

Enjeux et intérêts de la relation dans la prise en charge masso-kinésithérapique.

Une relation singulière avec le patient pour renforcer l'adaptation et l'efficacité des techniques en masso-kinésithérapie.

Travail écrit en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat en Masso-Kinésithérapie

IRFSS Limousin Croix-Rouge française
Juin 2016

Fanny LOCQUET

Promotion 2013 / 2016

Sous la direction de :

Jacques ROUZIER Formateur, Cadre de santé masseur-kinésithérapeute

IRFSS Limousin

Expertise par Helène BRUDY-RIVAILLE Psychologue et Psychothérapeute en Gestalt-thérapie



Enjeux et intérêts de la relation dans la prise en charge masso-kinésithérapique

Une relation singulière avec le patient pour renforcer l'adaptation et l'efficacité des techniques en masso-kinésithérapie.

Travail écrit en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat en Masso-Kinésithérapie

IRFSS Limousin Croix-Rouge française

Juin 2016

Fanny LOCQUET

Promotion 2013 / 2016

Sous la direction de :

Jacques ROUZIER Formateur, Cadre de santé masseur-kinésithérapeute

IRFSS Limousin

Expertise par Helène BRUDY-RIVAILLE Psychologue et Psychothérapeute en Gestalt-thérapie

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Jean-Luc GERARDI, directeur de l'IRFSSL (Institut Régional de Formation Sanitaire et Social du Limousin) pour sa compréhension et pour m'avoir donné envie d'intégrer cette école ainsi que toute l'équipe de formateurs qui m'ont suivi au long de ces trois années de formation.

Je remercie particulièrement Monsieur Jacques ROUZIER mon directeur de mémoire ainsi que Madame Hélène BRUDY-RIVAILLE pour leurs précieux conseils et leur disponibilité au long de l'élaboration de ce mémoire.

Merci à Madame Florence FAUCHER formatrice à l'IFMK APSAH pour son aide documentaire.

Je remercie mon père ainsi que Johanna BURGESS pour leur correction et leur aide en anglais.

Merci aussi à Marianne MOUTARD pour sa relecture et ses conseils.

Un grand merci à ma famille, ma mère pour sa présence et ses mots justes, Sarah, Martin et Nina pour leur énergie.

Merci aussi à mes amis, les slackeurs, mes colocataires de la rue Condorcet et toutes ces rencontres au fil du temps qui m'ont donné la force et l'envie de continuer à me questionner et permis d'avancer dans le monde du soin.

Sommaire

INTRODUCTION	1
PARTIE 1 : « <i>Un regard sur le passé pour questionner le présent</i> » (Jacques Monet)	3
1. Le passé : un peu d'histoire.....	3
1.1. Les origines du métier.....	3
1.1.1. Le massage	3
1.1.2. La gymnastique médicale ou kinésithérapie	4
1.1.3. La rééducation.....	5
1.2. La création du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute	5
2. Le présent : une place dans le monde de la santé.....	6
2.1. La législation.....	6
2.2. L'évolution de la formation	7
2.2.1. Le recrutement	8
2.2.2. Les contenus.....	8
PARTIE 2 : La santé, un système complexe.....	12
1. Des concepts de santé en évolution.....	12
1.1. Qu'est-ce que la santé ?.....	12
1.1.1. Définitions.....	13
1.1.2. Les modèles de besoin	13
1.1.3. Etre en « bonne santé » ?.....	14
1.2. Les modèles de santé.....	15
1.2.1. Le modèle biomédical	15
1.2.2. Le modèle global, biopsychosocial ou holistique	15
1.3. la maladie : un message, une étape	17
2. Les attentes du soigné	17
2.1. Des attentes marquées et fortes	18
2.2. Les connaissances du patient	19
2.3. Des limites à la rééducation identifiées et prises en compte.....	20
2.3.1. La peur	20
2.3.2. La douleur	20

2.3.3. La fatigue et l'état émotionnel	21
PARTIE 3 : Une relation de soins singulière	22
1. La mise en relation de deux individus.....	23
1.1. Le regard	23
1.2. Le mouvement, le toucher et l'apparence	23
1.3. La parole.....	24
1.4. L'écoute.....	25
2. Interaction ou relation ?	25
3. Une relation « qui soigne » singulière et bénéfique.....	26
3.1. Une relation singulière	27
3.1.1. Les modèles de relation médecin-malade	27
3.1.2. Un patient et un soignant : deux humains différents.....	29
3.2. La relation qui soigne.....	30
3.2.1. Une relation qui se construit sur la confiance	30
3.2.2. Une relation professionnelle qui construit un partenariat	30
3.2.3. Une relation qui améliore le soin	31
4. Les limites de cette relation.....	32
CONCLUSION	35
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	38
TABLE DES ANNEXES.....	41

INTRODUCTION

Avoir pour projet de devenir professionnel du soin implique de mettre l'humain au cœur de son futur quotidien de travail.

D'après Walter HESBEEN, « *le soin est une attention particulière, portée à une personne qui vit une situation particulière et ce dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé* ». (Hesbeen, 1999)

Le Masseur-kinésithérapeute, en tant que « professionnel de santé » est particulièrement concerné par la relation qu'il va construire avec son patient ; relation indispensable à la « prise en soins » afin d'en favoriser la qualité et la poursuite jusqu'à son terme.

Cette évidence commune se heurte toutefois aux multiples réalités et contextes de la relation de soin, rencontre et partage entre deux individus dont le rôle est en pleine évolution : le masseur-kinésithérapeute et le patient, malade, soigné.

Les recherches réalisées par les soignants ayant pour thème la relation sont nombreuses, prouvant ainsi l'intérêt général pour le sujet. Pourtant la question reste inépuisable, car chaque soigné est unique, chaque soignant est différent et chaque rencontre entre ces deux individus est singulière.

Ainsi j'ai pu constater qu'il existait plusieurs approches des soins, notamment parmi les plus couramment décrites : l'approche biomédicale basée sur des techniques qui sont essentielles mais qui m'ont pourtant paru parfois insuffisantes à l'accomplissement de mon métier et l'approche globale ou biopsychosociale du soin qui comprend la première mais considère également le patient dans sa totalité.

Au fil de la formation, suivant les lieux d'exercice et les différents services, j'ai pu observer et proposer des prises en charge qui ne me semblaient pas toujours satisfaisantes. Progressivement, ma réflexion s'est orientée sur l'approche du patient dans sa rééducation. L'équipe de formateurs ainsi que certains tuteurs m'ont aussi permis d'évoluer dans l'accompagnement et l'établissement de cette relation au patient.

Au terme de cette formation, j'ai désormais pris conscience de la possibilité offerte au masseur-kinésithérapeute d'apporter des soins de qualité et de nouer une relation

singulière malgré certaines résistances (institutionnelles, personnelles,...), quel que soit le type d'exercice : libéral ou salarié.

Il me paraît aujourd'hui possible de développer sa motivation de soignant en trouvant les outils permettant des soins basés sur la construction d'une relation adaptée, à partir d'une vision holistique du soigné et une approche humaniste du soignant.

Il m'a donc paru intéressant d'aborder ce sujet dans le cadre du mémoire de fin d'études sous l'angle suivant :

La co-construction d'une relation entre le masseur-kinésithérapeute et le patient pour une meilleure prise en soins.

Au travers de cette étude, je vais dans un premier temps retracer l'importante évolution du métier et de la formation du masseur-kinésithérapeute, amenant à repenser son rôle et son statut dans la relation qu'il va pouvoir construire avec le patient.

Dans un second temps, je m'attarderai sur les concepts liés à la santé et les différentes approches du soin ainsi que sur le développement des attentes du patient.

Enfin, j'explorerai le parcours commun effectué par ces deux acteurs en envisageant des pistes de solutions que je pourrai mettre en pratique, me permettant de créer une relation de soin singulière et tenterai de déterminer les contours et les limites de cette relation entre le masseur-kinésithérapeute et le patient.

PARTIE 1 : « *Un regard sur le passé pour questionner le présent* » (Jacques Monet)

1. Le passé : un peu d'histoire...

Le métier de masseur-kinésithérapeute possède une histoire particulière qui a profondément marqué les pratiques. Les deux origines de la profession ont orienté les masseurs-kinésithérapeutes vers le soin du corps des malades par le mouvement mais aussi par le contact et le toucher, significatifs dans la mise en relation des deux acteurs de la prise en soin : le thérapeute et le patient.

1.1. Les origines du métier

Héritée des pratiques médicales grecques et romaines, ainsi que d'influences orientales, la masso-kinésithérapie est aujourd'hui une combinaison de multiples techniques et pratiques : le massage d'une part, la gymnastique médicale et la rééducation/ réadaptation d'autre part.

1.1.1. Le massage

Le mot massage vient du grec « *massein* » qui traduit l'action de frotter et de l'arabe « *mass* » qui signifie palper, toucher. (Dufour, 2006)

Issu des savoirs populaires, principalement transmis oralement ou par observation du geste, le massage est une pratique ancestrale utilisée depuis l'antiquité. Dispensé dans les thermes et hammam par la suite, le massage est une technique utilisée au départ par des non-professionnels, puis petit à petit par certains médecins qui prennent conscience de l'intérêt de la pratique et commencent à l'expérimenter en ville et dans les hôpitaux dans un but thérapeutique. (Monet, 2003)

La distinction entre le massage hygiénique et le massage thérapeutique voit le jour au cours de la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle suite aux écrits concernant le massage du Dr Estradere. (Monet, 2003)

A cette époque, le monde médical « savant » cherche à obtenir l'exclusivité de ces pratiques manuelles pour soigner leurs patients. Une opposition se crée face aux médecines populaires, guérisseurs, rebouteux, magnétiseurs qui utilisent également des formes de massage mais de façon plus occulte, empirique.

L'intérêt du massage dans les soins des patients se développe : « *Le massage est une pratique simple et courante dont les effets sont vantés par les malades.* » (Remondière, 2014)

C'est à partir de la fin du XIX^{ème} siècle que les premières écoles de massage, dirigées par des médecins ouvrent leurs portes. Puis au début du XX^{ème} siècle, un enseignement de massage spécialement conçu pour les aveugles est proposé en 2 années d'études. A la même époque vont être instaurés deux diplômes d'état : celui d'infirmier-masseur et celui de masseur-aveugle.

Le massage intègre donc le milieu médical induisant une nouvelle forme de soins par le toucher créant ainsi un nouveau type de communication entre le patient et le thérapeute.

