans la partie précédente, sélectionné 17 articles. Nous avons exclu 7 d'entre eux. 10 articles en texte intégral ont donc été sélectionnés, puis 3 ont été exclus car l'abord du toucher qui y était fait ne correspondait pas à l'utilisation que nous pouvons en faire en masso-kinésithérapie. 7 études ont donc été incluses pour la synthèse qualitative. De plus, nous tenons à mentionner le fait que nous n'avons pas trouvé de recommandations concernant le toucher sur le site de la Haute Autorité de Santé.

3.2. Les études incluses

Les études sélectionnées sont :

- Lecomte S, Juvin R, Vion-Genovese V. Appréhender le toucher : vers une éthique du soin ? Analyse des représentations par profession sur un territoire de santé (13).
- Maitrepierre M. L'anatomie palpatoire dans le cadre de la réforme des études (14).
- Bjorbaekmo Ws, Mengshoel Am. "A touch of physiotherapy" — the significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy (15).
- Kelly MA, Nixon L, Mcclurg C, Scherpbier A, King N, Dornan T. Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions (16).
- Geri T, Viceconti A, Minacci M, Testa M, Rossettini G. Manual therapy: Exploiting the role of human touch (17).
- Hiller A, Delany C, Guillemin M. The communicative power of touch in the patient–physiotherapist interaction (18).
- Willame M, Crozet M. Le toucher thérapeutique : Qu'attendre de nos mains ? Quels sont leurs effets ? (19).

L'étude de Lecomte et *al.*, a été menée en distribuant un questionnaire à des professionnels de santé puis en réalisant des entretiens semi-directifs. L'étude a été menée auprès de professionnels exerçant différentes professions de santé, comprenant des masseurs-kinésithérapeutes. Les objectifs de leur étude étaient d' « *explorer les raisons qui poussent le professionnel de santé à toucher ses patients, la façon dont il interprète ses gestes et en quoi cela impacte sa posture face au patient* » (13).

L'article de M. Maitrepierre (14), est un retour d'expérience ; ce dernier étant enseignant à l'IFMK de Dijon. L'objectif de son article est de réfléchir autour de l'apprentissage du toucher par les étudiants masseurs-kinésithérapeutes. L'auteur pose notamment deux questions auxquelles il tente de répondre dans l'article ; la première afin de savoir si le toucher ne devrait pas plutôt s'apprendre que se développer, et la seconde afin de savoir quels sont les moyens mis à disposition de l'étudiant pour qu'il développe cette connaissance palpatoire. L'article donne des pistes de réflexion mais ne présente ni références bibliographiques ni structuration propre à un article scientifique.

Bjorbaekmo et Mengshoel ont eux procédé à une revue de la littérature puis à une étude observationnelle sur le terrain (15). L'objectif de cet article est d'étudier le phénomène du toucher en masso-kinésithérapie à travers une analyse phénoménologique. Cet article ne présente pas un niveau de preuve élevé mais permet néanmoins d'apporter des connaissances et d'approfondir le rôle qu'occupe le toucher en masso-kinésithérapie.

Hiller et *al.* ont, eux, réalisé une étude observationnelle sur le terrain (18). Leurs objectifs étaient d'établir un récapitulatif de la façon dont les masseurs-kinésithérapeutes communiquent avec leurs patients, et de comprendre quels sont les moyens de communication utilisés. Ils ont pour cela observé des séances de masso-kinésithérapie, réalisé des retranscriptions de séances et également mené des entretiens approfondis avec les professionnels et les patients.

Geri et *al.*, ont eux réalisé une revue de la littérature (17). Les objectifs de cet article sont d'explorer les différentes dimensions du toucher ainsi que leurs implications en masso-kinésithérapie. Cet article est bien référencé mais ne présente malheureusement pas la méthodologie adéquate. Les résultats sont cependant intéressants et permettent une ouverture d'esprit et une réflexion concernant le rôle du toucher dans notre métier.

Kelly et *al.* ont choisi de réaliser une analyse méta-éthnographique systématique (16). L'objectif de cet article est de promouvoir une pratique interdisciplinaire du toucher en synthétisant de manière cohérente le concept de toucher dans les métiers de la santé. Leur méthodologie est correctement décrite mais le niveau de preuve reste faible.

L'article « Le toucher thérapeutique : Qu'attendre de nos mains ? Quels sont leurs effets ? » de Willame et Crozet (19) n'est pas une étude mais un dialogue retranscrit à l'écrit, entre une étudiante en masso-kinésithérapie et un enseignant. L'objectif de ce dialogue est de « *comprendre les mécanismes et les effets que nous pouvons produire par le toucher sur nos patients* ». Bien que cet article soit également d'un faible niveau de preuve, les précisions qu'il apporte concernant le toucher en masso-kinésithérapie nous permettent toujours un peu plus d'approfondir le rôle de ce dernier dans notre métier.

3.3. Résultats de ces études

Différents aspects du toucher ont été abordés dans les articles que nous avons pu sélectionner. Nous les avons donc classés selon les critères définis et présentés dans la partie « Méthode de recherche ». Nous avons également réalisé un tableau récapitulatif, reprenant les différents critères et les études sélectionnées (Tab. II). Nous avons ainsi pu résumer les divers thèmes traités dans chaque article.

Tableau II : synthèse des thèmes traités par les études sélectionnées

	Connaissances théoriques et techniques	Rôle relationnel du toucher	Importance du toucher en masso-kinésithérapie	Effets thérapeutiques du toucher	Interprétations possibles du toucher
Lecomte S et al. (13)	●	●	●	●	●
Maitrepierre M. (14)					●
Bjorbaekmo Ws, Mengshoel Am. (15)		●		●	
Kelly MA. et al. (16)		●	●		●
Geri T. et al. (17)	●	●	●	●	
Hiller A. et al. (18)	●	●			
Willame M, Crozet M. (19)	●		●	●	

● Thème abordé dans l'article

Le fait que le toucher soit une compétence clé du métier de masseur-kinésithérapeute ressort donc de tous ces résultats. En effet, nous le retrouvons tout d'abord dans la nécessité de l'apprentissage de cette compétence. Le toucher regroupe le savoir, le savoir-faire et le savoir-être nécessaires à la définition d'une compétence. Il est également largement utilisé en masso-kinésithérapie et joue de nombreux rôles dans notre métier, notamment dans la relation soignant-soigné. Cependant, ces rôles ainsi que les interprétations que peuvent en faire les patients rendent ces compétences complexes à maîtriser et à utiliser par le professionnel.

3.3.1. Les connaissances théoriques et techniques nécessaires au toucher : le savoir et le savoir-faire

Concernant les aspects théoriques du toucher et son apprentissage lors des études de masso-kinésithérapie ou de santé, l'ensemble des articles traités semblent se regrouper autour d'un point essentiel : la théorie est nécessaire pour l'apprentissage des bases, mais c'est la pratique et l'expérience qui permettent d'améliorer le toucher, son utilisation et sa compréhension.

Pour M. Maitrepierre, enseignant à l'IFMK de Dijon, afin que l'étudiant puisse percevoir au mieux ce qu'il touche, il faudrait au préalable qu'il ait une parfaite connaissance anatomique des structures en question. Il note également que « *la perception est purement subjective (elle ne peut être ni vraie ni fausse)* ». Il met également en avant que pour un étudiant masseur-kinésithérapeute, la perception du toucher sera orientée par l'observation du patient qui aura été faite au préalable. Cette observation servira donc de base aux ressentis de la palpation et il faudra donc que l'étudiant apprenne à observer le patient pour en tirer les informations nécessaires à guider son toucher. Pour M. Maitrepierre, il faut donc essayer de « *faire prendre conscience à l'étudiant qu'il est nécessaire d'optimiser sa perception avant de mettre en place une action, qu'elle soit diagnostique ou plus encore thérapeutique* » (14).

Dans leur article, Hiller et al. (18) font également ressortir un aspect lié à l'apprentissage du toucher. Pour eux, il est important de faire prendre conscience aux étudiants que le toucher a un réel impact sur la relation soignant-soigné. Cela permettrait en effet à ces derniers d'utiliser le toucher pour améliorer la relation avec le patient et établir des liens relationnels avec lui. L'apprentissage des gestes et de la technique doit donc être lié au savoir-être.

Geri et *al.* quant à eux soulignent le fait que « *les étudiants devraient être entraînés pour les techniques manuelles comme pour les compétences relationnelles et de communication* » afin qu'ils puissent établir un « *contact empathique avec le patient* ». (17) Ils notent cependant que l'apprentissage de l'anatomie et la biomécanique reste indispensable pour que les techniques soient correctement réalisées et aient l'impact attendu sur le patient. Cela rejoint donc les résultats trouvés dans les deux articles précédents, confirmant deux points essentiels. Le premier point est la nécessité d'engranger des connaissances préalables à la pratique pour que celle-ci soit la plus efficace possible. Le second point est la nécessité d'entremêler l'apprentissage technique avec l'apprentissage du savoir-être et des compétences relationnelles pour que le toucher soit appréhendé et utilisé pour toutes ses dimensions.

M. Willame évoque lui les premiers stages des étudiants masseurs-kinésithérapeutes, durant lesquels ils se rendent compte que l'utilisation qu'ils font de leurs mains et du toucher n'est pas optimale. Il explique cependant que « *les sensations du praticien seront travaillées, s'affineront avec l'apprentissage et l'expérience* » (19). Ici apparaît la notion d'expérience. En effet, elle est également abordée comme un point permettant l'affinement du toucher et l'ajustement optimal de son utilisation. L'apprentissage du toucher est donc quelque chose au long court, évoluant tout au long de la carrière du masseur-kinésithérapeute.

Malgré le fait que plusieurs articles pointent la nécessité d'apprendre le toucher et les connaissances nécessaires à sa pratique, Lecomte et *al.* mettent en avant que « *43% des professionnels de santé interrogés estiment que la formation sur l'impact du toucher fait défaut* ». De plus, un manque de formation et d'apprentissage semble ressortir de cette étude puisque « *70% d'entre eux disent avoir abordé la question du toucher à travers la pratique* ». Les professionnels reconnaissent donc un manque de formation initiale sur le toucher en lui-même.

3.3.2. Le rôle relationnel du toucher : le savoir-être

Le toucher est abordé dans plusieurs articles pour le rôle qu'il occupe dans la relation de soin. Ce rôle est d'ailleurs présent dès les premiers instants de la relation thérapeutique, au moment de saluer le patient et d'entrer en contact avec lui pour la première fois.

