

INSTITUT REGIONAL de FORMATION aux
METIERS de REEDUCATION et de
READAPTATION des PAYS DE LA LOIRE
54, rue de la Baugerie
44230 SAINT SEBASTIEN sur LOIRE



**Retentissement de la relation soignant-soigné
sur la prise en charge masso-kinésithérapique**

Vincent LANYI

2010 – 2011

REGION DES PAYS DE LA LOIRE

Remerciements

- A l'ensemble des tuteurs de stage que j'ai eu la chance de côtoyer tout au long de ma formation et notamment à Madame Catherine Ilboudo et Monsieur Emmanuel Christiaens qui m'ont montré que la communication est toujours possible.
- A Madame Sophie Talmon pour son investissement et sa patience ainsi que son aide dans la réalisation de ce travail écrit.

Résumé

Ce travail écrit a pour but de proposer une réflexion sur la place de la relation soignant-soigné dans la prise en charge masso-kinésithérapique. En cette période de changement au niveau de la profession, quelle place reste-t-il pour la relation dans une rééducation qui devient de plus en plus scientifique ? Un patient, un praticien, des objectifs en commun, comment les mener à bien tout en préservant une distance juste entre les deux protagonistes. A travers ce travail écrit, je propose d'évaluer le retentissement du lien soignant-soigné dans la prise en charge masso-kinésithérapique.

Mots-clés :

- Subjectivité / Objectivité
- Distance thérapeutique
- Empathie
- Relation soignant-soigné

Sommaire

1	Introduction	1
2	La relation soignant-soigné : un système complexe depuis longtemps étudié.....	3
2.1	De l'intimité physique à l'intimité psychologique	3
2.2	Le pouvoir du soignant	5
2.3	Le contrat thérapeutique	7
2.4	Empathie, sympathie et compassion.....	9
3	La relation soignant/soigné à travers le Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK)	11
3.1	La première impression	11
3.2	Le diagnostic kinésithérapique	13
3.2.1	Le relaté.....	14
3.2.2	L'observation	15
3.2.3	Le mesuré	16
3.3	Objectifs.....	18
3.4	Les moyens	20
3.4.1	Le massage	20
3.4.2	La motivation	21
4	Discussion	23
5	Conclusion.....	26

1 Introduction

La profession de masseur-kinésithérapeute nécessite des qualités à la fois diagnostiques et techniques ainsi qu'une qualité d'écoute et d'empathie considérable. En effet, nous avons le privilège de passer beaucoup de temps avec le patient : il n'est pas rare en centre de rééducation, notamment en tant que stagiaire, de passer deux heures par jour avec la même personne. Ces moments sont propices à des confidences de la part d'une personne atteinte dans sa chair. Parfois, ces prises en charge au long cours dans le cas de pathologies chroniques débouchent sur une relation dépassant uniquement le cadre de l'hôpital ou du cabinet. A travers mon parcours de stage, j'ai eu l'occasion de suivre ces patients avec chacun leur personnalité, leurs envies et leurs besoins. Je me suis questionné naturellement, comme la plupart des autres étudiants, sur la relation que j'entretenais avec des personnes parfois très demandeuses de réconfort ou simplement de discussion : ai-je dépassé mon rôle de soignant par une trop grande proximité ou au contraire ai-je laissé une distance ne permettant pas la relation. Nous apprenons dans notre formation à avoir une vision holistique de notre patient c'est-à-dire ne pas uniquement le voir comme une pathologie ou un organe mais comme une entité regroupant l'ensemble de ses caractéristiques propres. En effet, l'OMS définit la qualité de vie d'un individu comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement* » (1). Nous constatons à travers cette définition qu'un protocole de rééducation ne peut pas uniquement être basé sur une vision étroite d'un individu mais nécessite une ouverture d'esprit considérable. Pour être garant d'une rééducation de qualité, le patient est pris dans sa globalité tout en respectant une juste distance thérapeutique. C'est pourquoi, à travers ce travail écrit, je propose de définir la relation soignant-soigné dans une prise en charge rééducative. Pour cela, ce travail écrit sera composé de deux parties : une première qui reprendra des notions de psychologie et qui définira les particularités présentes dans la relation de soins. Dans un second temps, je me servirai comme base du Bilan Diagnostic Kinésithérapique défini par E. Viel afin de mettre en avant le fait que malgré les efforts présents pour objectiver l'évaluation ainsi que la rééducation d'un patient, la relation de soins définie dans la première partie perturbe le bilan. Enfin, dans la discussion, je proposerai des solutions envisageables de manière à rendre la prise en charge rééducative la

plus objective possible. Tous les exemples pris dans ce travail écrit sont issus de mon parcours de stage sur la deuxième et troisième année de la formation : CH Maubreuil et La Seilleraye, Centre de rééducation de Saint-Jacques et Pen Bron, CHU Laënnec (pôle thorax). Garder une juste distance avec le patient peut parfois se révéler ardue mais non moins nécessaire car comme l'a écrit Gustave Le Bon (1841-1931) : « *dès qu'un sentiment s'exagère, la faculté de raisonner disparaît* » (2).

2 La relation soignant-soigné : un système complexe depuis longtemps étudié

Le métier de kinésithérapeute est encadré par un décret de compétences. Cela signifie que l'on sait ce qu'il nous est possible de réaliser ou non techniquement en tant que praticien. Le code de déontologie encadre la tenue des bonnes mœurs de la profession : mais quand nous sommes seuls face à un patient, que se passe-t-il réellement ? La relation soignant-soigné comporte en cela de particulier qu'elle met en relation des notions très différentes mais également des acteurs très différents qui ne se seraient probablement jamais rencontrés hors contexte de soins. Dans cette première partie, je vais tenter de définir le cadre conceptuel de la relation soignant-soigné d'une manière générale mais également orientée dans la prise en charge masso-kinésithérapique.

2.1 De l'intimité physique à l'intimité psychologique

L'anthropologue Edward T. Hall a défini une notion bien singulière : la proxémie (3). Il s'agit de la distance physique qui s'établit entre deux individus au cours d'une interaction. Pour lui, l'espace autour d'un individu se divise en quatre sphères et chaque culture (latine, asiatique, nordique, africaine..) possède une proxémie différente. Dans notre culture que l'on peut considérer comme latine, nous avons :

- La sphère publique : espace de 3,6 mètres entre les interlocuteurs (discours public)
- La sphère sociale : espace compris entre 1,2 et 3,6m (pour les personnes que nous connaissons peu)
- La sphère personnelle : espace compris entre 45 cm et 1,2 m (pour les amis)
- La sphère intime : espace inférieur à 45 cm (couple, parents-enfants)