1.1.2. La gymnastique médicale ou kinésithérapie

« *Depuis le début du 19^{ème} siècle, des médecins, des militaires et des gymnastes ont cherché à démontrer le rôle de l'exercice physique appliqué aux organes de l'homme.* » (Monet, 2003)

Le mot kinésithérapie est apparu au cours du XIX^{ème} siècle, dérivé de la racine grecque « kinesi » qui signifie mouvement. C'est un mot ancien qui a longuement côtoyé les mots de physiothérapie et de cinésithérapie. Cependant bien avant l'apparition de ce terme, les bienfaits de l'exercice physique sont reconnus. Avant d'être qualifiée de « thérapeutique », c'est pour ses vertus hygiéniques que l'éducation physique est adoptée par les institutions militaires et scolaires.

Petit à petit la gymnastique intègre le milieu médical suite aux observations des médecins qui adaptent les exercices aux contraintes des malades. Cette gymnastique « thérapeutique » est un peu différente de la gymnastique classique jugée trop brutale voire acrobatique. Mais la prise en compte de la posture, de la motricité et de la pédagogie du mouvement améliore la santé des patients et le corps médical continue de légitimer ces pratiques par des études scientifiques. (Remondière, 2014)

Dans les années 1890, la gymnastique suédoise fondée sur des bases anatomo-physiologiques arrive en France et va inspirer de nombreux médecins. Ce qui va

induire la gymnastique « thérapeutique » qui sera largement utilisée pour toutes les pathologies incluant des malformations ou déviations rachidiennes comme par exemple dans le cas des torticolis ou des scoliozes chez les enfants mais aussi dans le domaine de l'orthopédie.

1.1.3. La rééducation

Rééduquer signifie « refaire l'éducation de... ». Ce concept est également né à la fin du XIX^{ème} siècle.

Les accidentés du travail puis, par la suite, les blessés et mutilés de guerre se retrouvent en situation de handicap qu'il est impossible de « guérir » au sens de retour à l'état antérieur à l'accident. L'idée de les ré-adapter est alors apparue.

Par ailleurs, c'est particulièrement dans le domaine de la neurologie, que les médecins praticiens se voient désemparés à guérir la pathologie et cherchent d'autres moyens pour réadapter leurs patients à la vie sociale. L'idée n'est alors plus de traiter la pathologie de façon curative mais de trouver avec le malade des adaptations afin de vivre « au mieux » avec le handicap. C'est le mouvement du patient qui va être traité, par des techniques de gymnastique d'une part mais aussi par des massages et des mobilisations.

Le Pr F. Raymond, cité par Monet dans sa thèse, définit la « rééducation des mouvements » qui deviendra la « rééducation motrice » comme la « *gymnastique raisonnée destinée à rétablir les rapports normaux entre la perception consciente et la volonté.* » (Monet, 2003)

1.2. La création du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

Le 30 avril 1946, le diplôme d'état de Masseur-Kinésithérapeute est créé. Il naît de la réunion des professions d'infirmier-masseur, de masseur-aveugle et de gymnastes médicaux. Les titulaires de ce diplôme d'état deviennent les seuls à pouvoir exercer les pratiques du massage et de la gymnastique médicale.

Le code de la santé publique (titre II du livre III article L4321-1) qui encadre la profession énonce que « *La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale* ».

Ce diplôme d'état établit donc un véritable statut légal pour la profession et les compétences du masseur-kinésithérapeute seront énoncées dans un décret en 1962. Le masseur-kinésithérapeute est à cette époque un auxiliaire médical qui peut exercer son art sous prescription médicale qualitative et quantitative.

La profession, en recherche de cadre, de crédibilité et d'autonomie crée en 1993 une association pour la Recherche en Kinésithérapie (AFREK) et tente de s'organiser avec la mise en place d'un ordre des masseur-kinésithérapeutes en 1995, le décret d'application n'étant pas paru, le texte de loi est abrogé en 2002. C'est en 2004, par la loi 2004-806 qu'un ordre professionnel pour les masseur-kinésithérapeutes voit le jour. Cela aura comme conséquences d'inscrire la profession dans un fonctionnement autonome.

2. Le présent : une place dans le monde de la santé

De la naissance du diplôme d'état de masso-kinésithérapie jusqu'à aujourd'hui de nombreux textes ont fait évoluer la profession et donc la formation.

2.1. La législation

L'écriture des textes de lois ainsi que des décrets régissant la profession permet à la société et à l'état d'avoir un regard sur l'exercice des professionnels et permet également de lutter contre le charlatanisme, en protégeant le patient ainsi que le thérapeute en cas de litiges.

Certaines étapes ont marqué profondément l'évolution du métier :

- La notion de diagnostic kinésithérapique apparaît dans le décret du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et permet au thérapeute le libre choix

des actes et techniques employées. La prévention, le conseil et la recherche élargissent encore le champ de compétences de la masso-kinésithérapie.

- Un peu plus tard, en février 2000 l'arrêté du 6 janvier 1962 est modifié. Le caractère qualitatif et quantitatif de la prescription médicale est supprimé.
- L'arrêté du 9 janvier 2006, par application de l'article L.4321-1 du code de la santé publique autorise les masseur-kinésithérapeutes à prescrire des dispositifs médicaux inscrits sur la liste et en rapport avec son exercice.
- Le 26 janvier 2016, l'article L4321-1 du code de la santé publique a été modifié, donnant une nouvelle définition du métier de masseur-kinésithérapeute :

« La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :

1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;

2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.

Le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.

Le masseur-kinésithérapeute exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité conformément au code de déontologie mentionné à l'article L. 4321-21. » (Code de la santé publique, 2016)

Le masseur-kinésithérapeute évolue d'une posture d'auxiliaire médical qui applique des techniques à une posture d'acteur de soins.

Cette étape importante implique plus d'autonomie et de responsabilités et permet à ce professionnel d'acquérir une position lui permettant la création d'une relation différente avec son patient.

2.2. L'évolution de la formation

Depuis 1980, la demande d'une quatrième année ainsi que la réingénierie des programmes de formation est lancée. Elle n'a pourtant été octroyée qu'à la rentrée 2015. Elle permet l'uniformisation de la formation sur le format européen de type

LMD (Licence Master Doctorat) ainsi que son entrée dans l'université ouvrant ainsi officiellement les portes de la recherche.

La formation subit également une refonte importante amenant plus encore le masseur-kinésithérapeute à adopter une approche globale des soins.

2.2.1. Le recrutement

Depuis la création du Diplôme d'Etat, en France, le recrutement dans les Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie se faisait par un concours privé organisé par les instituts eux-mêmes et basé sur le programme national du baccalauréat scientifique (Première et Terminale).

Désormais et ce depuis l'arrêté du 16 juin 2015, l'entrée en IFMK (Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie) se fait à l'issue d'un concours intégré à une première année universitaire.

2.2.2. Les contenus

L'évolution des contenus de la formation est liée à l'évolution du métier ainsi qu'à la vision de la santé et la prise en compte de nouveaux modèles.

- La formation par le programme de 1989 :

Dans ce programme, les enseignements étaient répartis en 4+12 modules.

En 1^{ère} année, l'objectif était d'acquérir les connaissances d'anatomie et de physiologie ainsi que les techniques fondamentales de masso-kinésithérapie.

En 2^{ème} et 3^{ème} année, les cours étaient principalement basés sur l'étude des pathologies et sur leur thérapeutique. L'alternance avec les stages permettait la mise en pratique des cours principalement théoriques.

Dans ce programme de formation, basé sur le modèle biomédical curatif, certaines notions comme l'aspect psychologique, la relation soignant-soigné, la globalité du patient et l'éducation à la santé étaient abordées rapidement en première année.

Les savoirs étaient fractionnés et divisés en modules et les liens entre les connaissances acquises étaient à réaliser par l'étudiant. (Hancart-Lagache & Richard, 2015)

- Le nouveau programme de formation de 2015 :

L'évolution de la formation initiale associe désormais le développement des compétences, la professionnalisation et le conventionnement avec l'université.

En s'inscrivant pleinement dans le modèle de santé complexe, le référentiel de formation est composé de 32 unités d'enseignement dont 3 unités d'intégration qui sont en lien avec les 11 compétences à acquérir.¹

Les objectifs de cette nouvelle formation sont désormais basés sur l'acquisition de compétences ainsi que sur l'analyse réflexive des pratiques professionnelles.

« L'enjeu est de permettre aux futurs masseur-kinésithérapeutes d'acquérir les nouvelles compétences par la combinaison de savoirs académiques et cliniques orientés vers des « savoirs-agir complexes », pour devenir des cliniciens accomplis et compétents, et assurer ainsi les missions qui leur permettront de prendre pleinement leur place dans le monde de la santé de demain » (Hancart-Lagache & Richard, 2015)

Les théories d'apprentissage constructivistes et socioconstructivistes sont à l'origine de ce nouveau référentiel et privilégient la construction du savoir par des méthodes actives comme l'analyse de situation ou des pratiques.

La construction d'une relation avec le patient est au cœur du nouveau programme. Parmi les 11 compétences, 5 concernent la collaboration avec le patient.²

- La compétence 1-2 stipule que le masseur-kinésithérapeute doit être capable de *« repérer et d'analyser la plainte et les attentes du patient »*.

¹Cf Annexe 1

²Cf Annexe 1

- La compétence 2-3 met en avant l'adhésion du patient au projet : « *la mise en œuvre d'un projet thérapeutique construit en accord avec le patient* ».
- La compétence 3, 3-2 et 3-3, affirme qu'il faut « *placer le patient en qualité de coauteur, de codécideur des objectifs et des moyens de soins* » et souligne le développement d'une « *posture éducative, notamment pour élaborer des objectifs partagés avec le patient* ».
- La compétence 4-6 précise « *Informar la personne, construire avec elle la séance, recueillir son adhésion aux actes thérapeutiques* ».
- La compétence 5 est intitulée « *Etablir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie* ». Il est attendu du masseur-kinésithérapeute qu'il accueille, écoute et instaure une relation de confiance avec le patient et qu'il développe une relation de partenariat avec la personne soignée.

Le point 3 affirme une vision globale et l'adaptation au patient : « *Adapter sa communication, la nature des informations communiquées au patient et son comportement en fonction des caractéristiques du patient, de son état psychologique et de sa motivation* » tout comme les points 4 et 5 qui envisagent l'éducation du patient adaptée à son individualité : « *expliquer au patient les effets attendus, les risques et les limites de l'intervention en massokinésithérapie en prenant en compte sa pathologie, son niveau de connaissances, ses représentations, son environnement social, professionnel et culturel, son niveau de langage, ses attentes pronostiques et son état psychologique* » et « *expliquer le déroulement de la prise en charge masso-kinésithérapique et s'assurer de sa compréhension par le patient et son entourage* ». La relation permettra de « *négoier et construire les modalités de l'intervention avec le patient et/ou son entourage en fonction des objectifs du projet thérapeutique* » comme il est précisé dans le point 6.

(Protection sociale - solidarité, 2015)

Cette première partie nous permet de comprendre comment notre métier s'est élaboré et a progressé au fil du temps.