L'article écrit par Hiller et *al.* (18) est entièrement consacré à cet aspect du toucher. Ils évoquent en effet que « *le toucher joue un rôle prééminent dans la communication* », permettant d'exprimer l'empathie, le soutien, de rassurer et accompagner le patient. Ils notent cependant que cet aspect de communication est surtout évoqué par les patients et moins par les masseurs-kinésithérapeutes. Des différences de perceptions peuvent donc apparaître à ce niveau. Dans leur étude, les masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas mis en avant le toucher comme un moyen principal de communication. A l'inverse, les patients l'ont décrit comme un élément principal de la prise en charge et un moyen de faire confiance plus facilement au thérapeute. Ceci est donc un aspect important à prendre en compte pour que les professionnels puissent s'adapter au mieux aux attentes des patients.

Pour rejoindre cette notion, Kelly et *al.* décrivent le toucher comme « *un moyen de communication non-verbale* » qui sera donc au cœur du soin. Ils ajoutent également que « *les patients attendent d'être touchés lorsqu'ils vont chez un professionnel de santé* » (16).

Geri et *al.* nous rappellent que les techniques manuelles sont un élément « *apprécié et attendu des patients dans un contexte de rituel thérapeutique historiquement fondé sur l'utilisation du toucher* » (17). Ils expliquent que la relation de soin établie avec le professionnel va permettre au patient de se préparer à être touché, va conditionner le cerveau et ainsi les sensations que le patient recevra. Geri et *al.* abordent également un autre point dans leur étude, du côté des professionnels cette fois. Ils évoquent le fait que les techniques manuelles donnent l'opportunité aux masseurs-kinésithérapeutes de « *communiquer avec le cerveau des patients d'une façon similaire aux mots* » (17). Le toucher sera donc également un outil de communication pour le thérapeute, ne servant pas seulement à répondre aux attentes du patient, mais bien à compléter la prise en charge.

Dans cette idée de communication soignant-soigné, Bjorbaekmo et Mengshoel nous disent que le toucher « *transforme la distance en proximité, différemment de la vue et de l'ouïe* », impliquant « *plus qu'un contact peau à peau* » (15). Le toucher, comme outil de soin cette fois-ci, permet au masseur-kinésithérapeute de ressentir les réactions du patient sans avoir recours à la parole ou la vue. Il permet donc de communiquer d'une façon différente. Le fait que le masseur-kinésithérapeute puisse adapter sa prise en charge selon ce qu'il ressent permet également au patient de lui faire d'autant plus confiance. Le patient se sentira en effet écouté et saura que le masseur-kinésithérapeute fait attention à son ressenti et ses réactions.

Cela permet de créer un lien de confiance primordial pour le bon déroulement de la prise en charge.

Lecomte et *al.* quant à eux vont même jusqu'à expliquer que le toucher est un langage non verbal dans cette relation de soin. Il sera le premier et le dernier moyen de communication. Leur étude a d'ailleurs mis en avant que la moitié des professionnels de santé utilise le toucher pour « *entrer en relation avec les patients* » (13). Cependant, l'autre moitié n'utilise le toucher que par nécessité pour la réalisation du soin, en ne prenant pas en compte l'aspect relationnel qu'il peut apporter au soin.

Enfin, un aspect du toucher également important à évoquer est le fait qu'un professionnel qui touche un patient est également touché en retour. Le professionnel devra donc accepter cette réciprocité. D'après Kelly et *al.*, « *le fait de toucher ne peut pas être purement objectif ou unidirectionnel. Quand on touche, on est également touché en retour. Il y a de l'intersubjectivité* » (16). Ce principe de réciprocité et de relation intersubjective implique donc, pour Kelly et *al.*, une vulnérabilité du professionnel de santé. Bjorbaekmo et Mengshoel rejoignent également les précédents auteurs en notant qu'il « *y a toujours une personne qui touche et qui reconnaît être touchée en retour* » (15), s'agissant donc ici du professionnel de santé. Ils notent également qu'il peut y avoir une « *différence de ressenti entre ce que la personne ressent quand on la touche, et ce qu'elle ressent quand elle nous touche* » (15). L'intentionnalité du toucher va donc moduler le ressenti que la personne en aura. Le fait d'accepter cette réciprocité dans la relation permettra au masseur-kinésithérapeute de tirer profit de l'ensemble des bénéfices qu'apporte le toucher dans le soin.

3.3.3. L'importance du toucher en masso-kinésithérapie

Concernant la relation entre le toucher et la masso-kinésithérapie, l'ensemble des articles s'accordent sur son importance dans les métiers de la santé et donc celui de masseur-kinésithérapeute. D'après Lecomte et *al.*, « *70% des professionnels de santé sont d'accord avec l'affirmation que les professionnels de santé sont des « professionnels du toucher »* ». Ils ont également pu extraire de leur étude que pour 60% des professionnels de santé interrogés, « *le toucher dans le soin est naturel* » et que 40% d'entre eux « *le considèrent comme essentiel* » (13). De nombreux professionnels de santé ont d'ailleurs « *plaidé en faveur de l'importance du toucher* » d'après Kelly et *al.* (16).

Geri et *al.* s'accordent également pour dire que « *les techniques manuelles sont un élément clé de l'identité de la physiothérapie* » et mettent en évidence la « *compétence technique du professionnel* » (17). Ils notent également que cette compétence du toucher est propre à la masso-kinésithérapie et qu'elle ne ressemble à aucune autre. Il est donc important de prendre conscience que c'est une compétence à part entière dans notre métier. Enfin, ils évoquent le fait que « *les associations de physiothérapie devraient promouvoir le rôle thérapeutique des techniques manuelles et revendiquer leur spécificité, bien que non exclusive, pour la profession de physiothérapeute* » (17), indiquant ainsi la nécessité de se battre pour garder les compétences que nous avons acquises au fil du temps, et faire en sorte qu'elles continuent de faire partie de nos outils thérapeutiques.

Kelly et *al.* ont pu mettre en avant suite à leur étude que le toucher a de multiples effets en kinésithérapie, en effet « *stabiliser physiquement les patients permet à la fois de les empêcher de tomber et exprime la sécurité et la sûreté* » (16). D'autre part, du point de vue des patients, le toucher permet « *d'humaniser leur expérience du soin* ». Ces points regroupent donc plusieurs parties, mettant en avant le rôle relationnel du toucher, mais également son rôle thérapeutique.

M. Willame évoque lui la capacité des mains à établir des diagnostics grâce au toucher. Pour lui, « *le toucher est un outil indispensable qui permet au masseur-kinésithérapeute d'établir son bilan et ses objectifs thérapeutiques* » (19). Il pointe donc ici une des importances premières du toucher en tant qu'outil thérapeutique, permettant d'orienter notre prise en charge masso-kinésithérapique.

3.3.4. Les effets thérapeutiques du toucher

Les effets thérapeutiques du toucher sont eux abordés à plusieurs reprises dans les articles sélectionnés.

Tout d'abord, d'après Lecomte et *al.*, « *plus de la moitié des professionnels de santé considère que le toucher a un effet bénéfique* ». Ils mettent également en avant le fait que le toucher « *possède une valeur thérapeutique en stimulant la sécrétion d'endorphine, hormone naturelle du bien-être* » (13). Le toucher va donc agir directement sur l'hypothalamus et l'hypophyse, producteurs d'endorphine.

Geri et *al.* ont eux distingué plusieurs rôles différents du toucher. Dans un premier temps, son rôle analgésique, permettant d'agir et de moduler la douleur ressentie puisqu'ils notent qu' « *une grande quantité de preuves ont identifiées les techniques manuelles comme des modulateurs de la douleur* » (17). Ils expliquent également que plusieurs études ont permis de faire prendre conscience que les techniques manuelles étaient efficaces pour « *améliorer la douleur, la fonction et faciliter les mouvements indolores* » (17). Dans un second temps, son rôle dans la perception corporelle qu'a le patient de lui-même ; puisque le toucher permettrait de réorganiser sa représentation mentale du corps. Le toucher va donc pouvoir agir sur le schéma corporel du patient grâce à la proprioception. En effet, « *l'approche manuelle peut améliorer la perception corporelle du patient en favorisant la réorganisation des représentations corporelles mentales du patient* ». Les patients auront ainsi une « *perception plus intègre de leur corps* » (17). Enfin, le toucher permettrait également de répondre aux attentes qu'à le patient lorsqu'il se présente à une séance de masso-kinésithérapie. Cet aspect a notamment été évoqué dans la partie traitant du rôle relationnel du toucher et il jouera ainsi sur la représentation et l'idée que se fera le patient du thérapeute. Le toucher a donc, d'après Geri et *al.*, de nombreux effets thérapeutiques comme la diminution de la douleur, la régulation des émotions ou encore la réorganisation de la représentation corporelle du patient.

M. Willame évoque lui aussi l'effet antalgique du toucher de par son effet sur les différents récepteurs sensoriels décrits en introduction. Il nous dit effectivement que « *l'action de toucher agit par l'intermédiaire du système nerveux central sur la douleur* » (19).

Enfin, une conséquence importante du toucher sera son action sur l'aspect psychologique, le ressenti du patient et son jugement sur le professionnel. En effet, d'après Bjorbaekmo et Mengshoel, « *les patients voient le fait d'être touchés comme très important* » (15). Ce constat induit donc qu'un patient qui estimera ne pas être assez touché durant une prise en charge pourra ne pas en être satisfait simplement du fait de cet aspect.

3.3.5. Les interprétations possibles du toucher

Une autre facette du toucher est également évoquée à plusieurs reprises dans les articles sélectionnés ; il s'agit des interprétations qui peuvent en être faites.

Lecomte et *al.* ont pu mettre en évidence grâce à leur étude que « *les kinésithérapeutes reconnaissent tous les effets positifs et tous les effets négatifs, conscients de l'interprétation qui peut en être faite et de son potentiel élevé de transgression* » (13).

Il conviendra donc pour le thérapeute de s'adapter aux codes de la société et de faire attention à leur possible évolution puisque comme le note M. Maitrepierre dans son article, le concept de norme évolue continuellement avec la société. Le thérapeute devra être conscient des dérives possibles liées au toucher, que ce soit avec les adultes ou les enfants. Il devra donc lui aussi évoluer continuellement dans sa relation avec le patient et dans son utilisation du toucher.

Un des aspects du toucher qui paraît également compliqué à gérer pour les professionnels de santé est son lien avec l'intimité entre deux êtres humains, voire sa possible sexualisation par certains patients. Dans leur article, Lecomte et *al.* remarquent d'ailleurs que 30% des professionnels de santé disent « *ne pas être à l'aise avec certains types de patients (sexé opposé, patients pédiatriques)* » et que « *toute la difficulté des professionnels de santé réside alors à trouver une juste distance* » (13).

Cet aspect est largement abordé dans l'article de Kelly et *al.* Ils évoquent dans un premier temps le fait que les interprétations du toucher puissent varier selon le genre du patient, son âge ou encore sa culture. Ils notent également que « *certaines professionnels hommes évitent le toucher, font attention à ce qu'ils en disent et utilisent l'humour pour mitiger ses effets* », évoquant ensuite sa « *nature sexualisée* » (16). Cela rejoint donc le fait que le toucher puisse être mal interprété par certains patients. Ils ajoutent que « *le toucher est donc une pratique compliquée car il faut prendre en compte les différentes interprétations possibles et les risques* » (16).