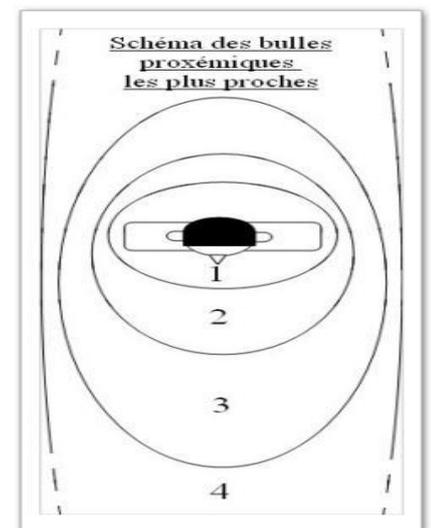


Figure 1 : Schéma de la proxémie

Nous voyons, à travers cette théorie, où se trouve la place du kinésithérapeute. En effet, lors de la première séance avec un patient, nous entrons directement dans sa sphère intime alors que nous ne le connaissons pas depuis plus de dix minutes parfois. C'est en cela que la relation est particulière et nécessite un travail de communication : nous entrons dans l'intimité d'un homme ou d'une femme et cela sans que, en général, cela pose de problème. Le fait de

se déclinier comme professionnel de santé peut aider à la mise en confiance du patient mais la crainte de « la blouse blanche » existe également, d'où l'importance de faciliter l'interaction avec le patient. Un autre point essentiel dans le métier de rééducateur est la relation au corps que nous entretenons. En effet, outre le fait d'entrer dans l'intimité d'un patient, nous le voyons régulièrement en sous-vêtements et nous posons nos mains sur lui dans le cadre du diagnostic et des moyens mis en œuvre dans la rééducation. Cette proximité des corps est parfois propice à une certaine érotisation de l'acte thérapeutique par le patient (sans parler de l'érotomanie qui est une pathologie reconnue) voire par le kinésithérapeute. La juste distance par rapport au corps peut être compliquée à trouver : mettre une trop grande distance tend à dépersonnaliser le corps du patient qui dans le cas de pathologies chroniques peut avoir l'impression de ne plus le posséder par l'intervention de tous les professionnels de santé. A l'inverse, se rapprocher de manière trop forte laisse envisager des possibilités extérieures au champ des soins. Un massage par exemple peut chez certaines personnes laisser penser que l'on réalise ce geste dans le cadre d'une relation dépassant le cadre de la rééducation. D'après P. Prayez, les soignants réagissent de deux façons différentes à ces situations : soit ils recadrent le malade de manière autoritaire mais juste, en observant la distance nécessaire soit ils sont plus sévères et ont tendance à mettre une distance plus importante entre eux et le malade. Curieusement, il explique ce phénomène par le fait que l'érotisation du geste peut aussi aller dans le sens soignant-soigné et que si le praticien est clair vis-à-vis de ses idées, il trouvera la juste distance. Si, dans le cas contraire, il est gêné à la base par son propre comportement, la distance instaurée et la fermeté proposée seront proportionnelles à son dérangement. C'est pourquoi, P. Prayez conseille de ne pas nier le plaisir que l'on prend dans son travail mais de trouver le juste compromis de manière à ce que le patient puisse lui aussi prendre ses marques dans une relation d'échanges : « *un engagement bien tempéré dans la relation soignant/soigné* » (4).

Nous avons vu précédemment que les barrières du corps sont rapidement levées lors de la rencontre entre un kinésithérapeute et un patient. Qu'en est-il des barrières psychologiques ? Parfois, parler de soi peut être compliqué, notamment sur des thèmes touchant sa vie intime et sexuelle comme dans le cadre de la rééducation uro-gynécologique. Les patients se livrent quand même. Cela vient certainement du fait que la salle de kinésithérapie est un lieu pouvant être considéré comme protégé : tout ce qui est dit en ce lieu restera entre le patient et le praticien, conformément au code de déontologie (5). Néanmoins, il arrive parfois que nous soyons confrontés à des situations où notre interlocuteur attend des réponses sur des

problèmes dépassant notre champ de compétences. Je prendrai comme exemple celui de Monsieur F., qui lors de notre séance de kinésithérapie respiratoire, m'a évoqué son instance de divorce et m'a demandé ce que je ferais à sa place. Le champ de compétences du stagiaire-kiné était bien dépassé. Comme sa pathologie pulmonaire régressait grâce à l'action complémentaire au traitement médical, je suppose qu'il a été suffisamment en confiance pour aborder d'autres sujets où il pensait que je pouvais avoir un avis. Ce qu'il est nécessaire de souligner à travers cet exemple c'est que ses décisions auraient pu être totalement changées par une réponse positive ou négative de ma part : nous ne sommes pas psychologues, nous écoutons les plaintes de notre patient si cela permet de le soulager mais nous essayons de ne pas influencer ses décisions. Cet exemple montre clairement qu'une fois la confiance installée, le praticien possède une certaine forme de pouvoir sur le patient. Dans ces situations, la position adéquate est difficile à définir. Rester muet et ainsi laisser un froid ou alors répondre de manière tranchée à la question au risque d'influencer la prise de décision. Il est difficile de faire une proposition sur la conduite à tenir, elle est propre à chaque praticien. Cependant, les masseurs-kinésithérapeutes sont considérés en général comme des professionnels à l'écoute, alors pourquoi ne pas simplement écouter de façon à soulager le patient.

2.2 Le pouvoir du soignant

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le professionnel de santé possède une forme de pouvoir dans la relation de soins. Nous allons, à travers ce paragraphe, étudier la notion de hiérarchie dans la relation soignant-soigné. En effet, la rencontre soignant-soigné n'est jamais fortuite. La venue chez le kinésithérapeute se fait de manière consciente et délibérée; le patient attend une écoute et le soulagement de son mal quel qu'il soit. De par sa position de demandeur, une hiérarchisation se crée. Praticien et malade ne sont pas dans un système d'égal à égal lorsqu'ils se retrouvent en séance. L'un est demandeur, souvent douloureux et possède rarement les connaissances nécessaires à maîtriser son angoisse face à une pathologie. L'autre est le « savant » (« sachant ») et possède la faculté de répondre à la demande. Ce contexte crée forcément une asymétrie dans la relation bien qu'avec l'évolution de la société, le « médecin tout puissant » et au-delà le soignant, a tendance à s'effacer au profit d'une entente entre les deux parties. En effet, les médecins sont tenus d'obtenir le consentement éclairé de leur patient après leur avoir expliqué l'ensemble des tenants et aboutissants relatifs à leur pathologie (6) mais ce principe est à élargir aux autres professionnels de santé : comment imaginer réaliser une rééducation sans que le patient ne

soit partie prenante de cette dernière. Cette dernière notion est actuellement à tempérer car le clientélisme existe également en masso-kinésithérapie et certains patients viennent en soins pour que le kinésithérapeute s'occupe de leur corps comme d'un objet sans implication de leur part. Par ailleurs, le fait de demander et d'expliquer au patient ou à sa famille (dans le cas de pathologies atteignant la sphère cognitive) ce que l'on compte effectuer va éviter des situations de maltraitance ou plutôt de « non-bientraitance ». En effet, la maltraitance, notamment chez la personne âgée, fait part d'une volonté délibérée de nuire alors que la « non-bientraitance » pourrait se définir comme l'action de réaliser un acte de soin pour le bien du patient mais sans savoir si réellement il désire que ce geste soit effectué. Un exemple qui peut être pris est celui du patient hémiparétique gauche, anosognosique chez qui un étirement du triceps sural est réalisé. Il se peut que lui ne supporte pas du tout ce geste et ne comprenne pas l'utilité du traitement mais pour éviter toute rétraction et attitude vicieuse, l'étirement est pratiqué : le but est de soulager le patient...mais plus ou moins contre sa volonté.