La volonté de remettre le patient en tant que sujet au cœur des soins est une des perspectives d'aujourd'hui notamment en terme de formation des futurs professionnels de santé.

Le masseur-kinésithérapeute bénéficie d'une formation, et possède l'appui légal, le rôle, l'autonomie et le statut lui permettant de déterminer, de construire et d'accompagner le parcours qu'il entreprendra avec le patient au moyen d'une véritable relation soignante.

Cette prise en soin va s'inscrire dans un modèle de santé complexe et ces évolutions modifient également de façon conséquente la position du soigné dans cette relation.

Le masseur-kinésithérapeute devra développer les outils afin de modifier son approche du patient.

PARTIE 2 : La santé, un système complexe

Depuis la fin du XIX^{ème} siècle, avec le développement des découvertes scientifiques, la maladie est perçue comme une aberration du corps et le malade comme un ensemble d'organes à diagnostiquer et traiter. Le patient est soumis à l'expertise médicale et aux consignes données qu'il se doit de suivre sans discuter.

Tout au long du XX^{ème} siècle, les sciences exactes amènent de plus en plus de technicité dans le diagnostic et la réalisation des actes vise la réparation des organes et des parties du corps. (Pierron, 2007)

Vers 1970, le développement des sciences humaines amène à prendre en compte d'autres éléments dans la prise en soins. A nouveau, il s'agit de traiter le malade et non plus la maladie et de revaloriser la relation soignant-soigné.

Plus récemment, le respect et l'autonomie du patient deviennent omniprésents dans le monde des soins. Le malade est le seul à choisir ce qui est bon pour lui et la liberté d'accepter ou non les soins lui est donnée.³ (Protection sociale - solidarité, 2015) (Loi-Kouchner, 2002)

En dehors de cas spécifiques, avoir une vision mécanisée du patient est désormais jugé insuffisant par la majorité des praticiens dans l'accompagnement de leurs patients. (Allaire, 2007)

Nous allons voir que les concepts de santé ont évolué, de nombreux modèles d'étude de l'individu ont prouvé l'interconnexion entre le corps du patient et son environnement, son état psychique et sa vie. De plus, le patient possède désormais de plus en plus de connaissances, ses attentes évoluent et il ne transmet plus sa confiance automatiquement et directement au personnel soignant.

1. Des concepts de santé en évolution

1.1. Qu'est-ce que la santé ?

La santé est un concept qui a énormément évolué au fil du temps. Passant de l'absence de maladie à la notion de bien-être, l'idée de satisfaire les besoins fondamentaux de l'être humain est omniprésente.

³ Cf Annexe 1

Mais la santé est par ailleurs un concept subjectif, propre à chaque individu qui en aura une vision différente pour chaque situation.

1.1.1. Définitions

La « santé » par définition de l'Organisation Mondiale de la Santé datant de 1946 est « *Un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Plus tard, Poletti (1983), citée par Lemercier donne une définition de la santé un peu différente et y inclus une idée de mouvement, d'avancée dans le temps : « *L'être humain est un tout dynamique et complexe avec des aspects biologiques, psychologiques, psychosociologiques et spirituels. Il est inséré dans un environnement sur lequel il agit et qui agit sur lui. Il recherche un état d'équilibre dynamique entre son corps et son esprit, entre les différentes instances de sa personnalité et entre lui-même et son environnement.* » (Lemercier, 2013)

L'idée d'un équilibre entre le bien-être de la personne et son environnement est désormais de mise. Le rétablissement de l'homéostasie (état d'équilibre dynamique, sans cesse changeant) du patient dans son environnement prend une place importante dans le soin des patients.

1.1.2. Les modèles de besoin

Plusieurs auteurs ont travaillé sur les modèles de besoins de l'être humain.

Dans les années 1950, Abraham Maslow, psychologue du travail américain a publié un essai intitulé « A theory of human motivation » où il expose une hiérarchie des besoins fondamentaux de l'être humain qu'il classe en cinq niveaux⁴:

- Besoins physiologiques, pour le maintien de la vie
- Besoin de protection et de sécurité émotionnelle
- Besoin sociaux : amour et appartenance

⁴ Cf annexe 2

- Estime de soi et des autres
- Accomplissement, réalisation de soi

Ce meneur de l'approche humaniste considère que les besoins d'un niveau doivent être atteints avant de pouvoir envisager de satisfaire les besoins du niveau supérieur.

A la même époque, Virginia Henderson infirmière américaine s'en inspire et développe également une étude des besoins spécifiques de l'être humain. Elle les décline en 14 besoins essentiels qu'elle extrait de ses observations dans le milieu médical.⁵

Pour elle, les besoins ne sont pas hiérarchisés mais sont au contraire d'égale importance et toute insatisfaction de l'un de ces besoins entraîne une perturbation de la santé.

Mais la santé est également un concept beaucoup plus large qui peut englober la société, de même que chaque individu aura une vision particulière de sa propre santé.

1.1.3. Etre en « bonne santé » ?

Quels sont aujourd'hui, les besoins de santé en rapport avec les attentes du patient ? Mener une vie satisfaisante pour le patient tout en prenant conscience des limites et contraintes qu'entraîne sa pathologie est également une vision de la « bonne santé ».

Accepter ces limites et contraintes sans renoncer aux aspirations et projets du patient est fondamental et servira de moteur à la rééducation.

Le retour à un état dit de « santé » des patients étant l'objectif principal de la rééducation, c'est en adaptant les propositions de soin en fonction du patient de ses limites et de son état (douleur, fatigabilité) que la rééducation, réadaptation sera la plus efficace.

⁵ Cf annexe 2

D'après Poletti : « *Le bien-être est une croissance pour toujours changeante allant vers la réalisation du potentiel de la personne et tenant compte de ses besoins, de ses capacités et incapacités.* » (Poletti, 1994)

La reconnaissance et la prise de conscience de ces ressources permet de maintenir un état motivationnel positif pour le patient ainsi que pour le thérapeute.

Afin d'obtenir les éléments indispensables permettant cette prise en compte, il sera nécessaire de créer une relation de soin professionnelle de qualité qui engagera les deux parties vers le retour à l'état dit de « bonne santé » de chaque patient.

1.2. Les modèles de santé

1.2.1. Le modèle biomédical

Issu de l'application des sciences exactes en médecine, ce modèle marque une scission entre le corps et l'esprit. La santé est perçue comme l'absence de maladies et la maladie comme un problème purement organique.

Un rapport d'autorité entre le patient et le soignant régit la relation de soins. Le patient, objet des soins est passif et profane et le médecin est l'expert qui diagnostique et traite les pathologies. Les actions sont ciblées sur l'objectivation des symptômes et de la maladie dans le corps. (Lamant, 2010)

Ce modèle unidimensionnel a longtemps prévalu dans le milieu des soins de par l'évolution rapide des découvertes scientifiques non accessibles au public, coexistant toutefois avec un autre modèle issu des sciences humaines qui envisageait la personne au cœur de sa vie. Il reste un aspect de la réalité des prises en soin mais doit s'élargir face aux nouvelles conceptions de la santé et s'éloigner d'un discours souvent moralisateur basé sur les positions réciproques des acteurs de la relation.

1.2.2. Le modèle global, biopsychosocial ou holistique

Holistique, terme dérivé du grec « holos » signifie le tout. La santé holistique par définition implique de tenir compte des dimensions physique, mentale, émotionnelle, familiale, sociale, culturelle et spirituelle de l'être humain.

L'objet principal devient la santé et non plus la maladie. Le patient n'est plus vu comme un organe malade mais bien comme un individu à part entière.

G.L. Engel est le fondateur du modèle biopsychosocial. Ce médecin généraliste et psychanalyste du XX^{ème} siècle a beaucoup travaillé dans le mouvement cherchant à concilier « le réductionnisme biologique » et le versant psychanalytique médical. Il insiste sur le fait que pour comprendre les éléments des systèmes biologiques, il faut les mettre en relation avec « tout ».

A l'époque, il souligne l'intérêt de l'expérience subjective du patient et propose d'en faire des études scientifiques. *« Ses idées constituent non seulement un objectif scientifique, mais aussi le fondement d'une idéologie qui tente de contrer la déshumanisation de la médecine et l'infantilisation des patients. »* (Siskou, 2008)

Une autre vision de la santé holistique est celle de Rosette Poletti.⁶

Elle affirme que la santé holistique est *« l'état de bien être qui reconnaît chaque aspect de la personne en interaction avec son environnement. L'importance est mise sur l'harmonie avec nous-mêmes, la nature et le monde. »* (Poletti, 1994)

Dans cette approche de la santé dite holistique, c'est la prévention de la maladie, le maintien de la santé et le processus de guérison qui sont jugés importants.

« Atteindre à cette harmonie, à cet état de santé globale ou « holistique », nécessite une aptitude à la communication, un accès à l'information, une possibilité de vivre et d'exprimer ses sentiments, de rechercher une signification à sa vie. » (Poletti, 1984)

C'est alors dans la subjectivité de la relation humaine et dans le lien entre la maladie et la personne souffrante que la ré-autonomisation du patient va pouvoir avoir lieu.

⁶ Cf annexe 3

1.3. la maladie : un message, une étape

L'apparition d'un trouble, d'une maladie ou d'une douleur va être vécue comme une perturbation pour le patient. La satisfaction des besoins fondamentaux n'est plus assurée du fait de cette perturbation et entraîne une remise en question de sa santé.

Mais la maladie peut aussi être l'expression de difficultés ou de besoins voire d'impossibilité de faire face à la vie, ou à cette vie.

« On sait toujours plus précisément que la maladie a de multiples fonctions qui n'ont rien à voir avec la recherche d'une solution à un problème physique. La maladie peut avoir des fonctions positives pour la personne et moins on les reconnaîtra, moins on pourra accompagner utilement le bénéficiaire de soins vers ce qui est plus important pour lui. » (Poletti, 1994)

Deux approches distinctes se sont opposées dans l'histoire du soin. Aujourd'hui, ces deux approches sont reconnues et se complètent amenant le soignant à s'adapter à l'individu dans un contexte, un environnement et des attentes particulières.

2. Les attentes du soigné

Depuis 2002, l'idée du patient passif a disparu dans les textes de loi avec la parution de la loi « Kouchner » relative aux droits des malades et à la qualité des soins. La notion de « consentement éclairé » du patient voit le jour. Cela sous-entend alors que le thérapeute, en plus de pratiquer ses actes thérapeutiques va devoir éduquer son patient et être capable de répondre à ses questions concernant sa situation et son état. (Loi-Kouchner, 2002)

Le patient prend une tout autre posture, il va devenir, en partenariat avec le masseur-kinésithérapeute, son propre soignant.

2.1. Des attentes marquées et fortes

La santé et la maladie sont des processus qui doivent être abordés de manière individuelle, notamment au travers des besoins de chacun.