Cet aspect du toucher semble ainsi être un des points complexes à gérer par le masseur-kinésithérapeute. Il devra en effet s'adapter à chaque patient puisque chacun pourra réagir et interpréter un même geste différemment.

4. DISCUSSION

4.1. Discussion autour de nos résultats

Les résultats trouvés ci-dessus sont plutôt satisfaisants au vu de notre problématique et des hypothèses de départ. Ces résultats seront cependant à remettre en perspective quant aux méthodes de recherche et d'analyse ainsi qu'aux autres données de la littérature.

Un premier point nous ayant étonné et questionné est le fait que peu d'études aient été menées ces dernières années concernant le toucher en masso-kinésithérapie. Nous avons en effet pu noter un nombre significatif d'études concernant les soins infirmiers, plus nombreuses que pour notre profession. De ce fait, plusieurs études incluses dans nos résultats ne sont pas spécifiques de la masso-kinésithérapie. Elles traitent de notre profession mais également d'autres professions de la santé, utilisant elles aussi le toucher, bien que différemment. Les résultats de ces études sont donc peut-être à remettre en perspective et une extrapolation a pu être faite par rapport aux autres professions.

Néanmoins, les résultats obtenus n'en sont pas moins intéressants pour notre pratique et notre profession.

4.1.1. Les connaissances théoriques et techniques nécessaires au toucher

Concernant la formation et l'apprentissage tout d'abord, les études incluses nous ont permis de mettre en avant leur importance. Nous aurions pu imaginer que le toucher, étant quelque chose de subjectif, ne pouvait pas s'apprendre mais simplement se ressentir et s'approprier, chacun à sa manière. Les résultats ont, au contraire, montré la complexité du toucher et la nécessité de développer cette compétence pour notre métier. En effet, le toucher demande à la fois un savoir, un savoir-faire mais également un savoir-être. Ces dimensions ne sont pas innées et nécessitent un apprentissage et de la pratique afin d'être utilisées au mieux. Nous avons pu voir que certains professionnels de santé déploraient un manque de formation concernant le toucher, tandis que d'autres se penchaient sur la meilleure façon d'inculquer cette compétence à leurs étudiants. C'est dans ce sens que A. Choplin dans son mémoire « Apprendre le toucher – Du toucher à la perception » (20) s'est penché sur

l'apprentissage du toucher par les étudiants en masso-kinésithérapie ; lui-même étant enseignant en masso-kinésithérapie. Il a en effet constaté, à travers la distribution de questionnaires, un manque d'efficacité dans la palpation des étudiants de première année de masso-kinésithérapie alors que cette compétence devrait être acquise à la fin de la première année. Il s'est ainsi demandé qu'elle était la méthode d'enseignement la plus efficace pour permettre à ces étudiants de combler les lacunes retrouvées. Suite aux études réalisées et à l'analyse des résultats, A. Choplin plaide en faveur d'une pédagogie d'imitation socio-constructiviste dans l'apprentissage du toucher. La pédagogie socio-constructiviste est définie comme une « *pédagogie centrée sur l'apprenant. C'est l'élève qui apprend par l'intermédiaire de ses représentations. Les conceptions initiales ne sont pas seulement le point de départ et le résultat de l'activité, elles sont au cœur du processus d'apprentissage* » (21). En effet, il note que « *le dispositif pédagogique d'imitation socioconstructiviste employé auprès des étudiants de premier cycle d'études de masso-kinésithérapie performe l'utilisation des six habiletés palpatoires haptiques, lors de la réalisation d'une prescription palpatoire thérapeutique* ». Pour information, ces six habiletés palpatoires, définies par Lederman (22), sont l'enveloppement, le suivi des contours, le contact statique, le frottement latéral, la pression-dépression et le soupèsement. Concernant la nécessité d'avoir acquis les connaissances théoriques préalablement à la pratique, A. Choplin note en revanche que « *les résultats quantitatifs de l'étude expérimentale montrent avec précision que la palpation peut être réalisée avec efficacité indépendamment des connaissances théoriques préalables et quel que soit le genre* ». Ces résultats viennent mettre en perspective et contredire les résultats trouvés dans notre étude, montrant la nécessité de connaissances théoriques pour pouvoir toucher de manière efficace. D'un autre côté, il rejoint le point concernant l'expérience, s'accordant également sur le fait que le toucher s'améliore et se perfectionne avec l'expérience engrangée. Il explique que « *la compétence palpatoire ne peut émerger qu'à la condition de mettre en place un « patrimoine d'expérience »* » (20).

De son côté, M. Samé a également traité du toucher pour sa thèse en philosophie intitulée « Le toucher suspendu » (23). Dans cette thèse, elle aborde l'apprentissage du toucher par les étudiants en masso-kinésithérapie. Elle décrit cet apprentissage comme l'« *apprentissage d'un savoir-toucher traditionnel* ». M. Samé rejoint les précédents auteurs en décrivant le toucher comme une compétence à part entière, rappelant la nécessité de cumuler connaissances et pratique. « *Savoir théorique et savoir pratique, ce toucher technique semble donc bien être une *tecknè* d'après la définition qu'en donne J. Lombard : « la *tecknè* est*

d'emblée si on peut dire, un savoir pratique, et en cela un authentique savoir » ». Elle développe les risques pris par les étudiants lors de cet apprentissage, à travers le massage ou les mobilisations, sans qu'ils en soient forcément conscients. Elle distingue les « *étudiants sans craintes* », estimant qu'il n'y a pas de risques lors de l'apprentissage du toucher, des « *étudiants craintifs* » estimant eux que des risques sont bien présents (déclenchement de douleur, de contractures, etc.). M. Samé a pour but de défendre un apprentissage plus respectueux et moins risqué pour les étudiants, prônant « *le respect des personnes et la bienfaisance* ». Elle explique ainsi que les enseignants ont un rôle dans cet apprentissage bienfaisant, en proposant « *un apprendre autrement, un toucher éducateur semblable au toucher rééducateur* », loin des risques qu'elle a pu observer et décrire.

Nos résultats sont donc en partie confirmés par la littérature mais d'autres éléments ont également pu être mis en évidence. Ceci met en exergue les difficultés rencontrées lors de l'apprentissage du toucher pour les étudiants en masso-kinésithérapie. Ces difficultés viennent ainsi mettre en lumière la complexité de cette compétence du toucher, nécessaire à notre métier. Nous voyons ici que les enseignants en instituts de formation ne cessent de faire évoluer leurs méthodes de transmission de cette compétence et continuent à se questionner quant à leurs méthodes d'enseignement. Bien que ces enseignants ne soient pas tous d'accord sur l'organisation de cet apprentissage, leur remise en cause perpétuelle nous montre l'importance qui est accordée au toucher dans notre métier.

4.1.2. Le rôle relationnel du toucher

Nos résultats nous amènent vers le fait que le toucher soit vecteur de la relation de confiance et permette de nouer un lien avec le patient.

Allant dans ce sens, N. Guéguen et M-A. de Gail (24) semblent également plaider en faveur d'un rôle positif du toucher dans la relation. En effet, le toucher permettrait de conditionner la personne touchée de façon positive. Cette dernière aura donc une meilleure estime du soin et du soignant, simplement par le fait d'avoir été touchée, et cela de manière totalement inconsciente. « *Il semble donc établi qu'un bref contact tactile conduit le sujet touché à une évaluation plus positive du « toucheur » et à une auto-évaluation plus positive de l'humeur de la personne touchée* ».

Un point ressortant de nos résultats est le fait que certains thérapeutes ne soient pas ou peu conscients du potentiel de communication porté par le toucher. En effet, il semblerait que l'importance du toucher dans la relation de soin soit mise en avant de façon beaucoup plus importante par les patients que par les thérapeutes. Ceci pourrait pointer une faille dans la prise en charge, ou du moins, un manque de conscience des effets de leurs soins de la part des masseurs-kinésithérapeutes. Ce point qui paraît pourtant primordial dans le soin, n'est donc pas perçu par tous de la même façon. Ces différences de perceptions pourraient amener à des visions différentes du traitement entre le masseur-kinésithérapeute et le patient, pouvant retentir sur leur relation de soin et ainsi sur le traitement. Ceci souligne un des points de la partie précédente : l'importance d'allier l'apprentissage théorique et pratique du toucher au savoir-être qu'il est nécessaire d'avoir lorsque nous touchons un patient.

A travers cette étude, nous avons donc pu faire ressortir l'importance du toucher dans la relation soignant-soigné ; si tant est que tous les professionnels et étudiants en soient conscients.

4.1.3. L'importance du toucher en masso-kinésithérapie

Nos résultats nous ont permis de mettre en avant la place primordiale qu'occupe le toucher dans notre métier. La nécessité de garder cette compétence et de se battre pour qu'elle continue de faire partie de notre arsenal thérapeutique est également ressortie à plusieurs reprises. Ceci souligne donc le lien qui unit notre pratique au toucher.

Cette place primordiale du toucher est également décrite par V. Hasler (25). Elle nous rappelle en effet, à travers son histoire du toucher, la place centrale que ce dernier occupait et occupe toujours en masso-kinésithérapie. En effet, elle indique que le toucher « *a plus longtemps été associé par les physiothérapeutes aux techniques du massage – parce que plus communément partagées –, et à ce titre a constitué très tôt le cœur de leur identité* ». Nous retrouvons également dans son article le combat mené par les professionnels pour garder cette identité. Elle note « *la récurrence de discours qui visent à défendre une pratique du toucher qui tendrait à se perdre, voire à se dénaturer* ». V. Hasler cite d'ailleurs un défenseur de cette compétence, Jules Rothstein : « *Nous touchons lorsque nous prenons le temps d'entrer en relation et d'utiliser toutes nos compétences [...]. Mais lorsque nous enseignons à nos patients et utilisons nos compétences en tant que spécialistes du*

mouvement dans une relation avec nos patients, nous touchons ». Elle rejoint ainsi les auteurs cités dans nos résultats, plaidant en faveur de la particularité de cette compétence dans notre métier.

Notons cependant que ce toucher, si important à notre pratique, ne nous est pas exclusif puisqu'utilisé également par d'autres professions et pour d'autres soins. Dans ce sens, A. Vincent-Buffault note que les « *infirmiers, puéricultrices, kinésithérapeutes et sages-femmes se forment et pratiquent « le toucher relationnel* » » (1). Cette multidisciplinarité du toucher est à mettre en avant et à souligner. Elle peut en effet apporter de nombreux bénéfices à la prise en charge du patient, mais ne doit cependant pas conduire à de mauvaises interprétations ou être source de conflit comme cela peut-être le cas avec le « *massage bien-être* ».