Nous avons vu la notion de pouvoir dans la relation de soins et la manière dont celle-ci prend sa place dans la relation soignant-soigné. Il existe une autre manière de développer un ascendant sur le patient d'une manière plus ou moins volontaire lors de la rééducation. En effet, le patient arrive en séance dans le but de voir son problème physique résolu. Si nous résolvons cette situation rapidement et de manière efficace, il est concevable que l'estime du patient augmente considérablement en notre faveur. C'est une situation très agréable que de se sentir utile mais elle peut facilement déboucher sur un problème complexe : la kiné-dépendance. Ce terme signifie qu'un patient va avoir une vision de la rééducation proposée par un seul praticien et que la prise en charge kinésithérapique ne pourra pas être efficace avec un autre professionnel de santé. Je prendrai ici l'exemple d'un patient présentant un trouble cognitif lié à une pathologie Alzheimer dont j'ai eu la charge en stage à la Seilleraye. Ce patient présentait une rétroimpulsion majeure et j'ai proposé de lui installer des talonnettes sur ses chaussures. Après quelques séances, la marche était récupérée alors que le patient est arrivé en fauteuil. A chaque fois que je le croisais, lui ou sa famille dans les couloirs, ceux-ci me félicitaient et avaient tendance à me mettre sur un piédestal par rapport au reste de l'équipe soignante alors que le geste technique rééducatif ne m'avait pas demandé un gros investissement. Il est nécessaire de se méfier de cette situation qui peut être très gratifiante notamment en tant que jeune soignant afin de ne pas tomber dans la facilité de prise en charge et constamment se remettre en question. C'est pourquoi il est important de faire preuve

d'humilité. En travaillant en équipe, ce genre de situation peut se résoudre en alternant les séances entre les différents professionnels présents de manière à ne pas enfermer le patient dans une relation privilégiée avec un seul interlocuteur et ainsi éviter une certaine « kiné-dépendance ». La relation soignant-soigné reste néanmoins basé sur le principe du contrat et de la juste distance thérapeutique.

2.3 Le contrat thérapeutique

Nous avons vu que la relation soignant-soigné présentait un rapport au pouvoir important. Cependant, la relation soignant-soigné se base sur le contrat thérapeutique permettant ainsi à chaque partie de pouvoir exprimer ses opinions et ses attentes. Tout d'abord, pour que le contrat thérapeutique existe, il est nécessaire de considérer le patient comme une personne au sens kantien du terme. Kant a défini la personne humaine comme un amalgame de trois éléments (7): la conscience de soi, la raison et enfin un sens moral minimum. Des connaissances médicales ne sont pas requises pour le patient afin de pouvoir pleinement prendre ses responsabilités mais lorsqu'un intervenant médical ou paramédical explicite la démarche thérapeutique, le patient doit être en mesure de comprendre les enjeux et conséquences découlant des différents traitements mis en place. Actuellement, le milieu médical vit une véritable transition entre deux modèles : le modèle paternaliste et le modèle délibératif. Le modèle paternaliste se définit notamment par les notions de « sachant » et de bienfaisance. En effet, de par la hiérarchie soignant-soigné, une autorité du soignant se dessine et il prend les décisions pour le patient dans une optique qu'il pense être la meilleure pour ce dernier. Le modèle délibératif, quant à lui, aborde de nouvelles notions notamment celle du consentement éclairé du patient, c'est-à-dire l'obtention de l'accord du malade après lui avoir donné toutes les informations nécessaires en s'adaptant à son niveau de compréhension. Ce terme de consentement éclairé est en général réservé aux médecins pour lesquels des décisions vitales peuvent être prises. A notre époque, un Homme prend les décisions qu'il souhaite en connaissance de cause et en respect de ses valeurs, de son mode de vie ou de ses croyances. Par ailleurs, la société actuelle devient de plus en plus procédurière et vis-à-vis de la loi, il est nécessaire d'obtenir l'accord des patients. Les médecins font signer des décharges à leur patient de façon à être en règle par rapport à la loi et à leurs assurances. Je n'ai jamais entendu de kinésithérapeute faire signer des papiers de décharge mais il se pourrait que cela se produise un jour. Pour l'instant, nous travaillons sur un modèle d'accord tacite avec le patient. Cet accord n'est pas demandé de manière officielle par signature mais après lui avoir expliqué les tenants et les aboutissants de la rééducation, si le patient n'émet

pas de réserve, nous considérons qu'il est d'accord. Cet accord ne peut être obtenu que par la confiance inspirée par notre discours préalable.

Dans la relation de soins, la confiance entre les deux interlocuteurs sera primordiale pour mener à bien le projet. Etymologiquement, confiance signifie « mettre sa foi en quelqu'un ou quelque chose ». Cette confiance est bilatérale dans le processus de soins et se base sur des notions telles que respect, écoute attention ou encore honnêteté (8). Bien évidemment, pour aller dans un processus d'échanges et de confiance, les deux parties en présence sont obligées de se livrer sur leurs attentes et leurs parcours de vie. C'est à ce moment précis qu'une certaine confusion peut s'installer dans la relation. Nous avons bien sûr à l'idée les principes freudiens du transfert et du contre-transfert. Ces phénomènes sont très complexes et ont été traités dans de nombreux ouvrages. Je me propose de reprendre la définition de Daniel Lagache (9) : « *Le transfert en psychanalyse, est essentiellement le déplacement d'une conduite émotionnelle par rapport à un objet infantile, spécialement les parents, à un autre objet ou à une autre personne, spécialement le psychanalyste au cours du traitement* ». Le transfert est généralisé aux professions médicales et paramédicales mais l'inverse est aussi réalisable, le contre-transfert. Il s'agit de sentiments inconscients développés en réponse de ceux présents également inconsciemment chez le patient. Le contre-transfert est utilisé par les psychanalystes (théorie de Paula Heimann) (10) de façon à connaître la position dans laquelle se trouve l'analysé. Ces techniques sont très spécifiques et nous ne sommes pas formés à les utiliser. Dans le cadre d'une relation soignant-soigné en kinésithérapie, transfert et contre-transfert peuvent être considérés comme des défauts dans la relation. En effet, une relation dépassant le cadre du soin n'est pas saine dans le suivi du patient. Les sentiments vont prendre une part trop importante. Ayant le privilège d'avoir « la tête et les mains », notre réflexion se base sur un perpétuel aller-retour entre les sensations manuelles et les connaissances théoriques ainsi que sur l'expérience acquise tout au long de notre carrière. Plus l'objectivité sera de mise et plus notre bilan sera scientifique et pertinent c'est pourquoi, si l'influence de la relation devient trop importante, le fil du raisonnement peut se perdre dans des considérations plus personnelles. De plus, comme précisé précédemment, nous travaillons sur des corps, parfois dénudés, parfois du sexe opposé et qu'une position trop proche même de manière involontaire pourrait créer des confusions chez le patient. Encore une fois, le travail en équipe peut s'avérer être une solution afin de

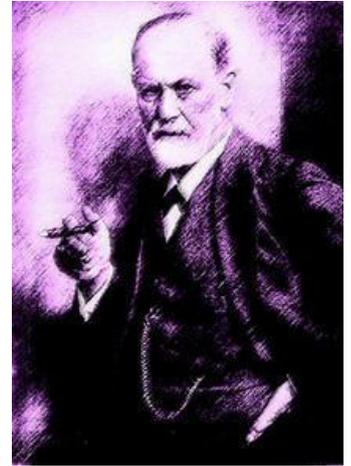


Figure 2 : Sigmund Freud, père de la psychanalyse

limiter ces situations mais comment faire en travaillant seul en libéral. Chacun a le choix de sa conduite mais il est également vrai que passer la main est parfois difficile.