« Cette idée suppose qu'aucun professionnel ne possède les compétences pour répondre aux demandes de chacun, celles-ci étant toutes isolées et entières. »
(Amendoeira, 2004)

Sans être exhaustif, parmi les principaux besoins et attentes nous pouvons retrouver :

- La confiance :

Les patients s'attendent tout d'abord à ce que le soignant possède les connaissances et aptitudes pour le soigner mais également l'intention de leur prodiguer des soins de qualité et d'agir dans leur intérêt. (Ontario, 2013)

Longtemps accordée d'office par le patient, exigée par un monde médical tout-puissant et basée sur une relation rendue asymétrique par la prédominance des connaissances scientifiques, la confiance n'est plus un postulat.

Aujourd'hui, cette confiance se base aussi sur des demandes sous-jacentes qui sont de connaître la cause de son mal, son évolution et d'y trouver un sens.

- Le respect :

Le respect est également une attente forte de la part des patients. Ce respect porte sur l'intimité et le secret professionnel mais aussi sur les différences de croyances, d'orientation sexuelle, d'origine ethnique,...

Cette notion de respect a tendance à s'élargir à de nombreuses situations plus quotidiennes de la prise en soins. Le patient s'attend à ce que le soignant l'entende et le respecte dans sa globalité en tant qu'individu.

- La considération de son environnement :

Le patient attend que l'on prenne en compte son mal, son ressenti physique, mais également les conséquences de son mal, notamment sociales.

L'approche perceptuelle de Combs (1976) cité par Monique Formarier dans son article « Relation de soins concepts et finalités » met en avant qu' « *une personne agit en fonction de ses représentations et de ses perceptions face à une situation.* » (Formarier, 2007)

Dans cette approche, l'ajustement de la réponse à la situation se fera grâce à la compréhension du comportement de la personne.

- La vérité :

Le patient s'attend à ce qu'on lui dise la vérité sur la façon dont on va le soigner, les étapes du soin, la souffrance éventuelle et ses possibilités de récupération. En lien avec la notion de respect, il souhaite de plus en plus être un partenaire informé, et ce le plus complètement possible.

- La négociation :

La satisfaction de la personne soignée suppose que l'on prenne en compte ses besoins mais aussi ses demandes. Elle s'attend de plus en plus à ce qu'on lui donne la possibilité de choisir la meilleure action pour elle-même à un moment donné. Il n'est plus acquis, pour de nombreux soignés, que les professionnels puissent s'autoriser à prendre seuls les décisions concernant leur santé. (Amendoeira, 2004)

2.2. Les connaissances du patient

Le patient ainsi que son entourage possède des connaissances et peut aujourd'hui les élargir facilement avec l'accès libre à de nombreuses sources sur internet. Bien que souvent jugées insuffisantes et même remises en question, ces sources lui permettent de poser un premier autodiagnostic sur son problème de santé. Même si, conscient de ses limites, il consulte un professionnel de santé pour obtenir un traitement, il aura l'impression de connaître sa pathologie et de pouvoir participer à sa prise en charge.

Dans le cadre des maladies chroniques, l'éducation thérapeutique du patient implique de prendre en compte ses connaissances, de les renforcer et de le rendre acteur de sa démarche thérapeutique.

L'OMS définit : « *l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.* » (OMS, 1996)

De plus, le patient possède son environnement, son histoire qui va retentir sur sa vision de sa santé ou de sa maladie et donc sur la prise en charge.

2.3. Des limites à la rééducation identifiées et prises en compte

2.3.1. La peur

La peur par définition est une émotion, une alarme. Elle régit de nombreux comportements par le biais de la représentation de la menace vitale à laquelle elle renvoie. (Vlaeyen & Crombez, 2009)

Les réactions face à la peur vont être la paralysie (sidération), la fuite (chimique ou physique) ou encore l'attaque (comportement d'agressivité).

La peur va de fait, influencer la performance des patients dans leur évolution vers la guérison et l'acceptation de leur maladie parce qu'elle dirige leur attention sur les autres signaux d'alerte comme la douleur. (Vlaeyen & Crombez, 2009)

En effet, dans le cas de certains patients, la peur liée à la douleur va exacerber les sensations perçues. Bien entendu, l'objectivation des émotions comme la peur est difficile car elle fait partie intégrante de la vie de la personne. Chaque individu va vivre et ressentir ses peurs de manière différente à chaque instant.

2.3.2. La douleur

La douleur va être dans la majorité des cas, ce pourquoi le patient va consulter un masseur-kinésithérapeute.

Dans son article « Approche philosophique de la douleur : pour une éthique du sujet », Alexandre Klein, doctorant en philosophie différencie la douleur de la souffrance. La douleur est une sensation donnée, perçue par le sujet comme réalité de fait. Alors que la souffrance correspond à la manière dont le sujet vit, tolère, supporte la douleur. (Klein, 2007)

Identifier si possible la douleur, expliquer, lui donner un sens va amener le patient à mieux accepter cette douleur et peut contribuer à diminuer sa souffrance.

2.3.3. La fatigue et l'état émotionnel

La chronicité, les sources multiples de douleurs et l'état de fatigue du patient vont influencer le seuil de tolérance du patient et le soignant se doit dans la mesure du possible d'en tenir compte, notamment en adaptant le contenu de ses séances.

De même, les émotions, le vécu affectif joueront également sur ce seuil et amèneront le patient à participer différemment aux soins.

L'évaluation de ces multiples seuils est importante car elle va amener le patient à avoir un comportement d'économie et de confort face à la fatigue et la douleur.

Dans un premier temps, nous avons envisagé l'évolution du statut et de la formation des masseurs-kinésithérapeutes, influant sur sa place dans la relation de soin.

Puis, au travers des notions comme la santé et les différentes approches du soin, nous sommes questionné sur la nouvelle place du soigné.

Il nous reste maintenant à étudier plus avant cette relation singulière entre le masseur-kinésithérapeute et le patient, à définir cette relation et en envisager la construction, les finalités et les limites.

PARTIE 3 : Une relation de soins singulière

Après avoir vu que le métier de masseur-kinésithérapeute a évolué vers une autonomisation et gagne petit à petit une place particulière dans le monde de la santé, que les modèles de soins et les attentes des patients se sont développés, nous allons nous pencher sur ce qui nous paraît au cœur de ces transformations : une conception du soin, unique et singulière dépendant de chaque soignant, choisie par lui et de chaque patient reconnu dans son entièreté, entendu dans ses attentes.

Entre ces deux êtres, à la base même du soin, va se créer un lien, une relation singulière à visée thérapeutique.

La relation est considérée comme générateur de soins car elle est le moyen de comprendre ce dont souffre la personne et de connaître ses besoins. Le malade est un sujet, point de départ et aboutissement des soins. Or, il n'est pas possible de le connaître sans créer une relation professionnelle de soins qui utilisera les informations récoltées et permettra d'adapter sa prise en charge. C'est la relation avec le patient qui devient le pivot des soins, qui devient soignante. (Raoult, 2004)

Dans le cadre de la rééducation, la relation entre le patient et le masseur-kinésithérapeute constitue une part encore plus importante. En effet, c'est au fil du temps et des séances, parfois nombreuses dans le cadre des pathologies chroniques par exemple, que les deux acteurs de cette relation vont devoir apprendre à se connaître l'un et l'autre afin d'établir des objectifs communs, de déterminer les étapes et les limites et de trouver ensemble des pistes de rééducation.

Dans un premier temps, nous tenterons d'examiner quelques éléments permettant la mise en relation de deux individus, puis nous aborderons la notion de relation, pour ensuite définir les différents modèles de relations de soin et enfin déterminer les contours et limites de cette relation de soin.

1. La mise en relation de deux individus

Dès les premiers instants, le soignant puise des informations très précieuses. De la même façon, il va agir sur la relation dès la mise en contact avec le soigné en lui communiquant sciemment ou non, un certain nombre d'informations.

De nombreux auteurs, dissocient la communication entre la communication verbale et non-verbale. Selon les auteurs, le langage du corps (ou non-verbal) représente plus de la moitié du message, de 60 à 80% et le langage verbal de 20 à 40%. (Reny, 2012) Etymologiquement, communiquer signifie « mettre en commun ». Dans la vie de tous les jours, nous communiquons comme nous respirons, c'est-à-dire sans y penser.

1.1. Le regard

La vue va être la première prise d'information, tant du côté du patient que du soignant. C'est tout d'abord un échange de regard qui va mettre en relation les individus. (Reny, 2012)

Le masseur-kinésithérapeute va commencer son analyse visuelle dès la première rencontre avec le patient, son attitude et sa posture vont être observées afin de récolter le maximum d'informations.

De son côté, le patient va lui aussi observer l'environnement, le thérapeute, ainsi que ce qui l'entoure et cela va influencer la suite. Le patient aura dès lors, par exemple, plutôt une tendance à avoir confiance ou bien au contraire, il va se mettre en position de défense.

Le regard porté sur l'autre va conditionner la construction de la relation. (Barrier, 1996)

1.2. Le mouvement, le toucher et l'apparence

Pour un masseur-kinésithérapeute, la façon dont va se mouvoir le patient est l'un des éléments primordiaux de son futur diagnostic. Mais il peut également y puiser des informations importantes sur la personnalité et l'état psychologique du patient.

Le patient sera lui aussi sensible au positionnement physique du masseur-kinésithérapeute. Il ne sera par exemple pas anodin d'accompagner son patient depuis la salle d'attente, en se tenant à ses côtés, en le suivant ou en le précédant.

L'apparence dans nos sociétés est un élément prégnant, celle du patient peut fournir des indices précieux pour la prise en charge. De même, le soignant portant une blouse n'aura pas la même image que celui qui n'en porte pas. (Reny, 2012)

Pour le masseur-kinésithérapeute, le massage est un moyen thérapeutique, une technique qu'il a apprise et qu'il réalise dans un but précis. Du côté du soigné, le massage induit un toucher, d'ordinaire réservé à une sphère intime et il n'y portera pas la même signification.

1.3. La parole

Par le biais de la communication verbale, le masseur-kinésithérapeute va pouvoir motiver, rassurer son patient. Le langage scientifique et médical nécessite souvent une traduction pour le patient qui ne possède pas les connaissances nécessaires à sa compréhension.

Il est également important de prendre conscience du pouvoir des mots et des silences donnés à un patient souvent en état de fragilité. Le soignant doit être attentif dans le choix de ses mots, qui portent un contenu pouvant être apaisant ou au contraire angoissant voire blessant. (Reny, 2012)

Lorsque le « on » est utilisé par les soignants, il peut provoquer un amalgame entre les points de vue du soignant et du soigné. Il ne permet pas au soigné d'incarner son rôle et le prive d'autonomie et d'expression de sa propre parole.