4.1.4. Les effets thérapeutiques du toucher

Les effets thérapeutiques retrouvés dans nos résultats sont tous des effets positifs et bénéfiques pour le patient. Cependant, une des limites à évoquer ici est l'absence de description des possibles effets négatifs du toucher. En effet, bien que ce dernier soit une compétence à part entière et nécessaire à notre métier, nous ne pouvons pas maîtriser l'ensemble des impacts qu'une technique peut avoir sur un patient.

Ces effets négatifs peuvent notamment être liés à l'intimité et la proximité établies lors du toucher. Certaines barrières sont franchies, et cela peut donc avoir un impact sur le patient comme sur le masseur-kinésithérapeute. Cet impact pourra être physique, mais aussi psychique, puisque comme le dit R. Brunner, « *lors d'une relation, l'intimité psychique est également investie* » (26). Il faudra que le soignant réussisse à s'accorder avec la notion d'intimité propre au patient, afin que les effets de son toucher soient les plus bénéfiques possibles et ne basculent pas du mauvais côté.

Bien que s'éloignant du cadre purement kinésithérapique, il nous semble pertinent d'évoquer brièvement le lien entre les possibles réactions du patient et son vécu du toucher dans l'enfance. Comme nous avons pu le décrire en introduction, le toucher occupe une place centrale dans le développement physique et psychique du nourrisson et de l'enfant. Si ce rôle n'est pas rempli ou mal rempli durant l'enfance, cela pourra avoir des impacts sur la vie adulte.

Selon la relation qu'aura eu le patient avec le toucher en grandissant, ses réactions seront plus ou moins appropriées à ce que nous attendons. Un patient n'ayant associé que de la peur ou du stress au toucher ne pourra pas réagir positivement à notre prise en charge et développera des réponses en lien avec les émotions enregistrées (2). Ces réactions ne seront donc pas causées directement par notre prise en charge mais par la réactivation d'un vécu antérieur lié à la mémorisation de ces émotions par le cerveau. Cet aspect pourra éclaircir des réactions que l'on ne pourrait pas expliquer par un geste particulier. Il paraît donc important d'avoir conscience de ces aspects psychologiques ou psychosomatiques liés au toucher car nous pourrions y être confrontés lors d'une prise en charge, bien que cela ne relève pas strictement de notre cadre professionnel.

4.1.5. Les interprétations possibles du toucher

Plusieurs aspects pouvant entraîner des interprétations du toucher ont été soulevés dans nos résultats. Parmi eux, le potentiel de transgression porté dans l'imaginaire collectif à travers le toucher, mais également son lien avec l'intimité et sa possible sexualisation dans notre société. Ces points sont autant de dangers auxquels le masseur-kinésithérapeute devra faire attention lors de ses prises en charge.

P. Prayez (27) nous parle de l'aspect intime de la relation instaurée lors du toucher thérapeutique. Il évoque aussi les nombreuses stratégies qui sont mises en place, tant par le soignant que le soigné, pour tenter de réduire l'intimité s'instaurant au cours de la prise en charge. Ceci va notamment passer par la parole, permettant de « *rétablir une distance sociale et de dénier tout caractère intime à la rencontre* ». Il précise également que le soignant est mieux armé pour ne pas se laisser atteindre par cette proximité. Il nomme ainsi l'un des risques inhérents au toucher, « *la contagion émotionnelle* », pouvant atteindre n'importe lequel des protagonistes. Il évoque un autre risque, cette fois pouvant toucher le patient, lorsque le thérapeute veut trop bien faire ou trop en faire pour tenter de le soigner. C'est ce « trop », pouvant pousser le thérapeute à ne pas observer les réactions du patient, qui pourrait conduire à ce que le patient ressente « *un sentiment de manipulation* » dans le soin. Il faudra donc être vigilant quant à cette « supériorité » du soignant, celui qui sait et fait, qui devra également faire attention à ne pas dépasser la capacité d'adaptation du patient. Un autre aspect abordé par P. Prayez est la sexualisation du soin et sa possible érotisation. Ceci est en effet l'un des sujets à interprétation principal durant le soin. Comme nous l'avons vu dans nos résultats,

certaines thérapeutes, hommes, évitent même certains contacts de peur de cette érotisation. P. Prayez nous explique qu'il ne faut justement pas faire comme si cette possibilité d'érotisation n'existait pas. En effet, il nous dit que, « *la tendresse ne nie pas la sexualité ; elle accepte le corps entre sexualité et sécurité. Mais elle n'attend rien* ». L'objectif est justement de différencier cette « sexualisation » de la « sexualité ». Il nous invite également à noter « *qu'il y a lieu de distinguer la tendresse de la sensualité érotique. Une observation attentive montre que les gestes sont tout à fait différents* ». Enfin il conclut en expliquant qu'il faut savoir se préserver psychiquement en gardant une « *juste distance* », notamment émotionnelle, puisque la distance corporelle est réduite. Pour lui, « *il est possible de trouver cette distance non défensive, même dans le toucher réel, si l'on reste à l'écoute de ses propres mouvements affectifs* ». Le soignant devra donc être attentif aux réactions qu'il génère chez le patient, mais également à ses propres réactions, afin de pouvoir se protéger. Cela nécessite un réel travail de la part du soignant. P. Prayez écrit que « *ce n'est que lorsque j'aurai reconnu quelle peur, quel désir est réveillé en moi par ce malade précis que je pourrai garder une distance face à cet affect* ». Ce travail devra donc être constant et régulier, le soignant devant recommencer au point de départ avec chaque patient.

Il faut également noter que ces interprétations dépendront du contexte dans lequel le toucher est réalisé. En effet, il sera primordial pour le soignant de faire attention au contexte mis en place et de s'assurer que ce contexte ne puisse pas être détourné de ce qu'il est vraiment. Ce contexte devra rester purement professionnel. Il jouera aussi sur l'interprétation que le patient fera du soin. D'après J-J. Ghedighian-Courier, « *le cadre et la relation déterminent à la fois le type des touchers acceptables et l'interprétation des sensations ressenties* » (28).

Concernant les risques inhérents au toucher, M. Samé les développe longuement dans sa thèse. Elle note en effet que « *toucher est donc synonyme de prendre un risque, le risque de faire mal à l'autre, d' « irriter » l'autre qui court lui le risque d'être touché et d'avoir mal* » (23). Elle met ainsi en avant que le thérapeute, lui-aussi, peut être en danger. Cela confirme la réciprocité et l'intersubjectivité du toucher, que ce soit positif ou négatif.

V. Hasler rappelle cependant que le toucher, dans le cadre de notre pratique professionnelle, est encadré par des « *normes sociales* » et « *principes éthiques* » (25), ne devant pas échapper au masseur-kinésithérapeute.

Le toucher est donc une compétence primordiale mais également à risque. Le masseur-kinésithérapeute, en étant conscient de ces risques potentiels, possède néanmoins les clés pour les maîtriser et éviter leur apparition. Il sera donc de la responsabilité du soignant de faire attention à la prise en charge, à la relation mise en place et aux réactions du soigné.

4.2. Méthodes mises en œuvre et études incluses

4.2.1. Réflexion concernant les méthodes mises en œuvre

Suite aux résultats trouvés, nous nous devons de revenir sur les méthodes de recherche mises en œuvre ainsi que sur les études qui ont été incluses dans notre revue.

Dans un premier temps, reprenons les bases de données consultées. Nous pouvons émettre une première réserve puisque toutes les bases de données disponibles n'ont pas été consultées. Nous avons en effet choisi seulement six d'entre elles, nous semblant être les plus pertinentes et les plus utilisées en masso-kinésithérapie. Le fait de ne pas avoir consulté l'ensemble des bases de données peut présenter un premier biais, puisque nous avons donc pu passer à côté de certaines études pertinentes.

Un second point à mettre en avant est le fait que nous n'ayons pas pris en compte l'ensemble des langues de rédaction des études. En effet, toutes les études n'ayant pas été rédigées ou traduites en français ou en anglais n'ont pas été incluses dans notre revue. Là encore, ce point peut constituer un biais puisque certaines études intéressantes ont pu ne pas être incluses.

Pour poursuivre, nous avons également défini un critère concernant la date de publication des études. En effet, nous avons choisi de n'inclure que les études publiées au cours des cinq dernières années, ceci afin de ne prendre en compte que les recherches les plus récentes, et de s'approcher des critères de recherche définis par l'EBP. Ce critère nous permet de réaliser un état des lieux des connaissances actuelles et des problématiques des dernières années, mais il a également pour inconvénient de mettre de côté certaines études pertinentes publiées au cours des années précédentes. Une fois encore, ce critère ne nous a pas permis d'inclure toutes les études pertinentes pour notre revue.

Enfin, un dernier point est à souligner concernant les études incluses ou non. Nous n'avons pas pu nous procurer l'ensemble des études que nous aurions pu inclure dans notre étude. En effet, plusieurs d'entre elles n'étaient pas accessibles au moment de la rédaction de notre revue. Leur inaccessibilité s'explique notamment par le fait que les articles étaient payants ou nécessitaient un abonnement afin de pouvoir être lus.

Cependant, bien que plusieurs biais méthodologiques puissent être retrouvés, nous avons mis en œuvre l'ensemble des compétences acquises jusqu'ici en termes de recherche. Ces dernières peuvent certainement être améliorées avec une expérience plus riche et une maturité permettant plus de recul. Néanmoins, les résultats obtenus sont satisfaisants compte tenu de tous ces éléments. Il convient maintenant de réfléchir et présenter les limites et biais propres aux études incluses dans notre revue.

4.2.2. Limites et biais des études incluses

L'étude de Lecomte et *al.*, n'a pas été réalisée qu'auprès de masseurs-kinésithérapeutes. Cela peut donc avoir comme conséquence la présentation dans des résultats globaux de ressentis différents selon les professions. Certains résultats sont donc peut-être plus présents dans certaines professions que chez les masseurs-kinésithérapeutes. De plus, les entretiens semi-dirigés ont pu influencer les répondants sans que nous le sachions.

Pour leurs études, Bjorbaekmo et Mengshoel ainsi que Hiller et *al.* ont notamment réalisé des observations de séances et des retranscriptions. Cela peut présenter des biais car nous ne pouvons pas nous assurer que leur expérience et leurs ressentis n'ont pas influé sur la façon d'observer et de retranscrire. De plus, lors des entretiens menés avec les professionnels et les patients, nous ne savons pas si les répondants ont pu être influencés de quelque façon que ce soit, même involontairement.

L'étude de Geri et *al.* quant à elle pourrait présenter des biais méthodologiques mais nous ne pouvons pas en avoir connaissance puisque cette dernière n'est pas décrite. Ce point nous amène donc à déterminer un biais méthodologique concernant cette étude.

Dans leur étude, Kelly et *al.* évoquent un biais de sélection concernant les études incluses. Ils évoquent également la subjectivité du choix de la métaphore qu'ils développent dans leur article.