Pour terminer ce chapitre sur le contrat thérapeutique, je tiens à parler de la notion d'argent qu'il existe au travers de tout contrat. Cette notion est beaucoup plus présente en libéral. Dans la pensée commune, on pourrait déclarer que tout travail mérite salaire et que tout travail doit être bien fait d'où une certaine notion de résultat. Mais qu'en est-il dans le domaine de la santé ? Nous sommes rémunérés pour nous occuper d'individu, pour prendre soin de la personne. La notion d'argent est présente mais ne peut être au centre d'une relation saine. Nous pouvons définir la notion de soins comme une activité technique sans échange matériel. Nous sommes donc rémunérés comme des techniciens pour une prestation rationnelle. Mais peut-on voir le soin de cette manière ? En effet, il est plus facile de définir le soin comme un don de soi mais dans le langage courant, don signifie qu'il n'y a pas de rémunération en contrepartie. Définir la relation de soins comme une relation commerciale ne peut être juste, il y a une relation d'affect cachée derrière cette relation économique. D'après P. Fustier (11), tout usager du système de Santé s'interroge en permanence sur les intentions du soignant : fait-il ces gestes comme un travail ou comme un don orienté vers moi. Chaque geste qui n'est pas un geste de soins peut alors être pris comme un geste maternant, considéré comme un geste gratuit n'entrant pas dans la profession du soignant. Un autre point est la notion de réussite : il est précisé pour les médecins, qu'ils doivent donner le maximum de moyens pour soigner un patient mais sans notion de réussite. Nous ne sommes pas dans la même situation, il est rare que notre intervention soit vitale mais il est clair que lorsqu'un patient arrive avec une pathologie, il s'attend à repartir avec une amélioration de son état. C'est en ce sens que la relation de soins est ambivalente, à la fois une attente d'écoute mais une attente de résultats. C'est donc en cela que la profession de soignant prend son sens, être un bon technicien mais également posséder une capacité d'écoute importante. Nous avons vu à travers ce chapitre que le contrat thérapeutique pouvait s'avérer complexe et mettre de nombreuses notions en jeu notamment la confiance, la rémunération et le résultat.

2.4 Empathie, sympathie et compassion

La relation de soins nécessite une certaine écoute du patient. Les réactions des soignants peuvent être variables. A travers ce chapitre, je souhaite en mettre trois en avant qui sont régulièrement confondues. D'un point de vue étymologique, empathie signifie ressenti de l'intérieur, c'est la capacité qu'a un individu à comprendre les sentiments d'un tiers sans pour

autant se mettre à sa place. La sympathie, elle, comprend la notion d'empathie mais émet un jugement : en plus de comprendre les sentiments et l'état d'esprit d'autrui, un regard positif est porté sur la situation et une relation à plus long terme est envisagée. La compassion, qui littéralement signifie « souffrir avec », est la capacité à reconnaître et à percevoir la douleur d'une autre personne. Dans le langage courant, la limite entre ces termes est mince mais est importante : avoir de l'empathie pour un patient ne signifie pas pour autant ressentir de la sympathie pour lui. Cependant, parfois cette limite se franchit lors d'une prise en charge. Je prendrai comme exemple celui d'un patient greffé bi-pulmonaire d'environ mon âge avec qui j'ai noué des liens dépassant la relation du soignant/soigné. La question que l'on est en droit de se poser est la suivante : dans un autre contexte que celui de l'hospitalisation, aurions-nous créé des liens de sympathie ? La relation dépend-elle du contexte ou des individus qui se rencontrent. C'est dans ce cadre que peut se définir la juste distance thérapeutique. Quelle attitude adopter vis-à-vis d'un patient ? On pourrait répondre de manière simpliste en évoquant le fait qu'il faut créer une distance ne laissant passer aucune notion d'ambiguïté mais le risque dans ce cas est de créer une distance défensive. En effet, en ayant peur de s'impliquer dans la relation de soins, le soignant va imposer une barrière entre lui et le patient de manière à se protéger. Dans cette situation, le risque est de déshumaniser le soin : mettre la fonction de soin en avant et le patient en arrière. L'inverse est vrai aussi : en mettant le patient trop en avant et le geste technique en arrière, la fonction de soignant va être dépassée, nous allons prendre une place d'intime, voire celle de la famille. Il est remarquable que les interventions du kinésithérapeute au domicile du patient soient des situations susceptibles de générer une majoration de ce phénomène de transfert. En effet, comme nous l'avons vu précédemment le thérapeute entre dans l'intimité corporelle du patient par son toucher. Il entre en plus dans l'intimité géographique en intervenant à son domicile. Il pénètre ainsi dans l'univers du patient qui lui fait partager son quotidien et non l'inverse, contrairement à d'habitude où le patient se rend au cabinet. Pour peu que le masseur-kinésithérapeute accepte un café, un gâteau et que les échanges verbaux dépasse la sphère professionnelle, la personne âgée fragilisée affectivement par exemple va investir cette relation plus qu'elle ne le devrait. Elle peut alors dénigrer sa propre famille qui ne « s'occupe pas d'elle » aussi bien. Dans ce chapitre, nous avons donc vu la complexité de différentes réactions qui peuvent se confondre et la difficulté naissant ainsi à trouver la juste distance thérapeutique.

A travers cette première partie, j'ai essayé de définir le cadre conceptuel de la relation soignant-soigné afin de pouvoir aborder la place de cette relation complexe dans la prise en charge rééducative à travers le bilan diagnostic kinésithérapique.

3 La relation soignant/soigné à travers le Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK)

Le bilan diagnostic kinésithérapique fait partie des prérogatives du masseur-kinésithérapeute depuis la parution d'un décret en 1996. L'AFREK le définit comme « *un processus d'analyse des déficiences et incapacités observées et/ou mesurées. C'est un processus d'évaluation du pronostic fonctionnel dont les déductions permettent d'établir un programme de traitement en fonction des besoins constatés et de choisir les actes de kinésithérapie à mettre en œuvre* » (12). Ce bilan comporte trois parties : le diagnostic kinésithérapique, les objectifs du patient puis les moyens, c'est-à-dire le traitement mis en place. Ce bilan doit normalement être à l'écrit de manière à laisser une trace de la prise en charge et permettre un retour au niveau du médecin prescripteur. C'est souvent le cas en centre de rééducation de manière à ce que les différents professionnels de santé puissent collaborer. Dans les différentes étapes de ce processus à la fois intellectuel, de communication et d'évaluation, nous tenterons de définir les phénomènes subjectifs qui peuvent entrer en jeu dans la prise en charge globale d'un patient.

3.1 La première impression

La première impression qui va se dégager lors d'une rencontre entre deux personnes se basent sur la mise en relation des éléments visuels détectés et des éléments cognitifs propres à chaque individu. En effet, en fonction du passé et des expériences vécues, chaque personne ne va pas répondre de la même façon aux messages formels ou informels émis par son nouvel interlocuteur. Ces messages ne sont pas tous dans la communication orale. Le premier élément est l'apparence du patient. Rien de plus subjectif que d'émettre des suppositions sur l'apparence d'un individu mais il est évident que la forme du visage, le gabarit ou bien la tenue vestimentaire vont nous donner parfois à tort des orientations sur ce que l'on pense être la personnalité du nouvel arrivant. Le second élément qui va nous orienter lors de cette première rencontre va être tout ce qui fait partie de la sphère de la communication non

verbale : des phéromones jusqu'à la manière de se tenir. En se tenant de manière fermée, l'impression qui va se dégager inconsciemment est celle d'une communication plus difficile à établir. Le dernier élément qui va venir se greffer de manière à pouvoir cerner l'interlocuteur présent en face de nous sera les premières phrases qu'il prononcera : il s'agit du début de la communication verbale. Nous pourrons ainsi évaluer une certaine forme de cognition mais également en partie le niveau socio-culturel, nous permettant ainsi d'adapter nos informations à notre interlocuteur. Tous ces éléments vont prendre part au début du processus relationnel.