1.4. L'écoute

L'écoute fait partie des attentes fortes du patient. Par une écoute active (disponibilité, reformulation ...) le soignant va permettre la création du lien menant à la relation.

« Ecouter l'autre, activement, c'est lui permettre d'en dire plus et de s'entendre lui-même lorsque je reprends ou résume ce qu'il vient de me dire, ce que j'ai entendu ou du moins ce que j'ai compris dans ce qu'il a dit » (Salomé & Galland, 1990)

Lors des présentations, faire preuve d'écoute et donner de l'attention au patient lui permet d'exprimer ses demandes et ses craintes, de mettre en place une confiance et permettra la mise en place d'une relation. (Reny, 2012)

Nous avons vu que la mise en présence du masseur-kinésithérapeute et de son patient va au-delà d'une simple « rencontre », elle permet dès les premiers instants de puiser de nombreuses informations mais elle va aussi donner le sens de la future relation de soin.

2. Interaction ou relation ?

Il est important de différencier ces deux notions, car on emploie le terme de relation pour qualifier tous les échanges intervenant entre un soignant et un soigné. Pourtant toutes les rencontres entre ces deux individus ne donnent pas lieu à la construction d'une véritable relation.

Ficher (1996) cité par Formarier dans son article « La relation de soins concepts et finalités » distingue l'interaction de la relation : *« La notion d'interaction suppose une mise en présence concrète de deux personnes qui vont développer entre elles une succession d'échanges ; la notion de relation est plus abstraite et désigne une dimension de la sociabilité humaine... elle révèle des facteurs cognitifs et émotionnels à l'œuvre »*. (Formarier, 2007)

Les interactions mettent en œuvre des moments d'échange isolés bien qu'ils puissent être chargés d'un contenu complexe et fort.

La continuité et le lien dans les échanges entre les deux acteurs du soin constituent l'essence même de la notion de relation. En effet, la relation peut être envisagée comme une suite d'interactions mais dans laquelle chaque rencontre (ou interaction) est reliée à la précédente et affectera la suivante. (Formarier, 2007)

Le patient envisage majoritairement une relation en y impliquant des représentations et des attentes spécifiques ainsi que des affects. Le soignant peut avoir quant à lui des attentes différentes et se positionner parfois dans des interactions.

« Néanmoins, si des situations de soins ne nécessitent que des interactions entre le patient et les soignants, la plupart des prises en charge des patients devraient être basées sur des relations. » (Formarier, 2007)

Les interactions se révèlent, de plus, inégales du fait de la position du soignant qui évolue sur son terrain de compétences contrairement au patient qui ne maîtrise pas ce monde du soin, ses codes, ses modes de communication.

Ce n'est pas un souhait de la part des soignants mais le fruit d'une représentation commune. Abric (1999) cité par Formarier définit *« La représentation est une vision du monde, vision fonctionnelle permettant à un individu de donner un sens à ses conduites (elle détermine ses comportements), de comprendre la réalité à travers son propre système de référence (donc de s'y adapter, de s'y définir une place). »* (Formarier, 2007)

3. Une relation « qui soigne » singulière et bénéfique

Au-delà des pratiques basées sur les techniques liées aux savoirs et compétences, le masseur-kinésithérapeute devra « prendre soin » pour répondre aux demandes du patient, satisfaire à ses besoins et atteindre sa propre finalité qui sont les objectifs de rééducation.

Ce sont les relations interpersonnelles qui vont permettre de pratiquer le « prendre soin » de manière efficace.

La relation soignant-soigné est une relation professionnelle à visée thérapeutique qui n'a de sens et d'intérêt que si elle permet de mieux cerner le patient et sa pathologie ainsi que ses attentes et ses choix par rapport au soin.

3.1. Une relation singulière

C'est le besoin de santé qui va provoquer la rencontre du soignant et du soigné. C'est la qualité de la relation établie à partir des interactions entre ces deux acteurs qui va conditionner la prise en soin permettant d'apporter la réponse à ce besoin.

3.1.1. Les modèles de relation médecin-malade

Dans les années 1950, le sociologue américain Talcott Parsons (*The Social System*, 1951, référence de l'approche structuro-fonctionnaliste), dans un contexte où la médecine est en passe de devenir toute-puissante grâce aux découvertes de traitements visant les maladies infectieuses, définit un type unique de relation médecin-malade.

Dans ce modèle les rôles sont clairs : la maladie est une perturbation dont le malade n'est pas responsable, le médecin est compétent donc actif et le malade ignorant donc passif. Cette relation asymétrique est acceptée par les deux parties qui souhaitent la guérison.

Le malade reconnaît le pouvoir du médecin et lui accorde sa confiance tandis que le médecin fait preuve de neutralité sur le plan affectif. (Parsons, 1970)

Ce modèle unique ne peut prendre en compte l'évolution des pathologies et notamment les affections chroniques. C'est pourquoi, deux sociologues américains Szasz et Hollender, proposent trois styles de relation médecin-malade, en fonction de l'état du malade et de la chronicité des pathologies. Le médecin est toujours considéré actif, tandis que le patient est tantôt passif (activité-passivité), tantôt capable de suivre en partie les conseils prodigués (guidance-coopération), voire capable de prendre en charge sa maladie avec l'aide du médecin (participation mutuelle). (Fournier & Kerzanet, 2007)

Dans un climat de contestation des institutions et des pouvoirs, dans les années 1960-1970, un modèle plus conflictuel émerge porté par les chercheurs de l'école interactionniste. Eliot Freidson, considère qu'un conflit de perspectives est présent dans toutes relations médecins-malades. Il n'existe pas de consensus à priori, le malade est en mesure de faire valoir son point de vue à des degrés divers et à chacune de leur interaction.

Le malade sera plus actif suivant le contexte de l'interaction, suivant le statut social du malade mais également suivant les différents types de spécialités médicales (pédiatrie, chirurgie ou au contraire psychothérapie et maladies chroniques). (Freidson, 1984)

Emmanuel E.J. et Emmanuel L.L. en 1992 proposent un modèle basé sur le partage du pouvoir dans lequel ils établissent quatre « idéaux-typiques » de relation médecin-malades.⁷

Plusieurs modèles sont proposés aux médecins par leurs confrères, afin d'améliorer la relation médecin-malade, notamment par des approches nouvelles de la consultation, en y intégrant une réflexion psychanalytique. Michael Balint cité par Fournier et Kerzanet. (Fournier & Kerzanet, 2007).

Ensuite, par d'autres modèles, les consultations sont découpées en étapes de la prise de contact à la clôture, en passant par le recueil des informations et des demandes du patient, la négociation et le choix commun (P.R.A.C.T.I.C.A.L., Bryne and Long, Penndleton, Bard).⁸

Il n'existe pas de modèle idéal, certains supposant une forte implication du patient, celle-ci n'étant pas toujours souhaitée.

Le modèle délibératif, consistant à informer le patient, à lui donner un avis puis à débattre en le laissant libre de ses choix paraît couramment admis. Il s'apparente à la

⁷ Cf annexe 4

⁸ Cf annexe 5

démarche de « Counseling » née au début du XXème siècle aux Etats-Unis. L'idée de ce modèle est que le médecin se positionne comme un guide qui accompagne et conseille le patient dans ses prises de décisions, impliquant la notion de partenariat, de coopération entre le médecin et son patient.

3.1.2. Un patient et un soignant : deux humains différents

Outre le statut de patient et de soignant, ces deux individus sont des êtres humains qui comportent chacun leur personnalité, leur vie, leur histoire, etc.

C'est cette singularité qui va rendre cette rencontre riche et intéressante, c'est cette singularité qui va rendre cette rencontre difficile.

Dès la première rencontre, le patient comme le soignant vont positionner leur relation par la reconnaissance de leur qualité d'humain. Chacun doit trouver son rôle, c'est dans l'ouverture à l'autre que la relation doit s'engager afin d'envisager l'avenir.

Pour faire face à certaines situations, le soignant devra mettre en place une écoute et une compréhension de la souffrance de l'autre par l'empathie.

L'empathie est une qualité importante pour le professionnel du soin. Elle peut également être un outil thérapeutique car elle permet une compréhension et un accès à la subjectivité du patient, à ce qu'il vit.

Une définition de l'empathie est donnée par Rogers (1986), cité par Decety : « *Etre empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si ».* » (Decety, 2004)

Il est ainsi important de différencier le concept d'empathie du concept de sympathie. L'empathie permettrait à la personne de garder sa capacité de jugement tout en étant dans la compréhension, elle exclue le processus d'identification présent dans le cas de la sympathie où il y aurait une « contagion des émotions ». Jorland image cette différence : « *Autrement dit, l'empathie établit, dans ce cas, une symétrie de rotation, la sympathie une symétrie de réflexion.* » (Jorland, 2004)

Salomé définit quant à lui l'empathie comme « *l'ensemble des signaux qui circulent entre deux personnes où la bienveillance et le respect dominent. L'empathie circulera dans toute relation où une personne facilite le développement ou la croissance d'une autre, et l'aide à mûrir, à s'adapter, à s'intégrer, ou à profiter de sa propre expérience.* » (Salomé, 2003)

L'empathie sera exprimée par le soignant avec ses paroles et ses comportements, dans une attitude volontaire qui servira de socle à la relation de confiance.

3.2. La relation qui soigne

3.2.1. Une relation qui se construit sur la confiance

« *L'ouverture à l'autre constitue la pierre d'angle de la relation* » (Lamant, 2010)

Les deux acteurs de la relation pourront s'exprimer, être acceptés tels qu'ils sont.

La confiance pourra alors s'installer, chacun ayant compris et accepté le rôle de l'autre, chacun ayant entendu l'engagement demandé par l'autre.

Nous avons vu que dans les anciens modèles, la confiance du soigné était acquise par principe, les savoirs et connaissances scientifiques n'étant accessibles qu'au soignant. Cette confiance « aveugle » ne se discutait pas.

Aujourd'hui, la confiance doit être gagnée par l'écoute bienveillante, et l'empathie dont va faire preuve le soignant.

Le soignant devra aussi prouver qu'il est capable d'entendre et de négocier au cours de leur relation dans le cadre d'un partenariat où la parole de l'un est égale à la parole de l'autre.

3.2.2. Une relation professionnelle qui construit un partenariat

A partir de la relation de confiance, une alliance, un partenariat va s'établir entre le soignant et le soigné.

Le soignant doit montrer qu'il se soucie de la maladie, mais aussi du bien de l'autre pour espérer engager un partenariat. Le soigné va s'engager à être acteur de son propre traitement.

Leur but est commun, mais construire une relation de soin implique l'engagement des deux acteurs dans un véritable partenariat. Ce partenariat signifie de partager les informations, les alternatives possibles et de choisir ensemble un projet et ses étapes. Le soignant doit accepter les demandes du patient sans les considérer comme une contestation de leur pouvoir, une absence de confiance.