L'article de M. Maitrepierre est écrit à partir d'une expérience qu'il a vécue, de problèmes qu'il a rencontrés. Ceci peut donc entraîner un manque de prise en compte des autres aspects concernant l'apprentissage du toucher. De plus, l'article ne se base sur aucune référence de la littérature ni aucune étude. Nous ne savons donc pas si les pistes de réflexion sont pertinentes.

Enfin, l'article de Willame et Crozet est un dialogue entre une étudiante et un enseignant. Nous pouvons imaginer que les questions posées puissent influencer les réponses données.

4.3. Limites et biais de notre étude

En dehors des biais retrouvés dans les études incluses, notre étude comporte elle aussi des biais.

Dans un premier temps, le choix du toucher est d'ores et déjà source de problématiques. En effet, une des limites à notre étude est la subjectivité du toucher. Il n'est pas ressenti ni considéré par tous de la même façon. De plus, son interprétation diffère également selon les personnes, leur vécu, les conditions dans lesquelles ils exercent ou encore les pathologies prises en charge. L'expérience étant également un point important dans le développement du toucher, nous pouvons imaginer que les interprétations et les utilisations qui en seront faites différeront selon l'expérience du professionnel. Tous ces points rendent donc le toucher compliqué à étudier.

Un autre biais pourrait également être la tendance à la polémique concernant le toucher. En effet, ces dernières années ont été le terrain de mésententes, de dérives et de combats concernant les professions pratiquant le toucher. La masso-kinésithérapie a perdu du terrain quant au monopole du toucher (notamment à travers le massage). De nombreux professionnels souhaitent retrouver leur légitimité et se battre pour défendre leur compétence.

Cela pourrait influencer les études réalisées dans le sens où les résultats et les effets du toucher se voudraient résolument positifs et en faveur du toucher dans notre profession, laissant de côté les potentiels effets négatifs. Comme nous avons pu le noter précédemment, les études incluses dans notre revue n'évoquent que très peu, pour ne pas dire pas du tout, les éventuels risques liés au toucher. Ceci n'enlève cependant en rien la véracité des bénéfices du toucher et leur réalité. Il est toutefois nécessaire de garder un esprit critique et une réflexion lors de la lecture des articles, afin de pouvoir construire un avis pertinent et de ne pas oublier des aspects qui pourraient nuancer les résultats présentés.

4.4. Application de nos résultats dans notre pratique

Tout d'abord, cette revue nous a permis de montrer à quel point le toucher fait partie de notre métier et l'importance qu'il a dans le soin.

Concernant l'apprentissage et la transmission aux étudiants en masso-kinésithérapie, il est primordial de continuer à leur inculquer la valeur du toucher. Il paraît également nécessaire que les enseignants continuent à se questionner et à faire évoluer leur façon de transmettre afin que cette compétence soit la plus complète possible et que les étudiants puissent l'utiliser de la meilleure des manières dès le début de leur cursus. Notre étude permet donc, dans un premier temps, de confirmer l'importance du toucher dès les premières années de formation et la nécessité d'acquérir cette compétence primordiale.

Un des points qui sera le plus utile dans notre pratique sera le rôle qu'occupe le toucher dans la relation soignant-soigné. En effet, notre étude a pu mettre en avant la nécessité de comprendre et d'utiliser les bénéfices qu'apporte le toucher dans notre relation avec le patient. Cette relation est un point essentiel du traitement et de la prise en charge de l'ensemble des patients, sans exception. Il semble donc important d'utiliser tous les outils dont nous disposons afin d'établir une relation de confiance avec les patients. Le toucher fait partie de l'arsenal thérapeutique du masseur-kinésithérapeute non seulement pour réaliser les soins, mais aussi pour mettre en place cette relation. Se servir du toucher dans notre profession permet également de répondre aux attentes des patients, ce qui est important pour garantir le bon déroulement de la prise en charge.

Au-delà de ce rôle relationnel, le toucher nous ouvre également d'autres pistes de traitements et d'autres bénéfices. L'ensemble de ces effets en font une compétence primordiale à acquérir dans notre métier. Pour rappel, le toucher présente un effet antalgique, permettant de moduler la douleur ressentie par le patient. Cela aura donc un impact direct sur la qualité de vie du patient. D'autre part, le toucher va également permettre d'améliorer la perception corporelle du patient. Il aura aussi des effets sur la psychologie du patient puisqu'il va permettre de réguler ses émotions et moduler son ressenti. La maîtrise de cette compétence pourra donc, à elle seule, avoir de nombreux effets sur le patient. L'utilisation du toucher peut agir sur plusieurs aspects d'une prise en charge, tant sur l'aspect physique que sur l'aspect psychologique, qui est tout aussi important.

Enfin, notre étude a permis de mettre en avant les risques inhérents au toucher. Cela nous permet d'établir des points de vigilance afin de ne pas être confrontés aux problématiques sous-jacentes au toucher. Le masseur-kinésithérapeute, conscient des bienfaits du toucher, devra également faire attention à ne pas franchir les barrières du patient et faire en sorte que ce dernier ne puisse pas interpréter les gestes effectués. Le professionnel devra donc toujours avoir à l'esprit qu'il entre dans l'intimité du patient et dépasse également ses propres barrières. Enfin, il devra aussi rester attentif à la possible érotisation de ses gestes par le patient et faire en sorte que ce dernier garde à l'esprit l'aspect professionnel du toucher.

Le toucher présente donc de nombreux bénéfices pour notre pratique quotidienne, mais il doit respecter les codes éthiques et déontologiques de notre profession et ne pas dépasser les limites de ces codes, tout comme celles propres au patient ou au professionnel lui-même.

4.5. Axes d'amélioration et de réorientation de notre étude

Notre travail nous a permis de répondre aux interrogations de départ et de mettre en avant l'importance du toucher dans notre profession. Il nous a également permis de réaliser un état des lieux de la littérature actuelle, bien que ce dernier puisse être incomplet. Il serait maintenant souhaitable d'évaluer les points mis en avant directement sur le terrain et dans la pratique quotidienne. Il pourrait être intéressant d'étudier le toucher directement auprès des professionnels et de les questionner quant à ce sujet. Plusieurs pistes de réorientation voire d'approfondissement s'offrent à nous.

Dans un premier temps, il serait possible d'interroger les professionnels afin de recueillir leurs avis concernant l'importance du toucher dans leur profession. Cela nous permettrait également de connaître l'utilisation qu'ils en font et la conscience qu'ils ont des nombreux bénéfices portés par le toucher, ainsi que des risques potentiellement encourus.

Dans un second temps, il serait intéressant de réaliser des questionnaires auprès de patients. Cela permettrait de connaître leurs ressentis, leur point de vue ainsi que leur vécu vis-à-vis du toucher utilisé lors des séances de masso-kinésithérapie. Cela servirait de bases pour pouvoir appréhender au mieux les attentes des patients, leurs ressentis voire leurs craintes.

Enfin, une piste d'approfondissement serait de comparer nos résultats à ceux retrouvés lorsque le toucher est utilisé pour le traitement de pathologies bien spécifiques. Cela permettrait de voir si les généralités s'appliquent quoiqu'il arrive et peu importe le contexte, ou si des variations s'opèrent lorsque le contexte change.

4.6. Retour sur nos hypothèses de recherche

Pour faire un rappel sur nos hypothèses de recherche et en valider ou non les différentes parties, nous allons en reprendre les différents points.

Dans un premier temps, nous supposons au début de nos recherches que le toucher, de par ses effets physiologiques et psychologiques sur le patient, serait une compétence primordiale du masseur-kinésithérapeute. Nous avons effectivement pu voir, à travers notre revue, que le toucher est un outil important de l'arsenal thérapeutique du masseur-kinésithérapeute. Ainsi, ses effets physiologiques favorisent la sécrétion d'endorphines, ont un rôle antalgique et améliorent le schéma corporel du patient. Ses effets psychologiques quant à eux permettent d'améliorer le ressenti du patient ainsi que son jugement vis à vis du thérapeute à travers un conditionnement positif.

Ensuite, nous supposons que sa complexité pouvait résider dans les aspects psychologiques qui s'y associent ainsi que dans les interprétations qui pourraient en être faites. Notre revue nous a permis de mettre en avant les interprétations possibles du toucher. Ce sont effectivement ces dernières qui en feront la complexité. Ces interprétations peuvent

ainsi être liées à l'intimité mise en place lors du toucher, à la possible sexualisation voire érotisation des gestes du thérapeute, et donc au potentiel de transgression véhiculé par le toucher.

Enfin, le dernier point mis en avant était que le toucher pourrait avoir une influence toute particulière sur le déroulement de la rééducation et sur la relation avec le patient. En effet, nous pouvons maintenant affirmer qu'il joue un rôle important dans la mise en place de la relation soignant-soigné et dans l'établissement d'une relation de confiance. Il permet également une communication non-verbale.

Pour revenir sur le terme de compétence, nous pouvons maintenant affirmer que le toucher en est une à part entière. En effet, si nous reprenons les différents points mis en avant par G. le Boterf dans ses définitions, le toucher y répond pleinement. Concernant les ressources internes, propres au professionnel, il devra en effet être capable de mettre en place la relation de soin en créant un lien de confiance, d'exprimer de l'empathie et du soutien, d'utiliser cet outil comme moyen de communication non-verbale et enfin de maîtriser ses ressentis et émotions. Concernant les ressources externes, le thérapeute devra être capable de s'adapter au contexte et au lieu de la prise en charge, ainsi qu'au patient. Il devra donc tenir compte de l'environnement de la prise en charge.

La complexité du toucher quant à elle s'explique de deux façons. D'une part, le fait que le toucher soit une compétence à part entière le rend de ce fait complexe par définition. En effet, nous l'avons vu en introduction, une compétence est, par essence, complexe. D'autre part, sa complexité peut également s'expliquer par les nombreuses composantes à prendre en compte lors de l'utilisation du toucher, notamment les effets thérapeutiques pouvant agir sur le patient, mais également les potentielles interprétations pouvant être faites lors du soin.

A travers tous ces points, nous pouvons donc valider nos hypothèses de recherche.

5. CONCLUSION

Le toucher est un outil important de l'arsenal thérapeutique du masseur-kinésithérapeute. Son utilisation est ancrée dans notre profession mais peu d'étudiants et de professionnels semblent se pencher sur ce qu'il entraîne réellement au cours de la prise en charge. Ces aspects nous ont amené à réaliser cette étude afin de déterminer ce qui fait du toucher une compétence primordiale et complexe du masseur-kinésithérapeute.

Ces recherches nous ont, dans un premier temps, permis de confirmer le manque d'intérêt de notre profession quant au rôle qu'occupe le toucher dans nos prises en charge. En effet, peu de recherches ont été conduites à ce sujet en masso-kinésithérapie et les recherches menées restent de faible niveau de preuve.