Bien évidemment, ce qui est vrai dans un sens le sera dans l'autre. La première impression que dégagera un praticien sur un nouveau patient sera primordiale. Les trois éléments évoqués ci-dessus pourront être repris. Tout d'abord l'apparence : le physique du kinésithérapeute sera jugé dès la première rencontre. Dans l'inconscient du patient, un professionnel grand par exemple pourra être perçu comme rassurant mais en même temps comme quelqu'un pouvant facilement faire mal. Chacun a son propre physique et son propre style vestimentaire bien qu'ils peuvent parfois surprendre. Bien que cela n'ait jamais été démontré, l'apparence physique ne remet à priori pas en cause la qualité du technicien mais peut créer une méfiance basée sur des préjugés. En partant du principe que les préjugés sont inévitables, comme l'a écrit A. Zinoviev (13) : « *Les idées fausses qui se transforment en préjugés ont la vie plus dure que les vérités objectives* », deux solutions vont être possibles. Tout d'abord s'adapter à la patientèle et ressembler à ce qu'elle désire ou alors tenter de faire accepter un style différent. Le second élément abordé était la communication non verbale, je reviendrai sur le toucher diagnostic et thérapeutique au cours des chapitres suivants mais dans la communication non verbale, un point est très important : l'expression du visage. Ce dernier point est d'autant plus important lorsque la communication verbale devient très difficile. Toutes les émotions que peut exprimer un visage sont infinies, de la joie à la tristesse en passant par la colère. Le visage par le biais des mimiques est un facteur essentiel de la communication. Comme l'a écrit A.-M. Chevallier (14), les muscles du visage sont très peu conscientisés, signifiant ainsi que leur contrôle est compliqué mais également qu'ils permettent ainsi de retranscrire les émotions de manière spontanée. Néanmoins, lors d'une première rencontre, un élément semble prédominant : le sourire. D'un point de vue anatomique, le sourire va entraîner un travail synergique de dix-sept muscles du visage mais l'essentiel est ailleurs : beaucoup de sentiments sont révélés au travers du sourire, aussi bien des sentiments positifs comme l'amusement mais également certains négatifs comme le dédain. Rien n'est dit à propos de la manière d'accueillir un patient en séance mais ce n'est

pas toujours un plaisir de venir chez un kinésithérapeute, il semble donc clair qu'un accueil en souriant peut réussir à décrier légèrement certaines personnes anxieuses. Prenons comme exemple les pathologies Alzheimer avancées, où seule la reconnaissance des mimiques est présente, il sera impossible d'obtenir une activité de la part du patient si on ne lui présente pas un visage ouvert et enjoué. Néanmoins, se forcer à sourire dans toutes les situations n'est pas forcément idéal, et si ce n'est pas dans sa nature d'être souriant, ce sourire sera ressenti comme forcé. Le dernier élément est la communication verbale mais elle ne semble pas être prioritaire sans cette première impression. Nous aurons l'occasion d'aborder ce thème lors de l'interrogatoire du patient. Enfin, la première impression dégagée par le professionnel va être primordiale car un effet de primauté, notion établie par S. Asch, est prédominante. Ce concept signifie que dans une liste d'informations, les premières seront prioritairement gardées en mémoire. Partant de ce concept, il est raisonnable d'imaginer qu'il en est de même pour les relations humaines, c'est pourquoi la première impression laissée sera primordiale pour la suite de la relation.

Dans le bilan diagnostic kinésithérapique, cette première impression est le début du diagnostic. Avec l'expérience professionnelle développée, c'est à ce moment que vont se former les hypothèses que le praticien confirmera ou infirmera par l'examen du patient. Prenons par exemple un élément délicat à traiter : la marche. Lors de l'arrivée en séance d'un patient, le stagiaire inexpérimenté va se rendre compte que la marche est déficitaire mais le kinésithérapeute « expert » va lui directement émettre une hypothèse sur un déficit de moyen fessier ou de releveurs du pied. Cette première impression va permettre de faciliter le diagnostic en orientant vers les examens nécessaires et définir ainsi la prise en charge rééducative. Nous avons donc constaté à travers ce premier paragraphe que des éléments subjectifs sont à prendre en compte dès la première rencontre, avant même de commencer le processus rééducatif à proprement parlé.

3.2 Le diagnostic kinésithérapique

Le diagnostic kinésithérapique va permettre d'établir et de confirmer des hypothèses dans le but de traiter les déficiences du patient par la suite. Diagnostic médical et kinésithérapique ne sont pas en concurrence. L'un s'intéresse à définir et nommer une pathologie de manière à orienter son patient dans une prise en charge médicamenteuse ou de rééducation. L'autre va évaluer les déficits du patient afin d'y remédier.

Dans ce chapitre, je prendrai le parti de suivre le procédé d'évaluation d'E. Viel (15), relaté-observé-mesuré, afin de rendre compte et d'analyser où se situe le relationnel dans un processus qui doit être normalement le plus objectif possible.

3.2.1 Le relaté

Le relaté correspond à un interrogatoire précis du patient. Dans la manière dont le décrit E. Viel (15), deux éléments semblent importants en tout premier lieu : limiter l'attente du patient avant la séance et éviter les familiarités. C'est à ce moment que nous pouvons nous questionner sur le tutoiement. Aucune règle prédéfinie n'existe mais pour ne pas que le patient se sente agressé par un tutoiement trop facile, il semble cohérent de le laisser faire le premier pas. Néanmoins, lorsque la différence d'âge est nettement en faveur du praticien, par exemple lorsqu'il s'occupe de jeunes enfants, le tutoiement s'imposera comme une évidence.

Le relaté est composé de deux cheminements pour arriver à des conclusions : l'écoute et le questionnement. L'écoute sera l'histoire du patient, ce qu'il nous révélera par ses propres mots : c'est une notion importante. En écoutant de manière consciencieuse, il sera possible de se forger une idée sur la représentation que le patient se fait de sa pathologie. En effet, un discours incohérent avec la clinique pourra laisser présager des troubles au niveau de la reconnaissance de la pathologie (anosognosie). Le questionnement sera très important et devra être conduit minutieusement. Son but est de faire préciser au patient les symptômes ou déficiences qu'il a évoqués de prime abord. Toujours d'après E. Viel (15), les questions ne doivent pas orienter les réponses, nécessitant ainsi une neutralité totale du langage. C'est bien en cela que réside la difficulté d'un bon interrogatoire : montrer suffisamment de proximité pour que les informations puissent facilement s'échanger mais également garder un œil de professionnel de façon à un avoir un avis objectif de la situation. C'est en ce point que l'on retrouve les différences entre empathie, sympathie et compassion.

Lors de l'interrogatoire, le patient va être amené à livrer une partie de sa vie. Parfois, des situations difficiles peuvent être abordées. Bien évidemment, toutes les parties du code de déontologie concernant le secret professionnel sont à respecter mais un point est rarement abordé : le jugement de valeur. Comment réagir face à des révélations qui peuvent parfois être choquantes ou dérangeantes ? Chacun est renvoyé ainsi à ses propres limites éthiques ou morales. Dans le discours d'E. Viel (15), il estime que la réponse idéale à faire est « *je*

comprends ». Avec tout le respect dû à son travail, il convient de tempérer : certaines situations méritent une prise de position. Prenons par exemple le cas d'un patient BPCO fumeur : il semble logique de porter un regard sur son addiction au tabac. Le but n'est pas de le faire culpabiliser mais de lui faire comprendre les risques. Cette prise de position pourrait servir de déclencheur dans l'arrêt de la nicotine.