Afin d'engager une coopération, le pouvoir ne doit plus être un enjeu. Le patient ne doit plus se sentir inférieur, le soignant doit accepter un éventuel échec. Ils pourront alors prendre des décisions qui les satisferont tous les deux.

Ce partenariat va s'établir sur la durée et nécessitera des adaptations permanentes mais les deux parties en retireront de grands bénéfices.

3.2.3. Une relation qui améliore le soin

Le patient entre en relation avec un masseur-kinésithérapeute suite à une prescription médicale, souvent en complément d'un traitement médicamenteux.

Le masseur-kinésithérapeute effectue des propositions de soins en fonction de la prescription, des attentes du patient et du bilan qu'il va effectuer. Par la relation qu'il va construire, le diagnostic masso-kinésithérapique pourra être amélioré et le soignant aura une démarche individualisée de cette prise en soin, ce qui la rendra plus efficace.

Ensemble, ils vont pouvoir choisir les différents moyens thérapeutiques qui seront utilisés, les étapes et les objectifs. Par exemple, la relation soignant-soigné, par la mise en confiance du patient va lui permettre d'exprimer ses plaintes et souffrances, de demander des informations complémentaires si nécessaire sans peur d'être jugé. Par cette relation, le patient obtient une place de partenaire, sa parole est écoutée et ses choix respectés.

Le patient pourra également plus facilement négocier le traitement en cas d'expériences passées avec certaines techniques. Il adhérera mieux au traitement et il y aura alors moins d'échecs.

De plus, le suivi et l'implication du patient seront différents si le soignant instaure une relation de soins avec son patient. La création d'une alliance amènera les deux parties à négocier des engagements et à les respecter jusqu'au terme de la prise en soin.

Au-delà de l'atteinte des objectifs fixés, cette relation permet la mise en place d'une éducation du patient et donc la prévention de rechutes ou attitudes vicieuses pouvant provoquer d'autres pathologies.

Par l'établissement de cette relation, le soin sera plus humain et la prise en charge ne pourra être que meilleure, pour le soigné comme pour le soignant.

4. Les limites de cette relation

L'établissement de la relation passe par une phase de discussion qui n'est pas toujours attendue par le patient et pas toujours facile à mettre en place par le soignant. Le temps passé à établir cette relation dès la rencontre peut sembler difficile à trouver voire inutile.

Certains patients ne souhaiteront pas ou ne pourront pas entrer en relation et préféreront rester au stade des interactions multiples. Ce choix est respectable et peut évoluer au fil de la prise en soins. Il peut être lié à des représentations personnelles ou un vécu du patient.

Malgré une volonté réciproque, la relation peut ne pas s'établir correctement. Les enjeux de pouvoir peuvent ne pas s'équilibrer, rendant le partenariat difficile à construire. Le patient peut vouloir rester passif, refuser le partage de responsabilités

qui lui est proposé, ou au contraire il peut souhaiter garder une place prépondérante dans la prise de décision, refuser d'accorder sa confiance au soignant.

Le masseur-kinésithérapeute doit accepter de ne pas pouvoir établir une relation avec tous ses patients même si elle lui semble souhaitable. Le fait de reconnaître le soigné dans sa globalité d'être humain l'amène à accepter ses limites.

Le masseur-kinésithérapeute étant lui-même un être humain, il ne peut se couper de ses propres émotions, de son vécu et ses affects. Son implication ne peut être identique au quotidien et pour chaque soigné.

Le soignant étant responsable du déroulement et de l'évolution de la relation de soins, c'est à lui de fixer les limites le plus clairement possible et notamment de veiller à éviter l'installation des phénomènes de transfert et de contre-transfert.

Le transfert est un processus psychologique qui tend à reporter sur le soignant des affects inadaptés, souvent la répétition de positions infantiles. Le transfert peut prendre la forme d'identification, c'est-à-dire un attachement affectif en tant que modèle à imiter, ou de la projection c'est-à-dire attribuer à l'autre ses propres craintes ou désirs inconscients. Ce transfert peut toutefois être un passage dans la relation et ne pas avoir de conséquences sur la prise en soins. (Raoult, 2004)

Le contre-transfert désigne les difficultés possibles pour le soignant de poser des limites à la relation, il implique une notion d'attachement et souligne la complexité de la prise de recul par rapport à ses propres émotions. La relation doit rester professionnelle pour être efficace et soignante. (Raoult, 2004)

Cette relation doit rester dans le cadre du soin masso-kinésithérapique et servir ce soin. Il peut être nécessaire de rediriger certains patients vers d'autres professionnels de santé afin de respecter les limites du métier.

Bourdieu (1985) cité par Formarier écrit : « *Ne pas déroger de son rôle en lien avec ses compétences, ni dans le « pas assez », ni dans le « trop », qui dépasse nos limites et faire appel aux autres en cas de nécessité.* » (Formarier, 2007)

La collaboration entre professionnels a tendance à se matérialiser avec la mise en place de réunions de synthèses ou la création des maisons de santé permettant de répondre aux divers besoins des patients et de proposer une prise en charge globale.

CONCLUSION

La construction d'une relation entre un soignant et un soigné possède un objectif : obtenir la collaboration et l'adhésion du patient afin de lui proposer une meilleure prise en soins.

Elle n'a pas de sens pour elle-même mais propose une réponse humaine émanant de professionnels qui souhaitent améliorer leurs pratiques en inscrivant dans leur démarche clinique la globalité de la personne soignée.

Le métier de masseur-kinésithérapeute a considérablement évolué depuis sa création et l'autonomie conférée à cette profession s'inscrit dans la formation des professionnels de demain. La réingénierie des études, en laissant plus de place aux sciences humaines dans le programme de formation confirme cette évolution vers une plus grande adaptation au patient et à sa situation dans le projet thérapeutique. L'accueil, l'information du patient, l'établissement d'une relation ainsi que l'entretien de cette relation avec le patient et son entourage font désormais partie des compétences développées chez le futur masseur-kinésithérapeute. La collaboration du patient est prise en compte et la construction d'un véritable partenariat est encouragée tout au long du parcours de soin. La compétence 5 est intitulée « *Etablir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie* » ainsi dans le nouveau référentiel le soignant doit « *accueillir, écouter et instaurer une relation de confiance avec le patient* », « *développer une relation de partenariat avec la personne soignée* » et « *expliquer le déroulement de la prise en charge masso-kinésithérapique et s'assurer de sa compréhension par le patient et son entourage* ». ⁹ (Protection sociale - solidarité, 2015)

L'identité professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes va se construire dans le lien établi avec le soigné qui lui permettra en toute autonomie de choisir et d'utiliser les technologies et techniques appropriées à son patient à chaque rencontre.

⁹ Cf Annexe 1

Sans que la relation devienne prépondérante sur la qualité des soins proposés, un professionnel de soin peut choisir des temps forts comme l'accueil, le bilan, choisir certaines techniques ou l'ordre des techniques employées (massages en début de prise en soin par exemple) pour accompagner le patient dans les étapes de sa prise en soin.

Les modèles de santé reprennent cette évolution vers une vision holistique du patient, avec l'élargissement du modèle biomédical à des dimensions de l'individu plus larges et même plus subjectives.

Les patients de demain ne seront pas les patients d'hier. Plus informés, plus conscients et plus impliqués dans leur prise en charge, ils posséderont des attentes différentes vis-à-vis des professionnels de santé auxquelles ces derniers devront s'adapter.

L'objectif commun du soigné comme du soignant est la santé. Celle-ci justifie l'exploration de toutes les voies : tant techniques que relationnelles. Le professionnel, bien que possédant le même bagage initial peut choisir d'exercer dans différents milieux et de diverses façons. Il peut également choisir des formations complémentaires afin de s'adapter à ses souhaits et de développer, pour lui-même, la meilleure pratique de son métier.

« Il se peut qu'un patient prenne soin de son soignant ; ce n'est pas obligé, c'est possible dans le respect des rôles et des genres. Cela s'appelle reconnaissance. [...] Il faut parfois faire un détour, aller alentour pour revenir au cœur : l'entourage humain mérite tous nos soins. Nous en avons diversement besoin. Nous en sommes diversement capables. » (Kesteman, 2005)

Au terme de ces trois ans de formation, les réflexions menées au cours de l'élaboration de ce mémoire m'ont permis de commencer à comprendre quelle était la meilleure pratique du métier de masseur-kinésithérapeute pour la personne que je suis. Le chemin est encore long avant l'accomplissement, entre pratique du terrain et

découvertes complémentaires. Toutefois mettre l'humain au cœur de l'exercice de mon métier est indispensable à mon épanouissement personnel. Il me paraît désormais possible de respecter les pratiques et les techniques du métier sans se contenter d'un cadre imposé et des règles établies, en s'ouvrant à une relation qui permet à chacun de développer une richesse, une part de liberté et de créativité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Allaire, C. (2007). Notion de santé du corps et visions culturelles. *Revue des Questions Scientifiques*, 178 (3), pp. 225-250.

Amendoeira, J. (2004, Décembre). De la nécessité de la protection à la confiance à l'égard des professionnels de santé. Quelle signification sociale? (S. Arslan, Éd.) *Perspective soignante* (21), pp. 63-72.

Barrier, G. (1996). *La communication non verbale*. Issy-Les-Moulineaux: ESF Editeur.

Code de la santé publique. (2016, Janvier). Consulté le mars 19, 2016, sur Le service public de la diffusion du droit: <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Decety, J. (2004). L'empathie est-elle une simulation mentale de la subjectivité d'autrui? Dans A. Berthoz, G. Jorland, & O. Jacob (Éd.), *L'empathie* (pp. 53-88). Paris.

Dufour, M. (2006). *Massage et massothérapie Effets, techniques et applications*. Paris: Maloine.

Formarier, M. (2007, Février). La relation de soin, concepts et finalités. (A. d. Infirmier, Éd.) *Recherche en soins infirmiers* (89), pp. 33-42.

Fournier, c., & Kerzanet, S. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, apport croisés de la littérature. *Santé publique*, 19 (5), 413-425.

Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris: Payot.

Hancart-Lagache, V., & Richard, E. (2015, Septembre). La dynamique de la formation clinique et l'intérêt du portfolio. (E. Masson, Éd.) *Kinésithérapie La Revue*, 15 (167), pp. 42-47.

Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin? (S. Arslan, Éd.) *Revue Perspective soignante* (4).

Jorland, G. (2004). L'empathie, histoire d'un concept. Dans A. Berthoz, & G. Jorland, *L'empathie* (pp. 19-49). Paris.

Kesteman, M. (2005, Avril). Alentour : Le soin prochain. (S. Arslan, Éd.) *Perspective soignante* (22), pp. 6-14.