Cependant, notre revue de la littérature a permis de répondre à nos interrogations de départ et mettre en avant la place du toucher dans notre profession. Dans un premier temps, c'est la nécessité de formation et d'apprentissage concernant le toucher qui est ressortie. En effet, nous l'aurons compris, le toucher est une compétence à part entière, regroupant savoir, savoir-faire et savoir-être, et nécessitant donc une formation adéquate. Plusieurs pistes d'orientation de l'enseignement ont été mises en avant, montrant ainsi la complexité de transmission de cette compétence. Un autre point essentiel associé au toucher est son rôle relationnel. Nous avons pu le décrire à plusieurs reprises, la relation de soin établie entre le professionnel et le patient sera un pilier de la prise en charge et garante de son bon déroulement. Ainsi, le toucher permet de créer un lien de confiance, de communiquer au-delà de la parole. Il présente donc un rôle de communication essentiel qui paraît incontournable, notamment du point de vue des patients. Il permettra également au masseur-kinésithérapeute d'exprimer son empathie et de rassurer le patient. Ce lien de confiance aidera aussi à réduire la distance préétablie entre le soignant et le soigné et à rééquilibrer la relation, la rendant intersubjective et réciproque. L'importance du toucher en masso-kinésithérapie a également pu être décrite, de par son rôle d'outil thérapeutique et d'humanisation du soin. C'est dans ce sens que de nombreux professionnels du toucher se battent pour défendre cette compétence à part entière. De plus, il est important de rappeler les effets thérapeutiques qu'apporte le toucher ; son rôle analgésique, sa capacité à moduler les émotions ainsi que la représentation corporelle du patient, et enfin son effet sur le ressenti et la psychologie du patient. Tous ces effets donnent au toucher une place de choix dans la caisse à outil du masseur-

kinésithérapeute. Enfin et surtout, il reste important d'évoquer les potentielles interprétations pouvant être faites lorsque le professionnel va toucher son patient. Ce sont ces dernières qui vont rendre cette compétence si complexe à gérer. Ces interprétations pourraient avoir lieu de par la proximité établie lors du toucher et l'intimité mise en place. Il sera donc primordial, pour le masseur-kinésithérapeute, de faire en sorte d'établir une relation de soin saine et sans ambiguïté afin de se protéger et protéger le patient. Il sera nécessaire de veiller à ne pas érotiser les gestes thérapeutiques d'une part, à ne pas franchir les barrières du patient d'autre part, tout comme les barrières propres au professionnel. De ce fait, le masseur-kinésithérapeute devra s'adapter à chaque patient selon son âge, son sexe, sa culture ou encore ses réactions au cours du soin.

La prise en compte de tous ces aspects pourra avoir un réel impact sur notre pratique et nous permettre d'améliorer et d'approfondir notre prise en charge.

Des pistes de réflexions et d'amélioration pourraient maintenant être explorées. En effet, il semblerait nécessaire de mettre en lien ces résultats avec la pratique quotidienne des professionnels ainsi qu'avec le vécu des patients. Nous pourrions donc imaginer que la mise en place d'une recherche clinique, à travers des questionnaires ou des entretiens, permettrait d'approfondir notre étude et de développer un peu plus la réflexion.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vincent Buffault A. Histoire sensible du toucher. L'Harmattan; 2018. 162 p. ISBN : 9782343134314.
2. Ellingsen D-M, Leknes S, Løseth G, Wessberg J, Olausson H. The Neurobiology Shaping Affective Touch: Expectation, Motivation, and Meaning in the Multisensory Context. *Front Psychol.* 2016;6.
3. Leclercq P. Les praticiens du toucher thérapeutique - Vers une éducation et une formation professionnelles. Editions L'Harmattan; 2017. 572 p. ISBN : 9782343108728.
4. Chasseigne G. Cognition, santé et vie quotidienne. Publibook. Paris; 2007. 205 p. ISBN : 978-2748340167.
5. Chabert C, Cupa D, Kaës R, Roussillon R. Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites. ERES; 2008. 216p. ISBN : 9782749208053.
6. Dictionnaire Français en ligne - Larousse [Internet]. [Consulté le 26 mars 2020]. Disponible: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue/>
7. Mauduit L., Ferring V. La confiance dans la relation patient–thérapeute. *Kinésithérapie, la Revue.* Décembre 2016;16(180):60-4.
8. Roos S. L'approche par compétences - synthèse 2015. 2015. [Consulté de 7 avril 2020]. Disponible: <https://www.ac-strasbourg.fr/pedagogie/artsplastiques/toutes-les-actualites/actualite/article/lapproche-par-competences-en-arts-plastiques/>
9. Côté J-A. Guy Le Boterf, Développer et mettre en œuvre la compétence : Comment investir dans le professionnalisme et les compétences. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur.* 2018;3(34).
10. Henry J, Cormier J. Qu'est-ce qu'une compétence ? [Internet]. DISCAS. [Consulté le 7 avril 2020]. Disponible: <http://csrdsn.qc.ca/discas/reforme/definitionCompetence.html>
11. Henry J, Cormier J. Les bases cognitives de la compétence [Internet]. DISCAS. [Consulté le 7 avril 2020]. Disponible: <http://csrdsn.qc.ca/discas/reforme/schemaCompetence.html>

12. HAS. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. 2013 [Consulté le 18 mars 2020]; Disponible: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-etgradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux
13. Lecomte S, Juvin R, Vion-Genovese V. Appréhender le toucher : vers une éthique du soin ? Analyse des représentations par profession sur un territoire de santé. *Ethique et Sante*. Décembre 2017;218-24.
14. Maitrepierre M. L'anatomie palpatoire dans le cadre de la réforme des études. *Coopératif MK*. 2016;(2):1-2.
15. Bjorbaekmo WS, Menghoel AM. "A touch of physiotherapy" — the significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy. *Physiotherapy Thoery and Practice*. Janvier 2016;32(1):10-9.
16. Kelly MA, Nixon L, McClurg C, Scherpbier A, King N, Dornan T. Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions. *Qual Health Res*. Janvier 2018;28(2):200-12.
17. Geri T, Viceconti A, Minacci M, Testa M, Rossetini G. *Manual therapy: Exploiting the role of human touch*. Elsevier; 2019.
18. Hiller A, Delany C, Guillemin M. The communicative power of touch in the patient–physiotherapist interaction. *Physiotherapy*. 2015;101:565-6.
19. Willame M, Crozet M. Le toucher thérapeutique : Qu'attendre de nos mains ? Quels sont leurs effets ? *Kiné actu*. 2016;(1454):20-5.
20. Choplin A. *Apprendre le toucher*. [Mémoire de fin d'étude]. Université Aix Marseille 1; 2011.
21. Labédie G, Amossé G. Le socio-constructivisme [Internet]. 2001 [Consulté le 26 mars 2020]. Disponible: <http://gamosse.free.fr/socio-construct/Rp70109.htm>
22. Lederman SJ, Klatzky RL. Hand movements: a window into haptic object recognition. *Cogn Psychol*. Juillet 1987;19(3):342-68.
23. Same M. *Le toucher suspendu*. [Thèse]. Paris-Est; 2019.

24. Guéguen N, De Gail M. Le toucher : un indicateur culturel implicite du statut et du rôle. *Communication et organisation*. 2000; 18.
25. Hasler V. Le toucher au regard de l'histoire. *Mains libres*. 2018;(2):67-9.
26. Brunner R. Le respect de l'intimité, deux valeurs essentielles mais sujettes aux risques de la banalisation du soin quotidien, dans la relation de soins en massokinésithérapie. [Mémoire de fin d'étude]. Berck-sur-Mer; 2019.
27. Prayez P. Le toucher, le tact et la juste distance. Jusqu'à la mort accompagner la vie : revue de la Fédération JALMALV. 2006;(85):12-8.
28. Ghedighian-Courier J-J. Le toucher, un sens aux multiples avatars. *Cahiers jungiens de psychanalyse*. 2006;118(2):17-28.

ANNEXES

ANNEXE I : équations de recherche selon les bases de données

ANNEXE II : fiches de lecture

ANNEXE III : diagramme de flux

ANNEXE I : équations de recherche selon les bases de données

Bases de données	Equations de recherche
BDSP	(toucher) OR (toucher AND relation soignant soigné)
Science Direct	touch AND patient carer relationship AND physiotherapy
Kinedoc	toucher
Réédoc	toucher
Ulysse	toucher ET psychologie toucher ET formation
PubMed	(touch AND physiotherapy) OR (touch AND patient carer relationship)

ANNEXE II : fiches de lecture

Titre	A touch of physiotherapy” — the significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy
Auteurs	Bjorbaekmo WS, Mengshoel AM
Année	2016

	Description
Introduction	
Objectif de l'étude Question de recherche Hypothèse de recherche	Objectif : étudier le phénomène du toucher en kinésithérapie. Pas de question de recherche précise ni d'hypothèse de recherche. Présentation assez détaillée de l'article.
Matériel et méthode	Revue de la littérature, étude observationnelle et entretiens semi-directifs.
Type d'étude	
Population (nombre, critères d'inclusion, d'exclusion)	<ul style="list-style-type: none"> - 6 + 3 kinésithérapeutes travaillant dans différents centres. - 9 patients ayant des problèmes cervicaux depuis plus d'un mois. Tailles de groupes comparables mais les échantillons sont petits. Accord de comités d'éthique et consentements écrits recueillis. Pas de critère d'exclusion pour les masseurs-kinésithérapeutes, seulement un pour les patients (problèmes de moins d'un mois). Pas de randomisation.
Protocole utilisé	Observation de 16 séances : prise de notes après les séances, description de ce qui a été observé, entendu et ressenti. Entretiens semi-directifs avec les masseurs-kinésithérapeutes et les patients ayant participé aux séances d'observation + 3 masseurs-kinésithérapeutes : enregistrement audio et création de verbatim ensuite. Entretiens avec les patients juste après une séance, et avec les masseurs-kinésithérapeutes à la fin de la journée de travail. Nous ne connaissons cependant pas le contenu de ces entretiens.
Analyses statistiques	Analyse phénoménologique. Pas d'analyse statistique ni de présentation globale de l'ensemble des résultats. Nous pouvons seulement lire la retranscription d'une séance puis son analyse à travers la littérature.
Résultats	Résultats principaux :
Présentation, précision et lisibilité des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Conversation progressive. - La danse silencieuse du toucher et du mouvement en kinésithérapie. - Dialogue silencieux grâce au toucher qui permet de ne pas utiliser la parole ou la vue.
Discussion	Pas de discussion des résultats, de mise en avant des biais possibles. Mise en relation de leurs observations avec la revue de la littérature qu'ils ont pu faire.
Applicabilité et intérêt clinique	Les résultats sont intéressants pour la pratique quotidienne puisqu'ils mettent en évidence le fait que le toucher n'est pas qu'un contact peau-à-peau mais bien un moyen de communiquer avec le patient. Il joue également un rôle primordial dans la relation avec le patient.
Bibliographie	Les références sont bien présentées et pertinentes.
Résumé	Le résumé reprend les différentes parties de l'article et est fidèle aux données retrouvées.
Niveau de preuve (selon HAS)	5 car méthodologie assez peu pertinente.