L'interrogatoire ne se déroule pas uniquement sur une chaise, il sera poursuivi sur table ou debout lors de l'observation et de la palpation. Le questionnement sera moins personnel et sera orienté vers des indications de sites douloureux par exemple. Dans ce paragraphe, nous avons vu l'importance de la communication à travers l'interrogatoire du patient. Cependant, il s'agit de mots, toujours propices à interprétation. Nous pouvons donc dire, qu'à cette étape est présente une forme de subjectivité pouvant influencer la suite de la prise en charge rééducative.

3.2.2 L'observation

L'observation comprend deux étapes : l'observation au sens strict du terme, c'est-à-dire visuelle et la palpation que l'on pourrait définir comme de l'« observation manuelle ». Tout d'abord, l'observation au sens strict du terme va permettre de mettre en avant des déficits moteurs. L'ensemble de la séance est à prendre en considération : de l'arrivée du patient à son départ en passant par sa façon de se déshabiller ou de se rhabiller. En effet, la correction des défauts présentés naturellement par le patient pourra être majorée en cas d'annonce d'une observation. Ce dernier point est logique, personne n'aime être pris en défaut, le patient corrigera donc l'élément défaillant afin de limiter l'écart par rapport à la norme. L'inverse est également vrai, certains patients vont majorer leurs déficiences de manière à bien montrer qu'ils ont une pathologie. C'est donc pour cela qu'une observation déguisée, à l'insu du patient, semble intéressante. De plus, elle permet que le patient ne se sente pas scruté. En effet, nous sommes habitués à voir des corps mais ces corps ne sont pas forcément habitués à être vus. Être bien dans son corps n'est pas forcément chose aisée, si nous pouvons éviter de majorer ce sentiment, autant faire en sorte que le patient se sente en confiance ce qui impliquera naturellement un relâchement global plus complet.

La palpation est une étape cruciale du diagnostic. Elle se base sur des connaissances générales en anatomie, physiologie et morphologie ainsi que sur une capacité d'évaluation par

le toucher. En effet, on ne trouve que ce que l'on recherche, on ne recherche que ce que l'on connaît et on ne connaît que ce que l'on a appris. C'est pourquoi de solides bases scientifiques, notamment en anatomie sont indispensables de manière à pouvoir situer et nommer les structures défectueuses. La palpation se base sur un des cinq sens : le toucher. Des cours d'anatomie palpatoire sont dispensés au cours de la formation mais c'est une faculté qui va se développer au cours de la carrière professionnelle. En effet, un professionnel sera nécessairement meilleur diagnosticien au fur et à mesure de son exercice. Plus les points de comparaison seront importants et plus le diagnostic sera fin. De plus, « la main » du thérapeute va se développer : la capacité à sentir en finesse de légers troubles qu'un praticien débutant n'aurait pas perçus va lui permettre de travailler plus sur son ressenti. Enfin, le toucher diagnostic va être en général le premier contact physique entre le patient et le professionnel, c'est donc à travers ce premier échange qu'une relation peut se créer. La main n'est pas là uniquement pour être un outil diagnostic ou rééducatif. Une pression manuelle peut être synonyme de compréhension ou d'empathie envers le patient, un contact physique sera rassurant en cas de peur perçue : beaucoup de sensations peuvent passer à travers une simple palpation. A travers l'observation et la palpation, certaines hypothèses vont pouvoir se confirmer ou s'infirmer. Cependant, nous avons pu constater que la palpation notamment est « opérateur-dépendant » par le fait que chaque praticien possède un sens du toucher plus ou moins développé ainsi qu'une expérience plus ou moins importante.

3.2.3 Le mesuré

Mesurer des paramètres permet d'objectiver les déficits remarqués lors de l'observation. En effet, lors de la session d'observation, le kinésithérapeute a pu évaluer des secteurs limités. De nombreux outils de mesure existent de façon à évaluer les multiples éléments nécessaires à l'établissement d'un diagnostic (test de 6 minutes pour l'endurance par exemple). D'après E. Viel (15): « *la fiabilité d'une mesure et sa crédibilité ne sont pas fonction de la sophistication de l'outil utilisé, mais de la rigueur d'utilisation et d'interprétation* ». Justement, le problème se situe à ce niveau : la rigueur d'utilisation. Ce n'est pas que les professionnels de santé ne savent pas utiliser les tests, bien au contraire, mais c'est qu'ils sont censés être reproductibles inter-examineurs. Prenons un test régulièrement utilisé dans les pathologies lombalgiques, le test de Shirado-Ito pour les abdominaux. Le but de cet exercice chronométré est de tenir en décubitus, genoux fléchis, bras croisés, tête et tronc (jusqu'aux pointes des scapula) relevés. Bien évidemment, le chronomètre est le seul juge de la performance mais le temps de

maintien va varier en fonction de la motivation que le thérapeute pourra susciter chez le patient. C'est pour cela que le protocole du test est normalisé et normalement, le praticien ne doit pas parler au patient pendant l'exercice ni même lui indiquer le temps (16). C'est le même principe que lors des épreuves d'effort en cardiologie où les techniciens du laboratoire d'analyse motivent énormément les patients de façon à aller au maximum de leurs capacités. C'est donc pour cela qu'il faut emmener le patient au maximum de ses capacités ou être d'accord entre examinateurs sur la conduite à tenir (silence, motivation extrême) afin d'avoir des tests totalement reproductibles à l'instar du test des 6 minutes. Dans son protocole, il est indiqué que le kinésithérapeute se tient en arrière du patient et ne dit mot afin de ne pas perturber le test. Il s'agit d'une façon de rationaliser le test. Aucun écrit ne stipule si la différence est importante entre deux praticiens au niveau des tests chronométrés. Les examens présentant des variations importantes inter-examinateurs sont les évaluations manuelles comme le testing ou l'évaluation de la spasticité. Elles sont variables à cause de différents facteurs comme le gabarit du kinésithérapeute ou son expérience avec les patients présentant ces troubles. Ces différences de cotation ne sont pas fondamentalement gênantes, elles le deviennent au cours de la rééducation. En effet, certaines décisions médicales sont prises sur la base de cotations internationalement reconnues. Il est donc nécessaire que les cotations puissent être considérées comme non « opérateur-dépendantes » comme lors de la décision d'injection de toxine botulique en cas de spasticité gênante. La différence de cotation est également perturbante lorsque les praticiens travaillent en équipe : l'évolution d'un patient peut être difficile à suivre si les différents intervenants ne sont pas en accord sur les cotations.

Le mesuré se retrouve en début de rééducation pour une première évaluation afin de mettre en place un travail adapté à chaque patient mais également tout au long du processus de rééducation afin de mesurer les progrès ou la régression du patient. Le problème se situe à ce niveau : si la relation avec le patient est bonne, il se peut qu'un kinésithérapeute « surcote » inconsciemment les possibilités du patient notamment lors des évaluations manuelles. Ce processus est nommé théorie de la détection du signal. Cela signifie que même si la différence entre deux stimuli est minime voire inexistante, l'opérateur va quand même trouver une différence significative. En pratique kinésithérapique, nous pouvons trouver deux éléments induisant cette théorie : tout d'abord, l'envie de voir évoluer le patient. Même si cette envie est inconsciente, personne ne souhaite voir la rééducation stagner, il est donc naturel de « surcoter » son évaluation. Par exemple, un 2+ au testing devient un 3. Par ailleurs, un autre élément pouvant influencer l'objectivité de l'évaluation est la reconnaissance professionnelle.