- Klein, A. (2007, mars). Approche philosophique de la douleur: pour une éthique du sujet. *Ethique et santé*, pp. 136-140.
- Lamant, R. (2010). *Soigner ou éduquer, faut-il choisir?* Mémoire de fin d'études, Tournai.
- Lemercier, C. (2013). *La santé environnement. Concept, enjeux et appropriation par les acteurs.* Mémoire de master professionnel 2ème année, Montpellier.
- Loi-Kouchner. (2002). Loi n°2002-303 du 4 mars 2002. France: J.O.
- Monet, J. (2003). *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle.* Thèse pour le doctorat en sociologie, Paris.
- OMS, E. (1996). *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes.*
- Ontario, C. o. (2013). *Guide sur les relations thérapeutiques et les limites professionnelles.* Toronto.
- Parsons, T. (1970). Structure sociale et processus dynamique : le cas de la médecine moderne. Dans C. Herzlich, *Médecine, Maladie et Société* (pp. 169-191). Paris: Maloine.
- Pierron, J.-P. (2007, 02). Une nouvelle figure du patient? Les transformations contemporaines de la relation de soins. (J. L. Eurotext, Éd.) *Sciences sociales et santé*, 25, pp. 43-66.
- Poletti, R. (1984). *L'enrichissement des interventions en soins infirmiers.* Clamecy: Le Centurion.
- Poletti, R. (1994). Théorie de soins. *Conférence CHU Limoges*. Limoges.
- Présentation.* (s.d.). Consulté le avril 23, 2016, sur Ordre des masseurs-kinésithérapeutes: <http://www.ordremk.fr/decouvrir-l-ordre/presentation/>
- Protection sociale - solidarité. (2015). *Bulletin Officiel Santé* (201 5/8).
- Raoult, A. (2004). *Démarche Relationnelle : Relation d'aide et relation d'aide thérapeutique.* Paris: Vuibert.
- Remondière, R. (2014). Histoire des savoirs et des pratiques en kinésithérapie. *EMC - Kinésithérapie Médecine Physique Réadaptation*, 10 (4).
- Reny, P. (2012). *Savoir communiquer pour mieux aider.* (E. Pearson, Éd.) Saint-Laurent (Québec): Editions du renouveau pédagogique inc.

Salomé, J. (2003). *Relation d'aide et formation à l'entretien*. Villeneuve d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion.

Salomé, J., & Galland, S. (1990). *Si je m'écoutais, je m'entendrais*. les éditions de l'Homme.

Siskou, M. (2008). Georges Libman Engel (1913-1999). Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. (M. Média, Éd.) *Le Journal des psychologues*, 7 (260), 52-55.

Vaillant, J. (2003, Mars). Sociologie et anthropologie du corps et kinésithérapie. *Kinésithérapie Scientifique* (431), pp. 33-45.

Vlaeyen, J. W., & Crombez, G. (2009, Mars). La psychologie de la peur et de la douleur. *Revue du Rhumatisme*, 76, pp. 511-516.

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1. Répartition des unités d'enseignement en fonction des compétences à acquérir dans le nouveau référentiel de formation (Arrêté du 2 septembre 2015)	42
Annexe 2. Les modèles de besoins de l'être humain	47
Annexe 3. Le modèle de santé selon Poletti.....	49
Annexe 4. Les modèles de relation médecin-patient par Emmanuel E.J. et Emmanuel L.L.	50
Annexe 5. Tableau récapitulatif des modèles de relation.....	51

**Annexe 1. REPARTITION DES UNITES D'ENSEIGNEMENT EN FONCTION
DES COMPETENCES A ACQUERIR DANS LE NOUVEAU REFERENTIEL DE
FORMATION (Arrêté du 2 septembre 2015)**

Compétence 1 :
Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique.
UE 3. UE 4. UE5. UE 7. UI 10.UE 15. UE 16. UE 17.UE 18.UI 25.
Compétence 2 :
Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie, adapté au patient et à sa situation.
UE 6. UE 22.UI 10.UI 25.
Compétence 3 :
Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage.
UE 1. UE 24.UI 25.
Compétence 4 :
Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie.
UE 7. UE 19. UE 20.UE 21.UE 23. UI 25
Compétence 5 :
Etablir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso kinésithérapie.
UE 2.UI 25.

Compétence 6 :
Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso kinésithérapie.
UE 19. UE 20. UE 21. UE 23. UE 24. UI 29.
Compétence 7 :
Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle.
UI 10. UI 25. UI 29.
Compétence 8 :
Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
UE 8. UE 9. UE 26. UE 27. UE 28.
Compétence 9 :
Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources.
UE 14. UI 29.
Compétence 10 :
Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.
UE 1. UE 2. UE 22. UI 29.
Compétence 11 :
Informier et former les professionnels et les personnes en formation.
UE 2. UI 10. UE 14. UE 24. UI 29.

Liste des UE (Unités d'enseignement)

- UE 1. Santé publique
- UE 2. Sciences humaines et sciences sociales
- UE 3. Sciences biomédicales
- UE 4. Sciences de la Vie et du Mouvement
- UE 5. Sémiologie, physiopathologie et pathologie du champ musculo-squelettique 1
- UE 6. Théories, modèles, méthodes et outils en kinésithérapie
- UE 7. Evaluation, techniques et outils d'intervention dans les principaux champs d'activité
- UE 8. Méthodes de travail et méthodes de recherche
- UE 9. Langue anglaise professionnelle
- UI 10 Démarche et pratique clinique : Elaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive
- UE 14. Droit, Législation et Gestion d'une structure
- UE 15. Sémiologie, physiopathologie et pathologie du champ musculo-squelettique 2
- UE 16. Sémiologie, physiopathologie et pathologie dans le champ neuromusculaire
- UE 17 Sémiologie, physiopathologie et pathologie dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire.
- UE 18 Physiologie, sémiologie physiopathologie spécifiques
- UE 19. Evaluation, techniques et outils d'intervention dans le champ musculo-squelettique
- UE 20. Evaluation, techniques et outils d'intervention dans le champ neuromusculaire
- UE 21. Evaluation, techniques et outils d'intervention dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire
- UE 22 Théories, modèles, méthodes et outils en rééducation/réadaptation
- UE 23. Interventions spécifiques en kinésithérapie
- UE 24. Intervention du kinésithérapeute en Santé publique
- UI 25 Démarche et pratique clinique : conception du traitement et conduite de l'intervention
- UE 26. Langue anglaise professionnelle
- UE 27 Méthodes de travail et méthodes de recherche
- UE 28 Mémoire
- UI 29 Analyse et amélioration de la pratique professionnelle

Les différents points de collaboration patient / masseur-kinésithérapeute que nous trouvons dans les différentes compétences

Compétence 1 : Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique

2. Repérer et analyser la plainte et les attentes du patient et/ou de son représentant légal ou le tiers de confiance.

Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie adapté au patient et à sa situation

3. Identifier les conditions nécessaires à la mise en œuvre d'un projet thérapeutique construit en accord avec le patient ou son entourage.

Compétence 3 : Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage

2. Placer le patient en qualité de coauteur, de codécideur des objectifs, des moyens de soins et de gestion de sa santé.

3. Acquérir et développer une posture éducative, notamment pour élaborer des objectifs partagés avec le patient et/ou son entourage.

Compétence 4 : Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie

6. Informer la personne, construire avec elle la séance, recueillir son adhésion aux actes thérapeutiques.

Compétence 5 : Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie

1. Accueillir, écouter et instaurer une relation de confiance avec le patient, son entourage ou le groupe.

2. Développer une relation de partenariat avec la personne soignée.

3. Adapter sa communication, la nature des informations communiquées au patient et son comportement en fonction des caractéristiques du patient, de son état psychologique et de sa motivation.

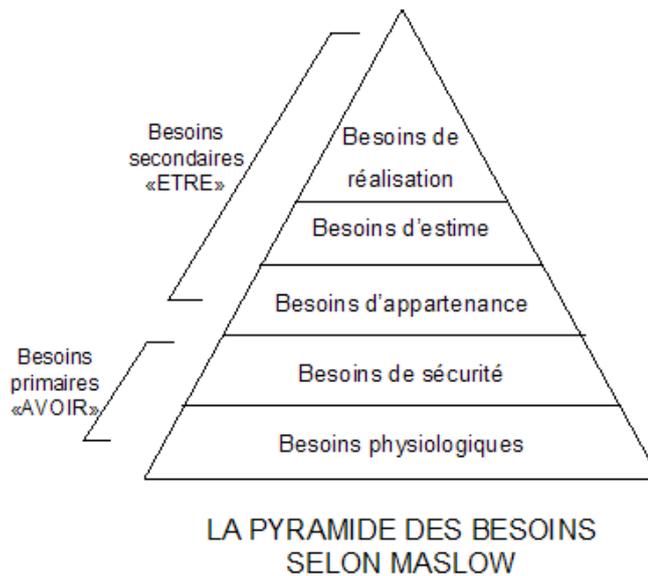
4. Expliquer au patient les effets attendus, les risques et les limites de l'intervention en massokinésithérapie, en prenant en compte sa pathologie, son niveau de connaissances, ses représentations, son environnement social, professionnel et culturel, son niveau de langage, ses attentes pronostiques et son état psychologique.

5. Expliquer le déroulement de la prise en charge masso-kinésithérapique et s'assurer de sa compréhension par le patient et son entourage.

6. Négocier et construire les modalités de l'intervention avec le patient et/ou son entourage en fonction des objectifs du projet thérapeutique.