Titre	Appréhender le toucher : vers une éthique du soin ? Analyse des représentations par profession sur un territoire de santé
Auteurs	Lecomte S, Juvin R, Vion-Genovese V
Année	2017

	Description
Introduction	La question de recherche n'est pas clairement définie.
Objectif de l'étude	Les objectifs de l'étude sont bien décrits : explorer les raisons qui poussent le professionnel de santé à toucher ses patients, la façon dont il interprète ses gestes et l'impact que cela a sur sa posture face au patient.
Question de recherche	Aucune hypothèse de recherche n'est présente.
Hypothèse de recherche	
Matériel et méthode	Enquête par auto-questionnaire + entretiens semi-dirigés.
Type d'étude	Cette étude semble appropriée pour répondre aux objectifs mis en avant.
Population (nombre, critères d'inclusion, d'exclusion)	Population choisie seulement sur la base du volontariat = pas de critères de sélection spécifiques. 17 professionnels soignants sollicités, 14 ont répondu au questionnaire, 8 à l'entretien = faible échantillon. Pas de distinction entre salariés et libéraux. 5 médecins, 1 maïeuticien, 3 infirmiers, 2 aides-soignants, 3 masseurs-kinésithérapeutes = pas la même représentation des professions. 57% de femmes et 43% d'hommes = pas paritaire.
Critère de jugement	Principal : recueil des représentations des soignants sur le toucher dans le soin et leurs perceptions quant à son impact sur le patient et sur eux-mêmes. Secondaire : déterminer s'il y a des dénominateurs communs ou des singularités propres à chaque profession. Ces critères ont tous été traités durant l'étude.
Protocole utilisé	Inclusion : tout professionnel de santé en activité acceptant de répondre. Exclusion : aucun. Enquête par auto-questionnaire aux professionnels de santé volontaires, puis entretien semi-dirigé avec les professionnels de santé volontaires également. Un verbatim a été mis en place après chaque entretien. Le moyen de distribution du questionnaire n'est pas précisé. Le questionnaire distribué n'est pas présenté dans l'article. Nous ne pouvons donc pas l'analyser.
Analyses statistiques	Pas d'analyse statistique mais classement des données : <ul style="list-style-type: none"> - Analyse qualitative et quantitative des questionnaires. - Regroupement par thème des données recueillies en entretien. - Comparaison des thématiques et association avec les données des questionnaires. - Analyse interprofessionnelle des résultats.
Résultats	Résultats principaux : <ul style="list-style-type: none"> - 70% des professionnels de santé sont d'accord avec l'affirmation que les professionnels de santé sont des « professionnels du toucher ». - 60% des professionnels de santé interrogés disent que le toucher dans le soin est naturel et 40% le considèrent comme essentiel. - 50% déclarent que le toucher leur sert à entrer en relation avec les patients. - 50% le fait en raison du soin. - 30% ne sont pas à l'aise avec certains types de patients. - 43% estiment que la formation sur l'impact du toucher fait défaut. - 70% disent avoir abordé la question du toucher à travers la pratique et 60% avoir acquis une sensibilité en formation continue. Résultats secondaires : <ul style="list-style-type: none"> - Les masseurs-kinésithérapeutes reconnaissent tous les effets positifs et tous les effets négatifs, conscients de l'interprétation qui peut en être faite et de son potentiel élevé de transgression.
Présentation, précision et lisibilité des résultats	Les résultats sont bien présentés et sont cohérents avec les attentes de l'étude.

Discussion	Bonne réflexion sur les biais liés à l'étude : biais de sélection et de réalisation. Enquête qui permet de poser des bases pour un éventuel élargissement de la population interrogée. Les résultats offrent des pistes de réflexion. Les résultats obtenus sont mis en lien avec la littérature.
Applicabilité et intérêt clinique	Proposition d'utilisation de ces résultats dans la pratique en définissant différents niveaux de toucher avec l'évolution du soin. Les résultats sont donc utilisés pour permettre d'améliorer la pratique des professionnels de santé.
Bibliographie	Références présentées correctement, relativement récentes et pertinentes pour l'argumentation des différents résultats obtenus.
Résumé	La construction du résumé est correcte et permet un aperçu global de l'article.
Niveau de preuve (selon HAS)	3 car essai comparatif non-randomisé, méthodologie bien décrite.

Titre	Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions
Auteurs	Kelly MA, Nixon L, McClurg C, Scherpbier A, King N, Dornan T
Année	2018

	Description
Introduction	
Objectif de l'étude	Objectif : synthétiser une conceptualisation cohérente du toucher à travers les métiers de la santé pour informer les professionnels lors de leur apprentissage et promouvoir une pratique interdisciplinaire du toucher. Pas de question de recherche formulée ou d'hypothèse.
Question de recherche	
Hypothèse de recherche	
Matériel et méthode	Méta-analyse / méta-ethnographie systématique.
Type d'étude	
Population (nombre, critères d'inclusion, d'exclusion)	Critères d'inclusion et d'exclusion bien détaillés. <ul style="list-style-type: none"> - Inclusion : toutes les études de toutes langues et n'importe quelle année. - Exclusion : études incluant des patients avec des capacités verbales ou intellectuelles altérées + patients avec vision ou ouïe altérées + études sur la perception tactile et la physiologie du toucher + études sur le toucher thérapeutique.
Protocole utilisé	Méthodologie bien décrite pour sélectionner les articles.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Le toucher communique le soin : moyen de communication reconnu par les patients et les professionnels. - Le toucher dépasse les frontières (physiques, personnelles ou professionnelles) et requiert des espaces sûrs. - Le toucher exerce le pouvoir + difficultés car les interprétations peuvent être différentes selon les personnes.
Présentation, précision et lisibilité des résultats	
Discussion	Les résultats permettent de répondre aux objectifs fixés par l'étude. Les auteurs mettent en avant les biais possibles et discutent de la méthode mise en place. Une comparaison avec la littérature est également faite. Faible nombre d'études incluses.
Applicabilité et intérêt clinique	L'étude met en avant la nécessité d'apprendre le toucher, tout comme les différents moyens de communication sont appris.
Bibliographie	Nombreuses références, correctement présentées et pertinentes.
Résumé	Le résumé reprend l'organisation de l'article et présente les résultats de façon fidèle.
Niveau de preuve (selon HAS)	2 car peu d'études incluses, mais la méthodologie est correctement suivie.

Titre	Le toucher thérapeutique : Qu'attendre de nos mains ? Quels sont leurs effets ?
Auteurs	Willame M, Crozet M
Année	2016

	Description
Introduction	
Objectif de l'étude	Comprendre les mécanismes et les effets que nous pouvons produire par le toucher sur nos patients. Pas de question de recherche à proprement parler.
Question de recherche	
Hypothèse de recherche	
Matériel et méthode	Dialogue suite à une étude réalisée par une étudiante.
Type d'étude	
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Toucher = dialogue silencieux avec le patient, complété par la discussion. - Toucher = outil diagnostique qui évolue et se perfectionne avec l'expérience et l'entraînement. - Le toucher permet une interaction entre le patient et le soignant. - Action du toucher sur la douleur.
Présentation, précision et lisibilité des résultats	
Discussion	Pas de discussion des résultats trouvés, et comparaison minime avec la littérature. Ouverture sur la complémentarité des outils mis à disposition des masseurs-kinésithérapeutes et de leurs mains.
Bibliographie	Courte, mais références bien présentées.
Niveau de preuve (selon HAS)	5 car opinion d'expert

Titre	Manual therapy: Exploiting the role of human touch.
Auteurs	Geri T, Viceconti A, Minacci M, Testa M, Rossetini G
Année	2019

	Description
Introduction	
Objectif de l'étude	Objectifs de cette publication :
Question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Explorer les différentes dimensions du toucher. - Explorer leurs implications pour la physiothérapie.
Hypothèse de recherche	= Objectifs bien définis mais il n'y a ni question de recherche, ni hypothèses.
Matériel et méthode	L'article est une revue de la littérature mais la méthodologie n'est pas décrite.
Type d'étude	
Résultats	Résultats principaux :
Présentation, précision et lisibilité des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Toucher analgésique : le toucher permet de moduler la douleur. - Toucher affectif : permet de communiquer et créer des émotions et de conditionner le cerveau. - Toucher somato-perceptuel : permet d'améliorer la perception corporelle du patient et d'en avoir une représentation plus intègre. <p>Résultats secondaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modifier l'apprentissage pour que les étudiants prennent conscience de ce rôle de communication. - Ces techniques manuelles sont une spécificité du métier de masseur-kinésithérapeute.
Discussion	Conclusion rapide mais pas de discussion quant aux résultats trouvés ni à la méthode utilisée.
	L'objectif de cet article semble cependant atteint et permet une ouverture d'esprit aux lecteurs concernant le toucher dans le métier de masseur-kinésithérapeute.
Bibliographie	Les références bibliographiques sont correctement présentées. De nombreuses références sont récentes et pertinentes.
Résumé	Le résumé reprend de façon succincte les différentes parties de l'article. Il ne reprend cependant pas le modèle IMRaD, tout comme l'ensemble de l'article, mais permet tout de même un aperçu exhaustif de l'article.
Niveau de preuve (selon HAS)	3 car revue de synthèse mais pas de méthodologie décrite ni d'analyse de l'étude.