En effet, si le patient évolue de manière positive, c'est une situation gratifiante pour le rééducateur. Bien entendu, le praticien ne truque pas ses résultats, il « surcote » inconsciemment et légèrement de manière à pouvoir montrer une évolution et la qualité de son travail. Nous pouvons donc voir que ce qu'E. Viel déclarait se vérifie et que des chiffres sans interprétation ne servent à rien.

Le relaté-observé-mesuré compose le diagnostic kinésithérapique qui permet de mettre en avant les déficits de structures et de fonctions, les limitations d'activités et les restrictions de participation. De ce diagnostic ainsi que des objectifs du patient et du thérapeute découlera une rééducation adaptée. Nous avons donc vu qu'à cette étape du diagnostic kinésithérapique, une grande variabilité peut être présente entre praticiens et que l'objectivité n'est pas forcément facile à conserver malgré l'utilisation de tests et cotations reconnus.

3.3 Objectifs

Les objectifs de rééducation sont fixés par les deux parties en présence, à la fois le patient qui a des objectifs au quotidien et à long terme et à la fois le thérapeute qui aura des objectifs fonctionnels mais également certains plus techniques au niveau des structures anatomiques lésées. La mise en adéquation des objectifs présentés par les deux parties n'est pas toujours chose aisée. En effet, les objectifs du patient peuvent être trop élevés par rapport à l'évolution prédictive de la pathologie. Dans certaines pathologies, la récupération ne pourra être totale, le thérapeute aura donc à préparer un travail de deuil des capacités antérieures du patient. C'est à ce moment-là que le choix des mots sera important, toujours garder un espoir mais ne pas donner de faux espoir. De plus, toute l'équipe soignante se doit de donner les mêmes réponses : chaque membre du personnel soignant doit tenir le même discours de manière à ne pas déstabiliser le patient. En centre de rééducation, en dehors des séances, les patients ont du temps pour réfléchir et se renseigner. Ils vont essayer d'obtenir l'information qui va les arranger, parfois erronée, afin de reprendre confiance. Prenons un exemple : comment effectuer une rééducation efficace d'un patient paraplégique complet s'il est convaincu de pouvoir remarcher. Tous les exercices proposés dans le but de le rendre autonome en fauteuil ne pourront avoir un intérêt vis-à-vis des objectifs qu'il s'est fixés. Bien souvent, les annonces difficiles sur le handicap sont effectuées par les médecins et un suivi psychologique est proposé. Cependant, le kinésithérapeute passant énormément de temps avec le patient et étant au premier plan pour évaluer l'évolution de la rééducation sera cible d'un questionnement important. Comment se placer par rapport à ces questions : répondre de manière trop directe

fera perdre la confiance du patient mais ne rien dire, c'est faire preuve d'une certaine peur intellectuelle de sentir le patient abattu. Le choix des mots est donc primordial.

Etre psychologue et faire preuve de psychologie ne correspond pas aux mêmes attentes. Etre psychologue va induire une attente de questionnement et d'introspection, le patient va se confronter à ses problèmes. La formation en kinésithérapie ne permet pas de développer cette part de la relation, c'est une part réservée aux psychologues et psychiatres. Faire preuve de psychologie va permettre d'emmener le patient vers une progression, à la fois dans l'acceptation d'un handicap mais aussi dans la rééducation. Et c'est bien là toute la tâche du kinésithérapeute. Bien évidemment, le discours est important mais c'est à ce moment que faire preuve d'empathie est primordial. Comprendre par exemple qu'un patient ait envie de faire une journée de pause dans sa rééducation ou que certains jours sont moins bons que d'autres. Au niveau du discours, parfois les mots peuvent être difficiles à trouver : nous sommes pour la plupart issus de filière scientifique, les chiffres et équations nous sont plus familiers que la littérature ou les sciences sociales voire la philosophie. Cela ne signifie pas nécessairement que nous sommes incapables d'établir des relations humaines mais nous devons nous rendre compte que tout ne peut pas être rationalisé et notamment la personne humaine. Nous traitons de « l'humain », pas une équation de déficiences, c'est pourquoi les objectifs sont définis en fonction des attentes, si elles sont réalisables, du patient. Le dernier point découlant de cela est la négociation. Nous avons vu précédemment qu'un contrat thérapeutique liait patient et praticien. La négociation va se situer également au niveau des objectifs fixés. Il est nécessaire que les deux parties s'entendent afin d'aller dans le même sens mais sans que l'un prenne le dessus sur l'autre. En effet, dans le cas d'une hémiplegie gauche ou droite par exemple, un objectif souvent évoqué par les patients est la marche et cela à court terme. Cet objectif n'est pas toujours réalisable, il convient donc de trouver des alternatives comme le travail de l'équilibre debout même si l'examen montre qu'il est délicat à réaliser. Un compromis est donc trouvé entre l'attente du patient, la déambulation et celle du praticien qui a évalué les capacités du patient. Le risque si le kinésithérapeute refuse, est que le patient tente tout seul de se mettre debout et que sa sécurité ne soit pas assurée. Les objectifs seront réorientés au fur et à mesure de la rééducation et de ces objectifs découlent les moyens mis en œuvre de façon à les atteindre. Dans ce paragraphe, nous avons vu la complexité de la relation à travers la mise en commun des objectifs de rééducation de façon à pouvoir proposer une prise en charge rééducative adaptée.

3.4 Les moyens

De multiples techniques existent pour une prise en charge masso-kinésithérapique. Les lister et évaluer les retentissements de chacune sur la relation soignant/soigné prendrait des centaines de pages. A travers ce chapitre, deux éléments de la rééducation seront mis en avant : le massage sous ses différentes formes et la motivation du patient au cours de la rééducation. Je vais chercher à montrer par ces exemples que les techniques rééducatives comportent elles aussi une part de subjectivité soit par leur côté empirique soit par leur côté inhérent à l'interprétation du praticien.

3.4.1 Le massage

Le massage est pratiqué depuis la nuit des temps afin de soulager les différents maux dont souffrent les patients. Malheureusement peu d'éléments scientifiques sont venus étayer son utilisation thérapeutique. C'est certainement pour cela qu'il est légèrement délaissé de la pratique quotidienne au profit de méthodes prouvées par des études. Cependant, le massage a des vertus empiriques, impossibles à démontrer notamment dans la prise de conscience du corps. Le massage en kinésithérapie, bien que difficilement démontré, est thérapeutique (17). C'est en cela qu'il fait partie du décret de compétences de la profession bien que le monopole détenu jusqu'à maintenant commence à s'effriter au profit des esthéticiennes. Le massage est une opération « artisanale », à la main et nécessite d'aimer réaliser cet exercice. Comme l'a écrit B. Dolto, « *si vous n'êtes pas capable d'aimer votre patient, vous ne pourrez jamais le masser correctement* ». En effet, un investissement physique et émotionnel est important afin de réaliser un massage correct mais la phrase de B. Dolto ne doit pas être prise au premier degré. L'empathie est primordiale mais il est nécessaire de fixer « les règles du jeu » avant le début de l'acte. Comme vu précédemment, la main va être au centre du geste technique réalisé et le kinésithérapeute va pénétrer dans la zone d'intimité du patient. Le fait d'être touché par une personne, même professionnel de santé, peut être perçu soit comme inconvenant et désagréable soit comme érotique. L'ambiguïté ne peut être de mise dans ce cas-là et nécessite un recadrage immédiat. Prenons un exemple très précis : le massage californien. Il s'agit d'un massage sur un matelas mousse à même le sol avec beaucoup d'huile et un contact très rapproché entre masseur et patient pratiquement nu. Ce massage est vraiment situé sur la limite tendancieuse de la pratique. Le but est d'éveiller un côté psycho-sensoriel chez le patient mais également un côté charnel et libido. La limite est vraiment étroite entre de la thérapie et du confort et peut facilement dériver vers une mauvaise interprétation du geste.