(Protection sociale - solidarité, 2015)

Annexe 2. LES MODELES DE BESOINS DE L'ETRE HUMAIN

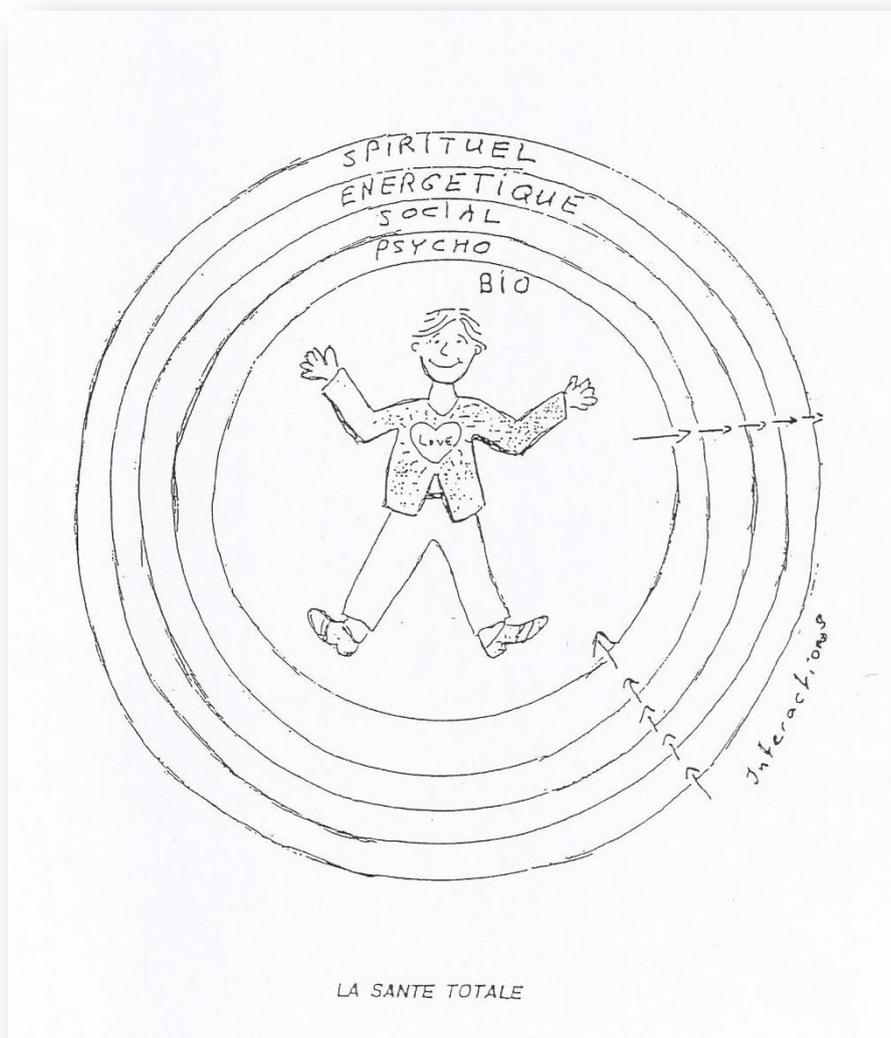


Les 14 besoins fondamentaux selon Virginia HENDERSON :

- Le besoin de respirer : nécessité pour chaque individu, de disposer d'une oxygénation cellulaire satisfaisante.
- Le besoin de boire et de manger : nécessité pour chaque individu, d'entretenir son métabolisme afin de produire de l'énergie, de construire, maintenir et réparer les tissus.
- Le besoin d'éliminer : nécessité pour chaque individu, d'éliminer les déchets qui résultent du fonctionnement de l'organisme.
- Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position : nécessité pour chaque individu, d'entretenir l'intégrité et l'efficacité des systèmes biophysiques, de permettre la réalisation des activités sociales et de construire et maintenir l'équilibre mental.
- Le besoin de dormir et de se reposer : nécessité pour chaque individu, de prévenir et réparer la fatigue, diminuer les tensions, conserver et promouvoir l'énergie.
- Le besoin de se vêtir et de se dévêtir : nécessité pour chaque individu, de se protéger et d'exprimer son identité physique, mentale et sociale.

- Le besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normal : nécessité pour chaque individu, d'assurer le rendement optimal des fonctions métaboliques, de maintenir les systèmes biophysiques et de maintenir une sensation de chaleur corporelle satisfaisante.
- Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments : nécessité pour chaque individu, de maintenir l'intégrité de la peau, des muqueuses et des phanères, d'éliminer les germes et les souillures, et d'avoir une sensation de propreté corporelle, élément de bien être.
- Le besoin d'éviter les dangers : nécessité pour chaque individu, de se protéger contre toute agression externe, réelle ou imaginaire et de promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale.
- Le besoin de communiquer : nécessité pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission et la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions.
- Le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances : nécessité pour chaque individu, d'être reconnu comme sujet humain, de faire des liens entre événements passés, présents, à venir et se réapproprier sa vie, de croire en la continuité de l'homme, de chercher un sens à sa vie et s'ouvrir à la transcendance.
- Le besoin de s'occuper et de se réaliser : nécessité pour chaque individu, d'exercer ses rôles, d'assumer ses responsabilités, et de s'actualiser par le développement de son potentiel.
- Le besoin de se récréer : nécessité pour chaque individu, de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit.
- Le besoin d'apprendre : nécessité pour chaque individu, d'évoluer, de s'adapter, d'interagir en vue de la restauration, du maintien et de la promotion de sa santé.

Annexe 3. LE MODELE DE SANTE SELON POLETTI



**Annexe 4. LES MODELES DE RELATION MEDECIN-PATIENT PAR
EMMANUEL E.J.. ET EMMANUEL L.L.**

Tableau I : Comparaison des différents modèles de relation médecin - patient retenus par Emmanuel et Emmanuel (1992) [10]

	<i>Informatif</i>	<i>Interprétatif</i>	<i>Délibératif</i>	<i>Paternaliste</i>
Valeurs du patient	Définies, fixées et communiquées au patient	En construction et conflictuelles, nécessitant une élucidation	Ouvertes à un développement et à une révision à travers un débat moral	Objectives et partagées par le médecin et le patient
Devoirs du médecin	– Fournir une information factuelle pertinente – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	– Éclaircir et interpréter les valeurs du patient utiles – Informer le patient – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	– Articuler et convaincre le patient des valeurs les plus admirables – Informer le patient – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	Promouvoir le bien-être du patient indépendamment des préférences qu'il exprime
Conception de l'autonomie du patient	Choix et contrôle du soin médical	Compréhension de soi utile au soin médical	Auto-développement moral utile au soin médical	Assentiment à des valeurs objectives
Conception du rôle du médecin	Expert technique compétent	Conseiller	Ami ou enseignant	Gardien, tuteur

Tableaux extraits de l'article « Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature » de Cécile Fournier et Sandra Kerzanet. (Fournier & Kerzanet, 2007)

Annexe 5. TABLEAU RECAPITULATIF DES MODELES DE RELATION

Tableau II : Quelques modèles de consultation proposés dans la littérature

Structuration de la consultation	Etapas de la consultation ou tâches à effectuer				Dimensions	
Nom de modèle / Auteur	P-R-A-C-T-I-C-A-L (Larsen et al.) « Centré sur le patient » (9 étapes)	Guide d'observation Calgary-Cambridge (5 étapes)	Byrne and Long (6 étapes)	Pendleton et al. (7 tâches)	Centré sur le patient (5 dimensions)	BARD (4 dimensions)
Année	1997	1996	1976	1984	2001	2002
Déroulement des étapes ou des dimensions	<u>1. Avant la consultation</u> L'histoire du patient					(iii) <u>Room</u> : proposer un espace cohérent avec la personnalité du médecin
	<u>2. Relation</u> Permettre l'installation de la relation	(i) Engager la séance	(i) Installation de la relation	(vii) Installation de la relation	(v) Accroître la qualité de la relation médecin-patient	(i) <u>Behaviour</u> : Adopter le comportement adéquat
	<u>3. Peurs, idées, préoccupations et attentes</u> Dimension cognitive/affective	(ii) Recueillir l'information	(ii) Motif de consultation	(i) Motif de consultation, y compris les idées, les préoccupations et les attentes	(i) Explorer la maladie et l'expérience qu'elle fait vivre au patient	(ii) <u>Aims</u> : Définir les objectifs de la consultation et les prioriser
	<u>4. Langage commun</u> Résumé Exploration des croyances de santé	(iii) Nouer des liens		(ii) Autres problèmes (iii) Choix de l'action en partenariat avec le patient	(ii) Comprendre tous les aspects de la personne	(iv) <u>Dialogue</u> : Adopter un vocabulaire compréhensible
	<u>5. Traduction</u> Du monde de la vie quotidienne au monde de la médecine Examen physique ou verbal		(ii) Examen verbal ou physique			
	<u>6. Interaction</u> Compréhension partagée Changement de cadre de référence Choix du patient ou du médecin	(iv) Expliquer et planifier	(iv) Examen de la situation par le médecin et le patient et (v) détail du traitement et investigations envisagées	(iv) Compréhension partagée (v) Responsabilité	(iii) Trouver un terrain d'entente pour mieux gérer le problème	
	<u>7. Conversion en action</u> Mise en œuvre / promotion				(vi) Etre réaliste	
	<u>8. Vérification de l'acceptation</u> Filet de sécurité Inscription dans la durée			(vi) Utilisation appropriée du temps et des ressources	(iv) Miser sur la prévention des maladies et la promotion de la santé	
	<u>9. Clôture de la consultation</u> OK ? Prêt pour mon prochain patient ?	(v) Clôture de la consultation	(vi) Clôture de la consultation			

RESUME

De l'infirmier-masseur ou du gymnaste médical à la rééducation, le métier de masseur-kinésithérapeute s'est lentement construit une identité. Cette histoire particulière a profondément marqué le présent de ce métier, notamment dans sa quête d'autonomie, jusqu'à la récente réingénierie qui redéfinit les bases de la profession.

Les concepts et modèles de santé ainsi que les connaissances et attentes du patient ont suivi l'évolution de la société. La volonté de replacer le patient dans sa globalité en tant qu'acteur de sa prise en soins est désormais unanimement souhaitée et la construction d'une relation fait partie des compétences attendues des futurs masseur-kinésithérapeutes.

C'est par l'établissement d'une relation de soin basée sur la confiance et le respect individuel que le masseur-kinésithérapeute et son patient pourront arriver à créer un véritable partenariat permettant au patient d'évoluer vers la guérison.

Cette relation de soins est singulière, car elle est dépendante de chaque individu qu'il soit soignant ou soigné. Chaque nouvelle rencontre doit amener à reconnaître l'autre dans sa qualité et son entièreté d'être humain. Cette reconnaissance est la condition permettant au professionnel d'informer son patient, d'écouter ses choix et d'adapter le projet thérapeutique à chaque étape de son parcours de soin.

Le soignant reste responsable de la qualité professionnelle de la relation, notamment par l'établissement et le respect des limites nécessaires, tant pour le patient que pour lui-même.

Mots-clés : Relation, soins, masseur-kinésithérapeute, patient, modèles

ABSTRACT

From the manual therapy (massage) nurse to physical rehabilitation, the physiotherapist profession has, step by step, built its own identity. This particular story has deeply marked the profession, particularly in its quest for self-sufficiency, up to the latest re-engineering which has defined the basis of the profession.

Health models and concepts as well as patient's expectations have followed the evolution of the society. There is a unanimous desire to take into consideration the patient as an actor of his own care and the building of a human relationship is one of the required competencies of future physiotherapists .

It is by creating a caring relationship formed on personal respect and trust that the patient and the physiotherapist will be able to create a real partnership, making the move towards a full recovery possible.

This is a particular care relationship as it depends on each individual character whether he is the care receiver or caregiver. Each new meeting must lead to understanding the patient with his character and human qualities. This recognition is the prerequisite which will allow the professional to listen to the patient about his choices, and then to inform him of and adapt the therapeutic project to each step of his care pathway.

The caregiver remains responsible for the quality of the professional relationship, by establishing the necessary limits and mutual respect, both for the patient and for himself.

Keywords : Relation, care, physiotherapist, patient, model