Titre	The communicative power of touch in the patient–physiotherapist interaction.
Auteurs	Hiller A, Delany C, Guillemin M.
Année	2015

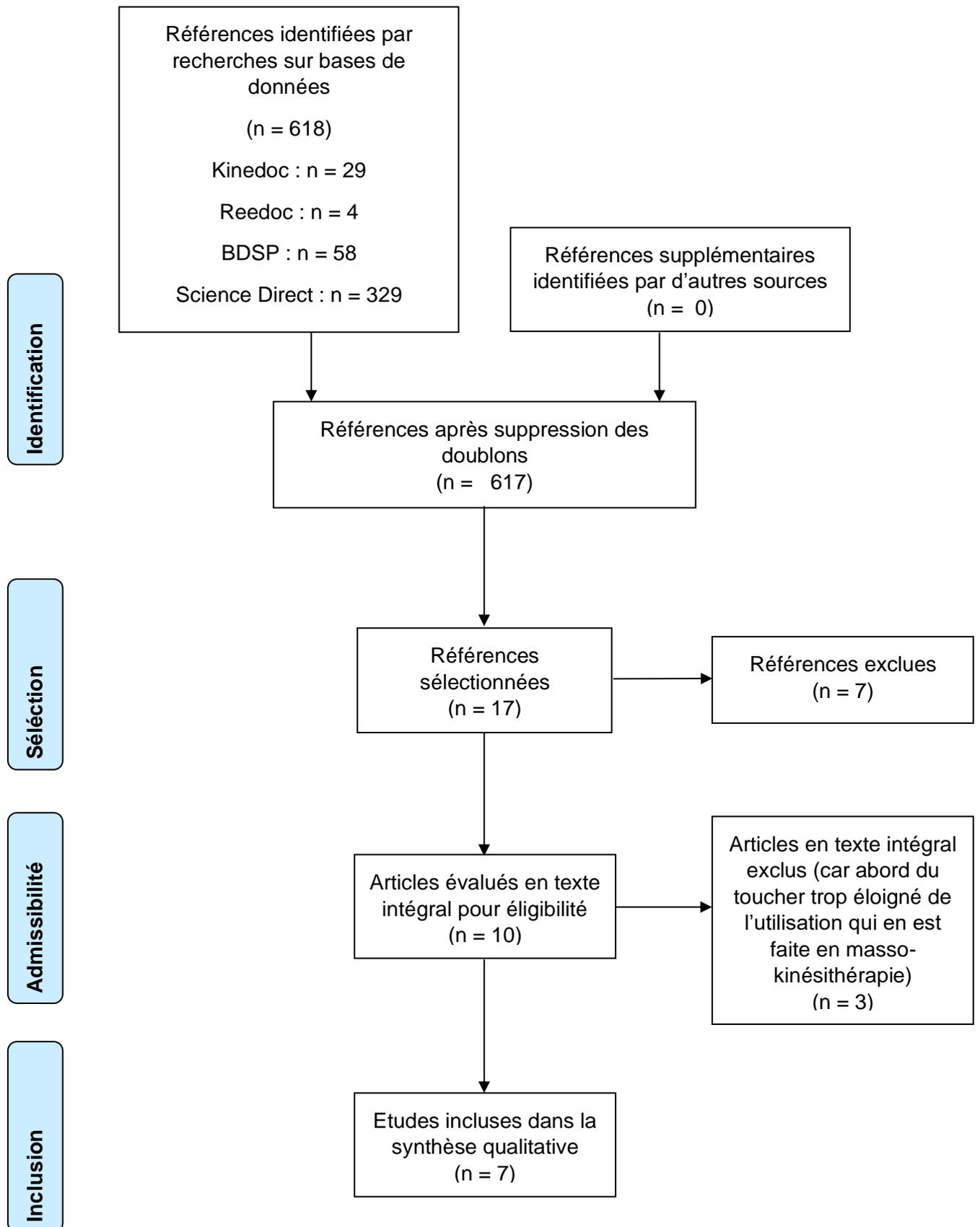
	Description
Introduction	
Objectif de l'étude	Explorer les éléments et la nature de la communication entre le masseur-kinésithérapeute et le patient dans le cadre privé.
Question de recherche	Objectif principal : établir un récapitulatif de la façon dont les masseurs-kinésithérapeutes communiquent avec leurs patients et comprendre quels sont les moyens de communication utilisés.
Hypothèse de recherche	
Matériel et méthode	Etude observationnelle sur le terrain. Mise en place de notes d'observations, de retranscriptions de séances de masso-kinésithérapie et d'entretiens approfondis.
Type d'étude	
Population (nombre, critères d'inclusion, d'exclusion)	8 masseurs-kinésithérapeutes et leurs patients, venant de deux cabinets libéraux de Melbourne. Les critères de sélection ne sont pas définis. La taille de l'échantillon est cependant faible et des biais de sélection sont donc présents.
Protocole utilisé	Observation de séances. Retranscription de séances. Entretiens approfondis avec des masseurs-kinésithérapeutes et des patients permettant une triangulation des données.
Analyses statistiques	Analyse des données par analyse thématique.
Résultats	Emergence de thèmes clés :
Présentation, précision et lisibilité des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation du toucher est apparue comme un aspect primordial de la communication. - Le toucher a un rôle central pour réaliser les aspects techniques du traitement : trouver la localisation des symptômes, guider et faire sentir le mouvement, réaliser le traitement manuel. - Le toucher est également utilisé à des fins de communication plus précise : montrer de l'empathie, du soutien ou encore du réconfort. - Les patients font largement ressortir le rôle du toucher dans la communication puisqu'ils le considèrent comme un soin à part entière et un moyen de faire confiance plus facilement au thérapeute.
Discussion	Il n'y a pas de réelle discussion ou de critiques de leur étude. Ils notent cependant que des recherches approfondies sur les aspects communicatifs du toucher permettraient d'élargir la discussion et d'aider à améliorer l'apprentissage. Les résultats ne sont cependant pas mis en lien avec la littérature. Les biais ne sont pas évoqués.
Applicabilité et intérêt clinique	Intérêt de l'étude : Focaliser l'apprentissage des thérapeutes sur le fait que le toucher a un impact sur la relation soignant-soigné. Cela permettra aux thérapeutes d'utiliser le toucher afin d'améliorer la relation et les liens qu'ils mettent en place avec les patients.
Bibliographie	Il n'y a pas de bibliographie disponible.
Résumé	Il n'y a pas de résumé disponible.
Niveau de preuve (selon HAS)	5 car méthodologie peu décrite.

Titre	L'anatomie palpatoire dans le cadre de la réforme des études.
Auteurs	Maitrepierre M.
Année	2016

Cet article n'est pas une étude mais un retour d'expérience d'un enseignant de l'IFMK de Dijon. Nous n'avons donc pas pu réaliser une fiche de lecture à proprement parler.

	Description
Introduction	Cet article a pour objectif de répondre à ces questions : <ul style="list-style-type: none"> - Le toucher ne devrait-il pas s'apprendre à défaut de se développer ? - Quels sont les moyens disponibles afin que l'élève développe sa connaissance palpatoire de futur professionnel en quelques mois seulement ? Il n'y a pas d'hypothèses émises ou de réelle question de recherche.
Objectif de l'étude Question de recherche Hypothèse de recherche	
Résultats	
Présentation, précision et lisibilité des résultats	Résultats et solutions proposées dans l'article : <ul style="list-style-type: none"> - Importance de la connaissance de ce que l'on touche. En masso-kinésithérapie, cela signifie qu'il faut donc connaître l'anatomie de ce que l'on va toucher afin d'en avoir une meilleure perception. - Il faut mettre en œuvre différents moyens pour permettre aux étudiants de développer leurs connaissances préalables afin que leur ressenti lors du toucher soit le meilleur possible = apprendre à observer. - Nécessité d'optimiser sa perception avant de mettre en place une action.
Bibliographie	Il n'y a pas de bibliographie disponible.
Niveau de preuve (selon HAS)	Pas de cotation possible

ANNEXE III : diagramme de flux



Le toucher : Compétence primordiale du masseur-kinésithérapeute et rôle essentiel dans la relation soignant-soigné

INTRODUCTION | Le toucher est un sens complexe et primordial au développement physique et psychique de l'être humain. Son utilisation et sa reconnaissance évoluent grandement selon les époques, les cultures et les sociétés. Malgré ces changements constants, il reste une compétence principale de l'arsenal thérapeutique du masseur-kinésithérapeute. Notre objectif est donc de montrer en quoi le toucher, de par ses effets physiologiques et psychologiques sur le patient, est une compétence primordiale du masseur-kinésithérapeute. **MATÉRIEL ET MÉTHODE** | Notre recherche a été menée jusqu'au 31 mars 2020. Nous avons interrogé six bases de données ; Kinedoc, Réédoc, PubMed, Science Direct, ULysse et BDSP. Nous avons inclus les articles publiés après 2015, en français ou en anglais et traitant du toucher dans sa globalité lors du soin. Des critères d'évaluation et d'analyse ont été définis afin d'élaborer la réponse la plus complète possible. **RÉSULTATS** | 7 articles parmi lesquels 5 études ont pu être inclus dans notre revue. Certains articles ont mis en avant la nécessité de se pencher sur les connaissances théoriques et techniques à transmettre aux futurs professionnels de santé afin de construire leur savoir et savoir-faire. D'autres ont développé le rôle incontestable du toucher dans la relation de soin et l'importance du savoir-être du masseur-kinésithérapeute. L'importance et la place primordiale du toucher dans notre métier sont également largement ressorties, tout comme ses effets thérapeutiques. Le toucher possède un effet antalgique, permet d'améliorer la perception corporelle du patient, de réguler les émotions ou encore d'agir sur la psychologie du patient. Enfin, malgré ces effets positifs, le toucher peut également être sujet à interprétations, le rendant complexe à gérer. **DISCUSSION** | Les résultats de notre travail ont permis de mettre en avant le rôle de cette compétence du toucher dans notre métier ainsi que sa complexité. Le faible niveau de preuve des articles inclus ainsi que les biais potentiels sont à souligner pour mettre en perspective ces résultats, qui n'en restent pas moins pertinents. **CONCLUSION** | Cette étude permet d'approfondir notre pratique et notre réflexion. Elle nécessiterait maintenant d'être mise en lien avec la pratique quotidienne.

Mots-clés : compétence, relation soignant-soigné, toucher

Touch : Primordial skill of the physiotherapist and essential role in the patient-carer relationship

INTRODUCTION | Touch is a complex and primordial sense for the physical and psychic development of the human being. Its use and recognition vary from eras, cultures and societies. Despite these constant changes, it remains a main competence of the physiotherapist's therapeutic arsenal. Our objective will therefore be to show how touch, due to its physiological and psychological effects on the patient, is a physiotherapist's primary skill. **MATERIALS AND METHODS** | Our research was conducted until March 31, 2020. We queried six databases : Kinedoc, Réédoc, PubMed, Science Direct, ULysse and BDSP. We included articles published after 2015, in French or in English and dealing with touch as a whole during care. Evaluation and analysis criteria were defined to develop the most complete response possible. **RESULTS** | 7 articles, including 5 studies, were included in our review. Some articles highlighted the necessity to look at the theoretical and technical knowledge to be passed on to the future healthcare professionals, in order to build their knowledge and know-how. Others have developed the indisputable role of touch in the care relationship and the importance of the physiotherapist's social skills. The importance and primary place of touch in our profession have also been widely expressed, as are its therapeutic effects. Touch has an analgesic effect, improves the patient's body perception, regulates emotions or even acts on the patient's psychology. Finally, despite these positive effects, touch can also be subject to interpretation, making it complex to manage. **DISCUSSION** | The results of our work have allowed to highlight the role of this skill of touch in our profession as well as its complexity. The low level of evidence of the included articles as well as potential biases should be highlighted to put these results into perspective, which are nevertheless relevant. **CONCLUSION** | This study allows us to deepen our practice and our reflection. It would now need to be linked to daily practice.

Key-words : skill, patient-carer relationship, touch