En regard des limites et des bienfaits du massage explicités ci-dessus, quelle place lui donner dans une prise en charge kinésithérapique ? La réponse n'est pas aisée et va bien évidemment dépendre du patient et du praticien. Bien que les vertus thérapeutiques du massage ne soient pas démontrées, il n'est pas ridicule de penser qu'il peut être un très bon moyen de mettre en confiance un patient. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, l'effet de primauté étant important et le massage étant un moment en général agréable et de détente, son usage conviendra donc à un échange lors d'une première rencontre. Cependant, les résultats étant difficilement objectivables, le praticien se basera sur les sensations et réponses du patient sans moyen technique de les vérifier. Ce n'est pas pour cela que la technique est mauvaise mais en cette période où la profession a tendance à se diriger vers des techniques démontrées, le massage laisse lui place à une forme de subjectivité propre à chaque individu.

3.4.2 La motivation

Dans les processus de rééducation à long terme, le patient ressent parfois une lassitude. Le travail du thérapeute va donc être de le remotiver de façon à ce que l'implication soit totale. Ce procédé est complexe devant faire le lien entre empathie et autorité. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, l'empathie consiste à comprendre la situation de l'autre mais n'empêche pas d'être autoritaire : le contrat thérapeutique est clair, nous proposons une tâche adaptée et discutée avec le patient mais c'est bien à lui de l'exécuter. Pour réussir à mener à bien cet objectif, plusieurs solutions s'offrent au kinésithérapeute. Tout d'abord, le choix des techniques. Prenons l'exemple des lombalgies chroniques : le massage est-il la technique la plus adaptée ? La pratique du massage n'est pas recommandée lors des lombalgies chroniques car il a tendance à entretenir le phénomène de kinésiophobie et de peur de l'activité physique. Une nuance peut être apportée à ce raisonnement, pourquoi ne pas se servir du massage comme d'une forme de récompense. Si le patient sait qu'en fin de séance, un massage, même court, sera réalisé, sa motivation sera certainement plus importante. Par ailleurs et encore une fois, la juste place du thérapeute doit être trouvée : si la sympathie est trop forte entre patient et kinésithérapeute, l'autorité diminuera. Bien sûr, il ne s'agit pas d'être un tortionnaire demandant d'être suivi les yeux fermés mais les limites doivent être fixées. Dans le cadre de mon parcours de stage à Saint-Jacques, j'ai pu constater que les patients restent longtemps en séance en centre de rééducation mais arrivent de manière étalée, le plus souvent demi-heure par demi-heure. La première limite à fixer est donc celle des horaires : le patient doit arriver à

l'heure, sauf cas exceptionnel, c'est le premier point montrant que celui-ci est motivé. Le discours sera également important, l'exemple le plus marquant est celui de la méthode de Kabat. Le résultat est totalement différent en donnant une tonicité et une impulsivité aux ordres dans les diagonales. Chaque exercice nécessite une adaptation de la discussion, pouvant aller d'une discussion de vie quotidienne sur des tâches passives comme de la mobilisation/étirement à aucune communication verbale sur des exercices complexes de type Perfetti.

Deux éléments subjectifs sont pris en compte dans cette partie de la rééducation : la douleur et la fatigabilité. Il s'agit de deux éléments subjectifs propres à chaque patient entrant dans la rééducation. En effet, la douleur est un ensemble d'éléments défini comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage* » (18). Nous remarquons donc qu'un facteur psychologique entre en jeu dans la définition de la douleur. Les expériences passées et mises en mémoire vont permettre de définir et d'évaluer la douleur présente ou potentielle. Il existe de nombreuses échelles d'évaluation de la douleur telles que l'échelle visuelle analogique (EVA) ou encore l'échelle verbale simple (EVS) mais une cotation pour un individu ne correspond à la même pour un autre. De ce point découle une adaptation dans la prise en charge rééducative : emmener le patient au maximum de ses capacités tout en respectant son seuil de la douleur. En général, il est préconisé de réaliser une rééducation infra-douloureuse, mais d'après les différentes situations vues en stage, notamment en traumatologie, nous pouvons estimer que l'idéal est de trouver un compromis entre respect de la douleur et efficacité. Néanmoins, certains patients ne s'arrêtent pas malgré la douleur et il est difficile d'évaluer si le seuil « critique » est dépassé. Dans l'inconscient collectif voire religieux, la douleur est une notion mise en valeur, nombre de patients disent régulièrement « j'ai mal mais c'est pour mon bien ». Derrière le fait de souffrir pour progresser, nous retrouvons tout le thème religieux (en général inconsciemment évoqué) de la pénitence et de la rédemption, le fait que souffrir va purifier l'âme : si le patient pense souffrir, il estimera que sa progression sera d'autant plus importante. C'est donc au kinésithérapeute de veiller à une évaluation fine de la douleur du patient au durant la rééducation. Le thème de la fatigabilité se rapproche de celui de la douleur en cela qu'elle est spécifique de chaque individu. La rééducation d'un patient quel que soit son âge aura pour but de l'emmener jusque dans ses limites. Elles ne seront pas les mêmes pour un patient jeune et sportif et pour un autre âgé et cardiaque mais comme je l'ai vu en stage, marcher quelques mètres pour un patient hémiparétique peut

correspondre aux mêmes efforts que ceux d'un patient sur du renforcement musculaire après ligamentoplastie au niveau du genou. Le kinésithérapeute adaptera donc sa prise en charge et notamment les temps de pause afin que le patient n'aille pas au-delà de ses limites. Effectivement, lors d'une ligamentoplastie, le Ligament Croisé Antéro-Externe est implanté avec une tension nominale puis au cours des quinze premiers jours, la résistance du LCAE diminue, ce sera donc au kinésithérapeute de freiner le patient afin de préserver la suture. A travers ce chapitre sur les moyens mis en œuvre lors de la rééducation, nous avons constaté à travers les exemples pris que toute technique rééducative sera « opérateur-dépendante ». Effectivement, une étude menée par Courty en 1978 (19) proposait de départager des protocoles kinésithérapiques dans la rééducation des lombalgies chroniques. Trois protocoles ont été pratiqués par trois praticiens différents à tour de rôle afin d'éviter la meilleure compétence de l'un ou de l'autre sur un protocole en particulier. Au final, il n'a pas pu départager les protocoles mais c'est le même praticien qui a eu les meilleurs résultats quel que soit le protocole utilisé. Cette étude vient étayer le fait que les techniques rééducatives bien que normalisées laissent une place importante au professionnel qui les pratique.

Dans cette partie, nous avons détaillé les différentes étapes présentes dans le bilan diagnostic kinésithérapique. A travers ces étapes, nous avons pu constater que la subjectivité était présente à tous les niveaux quel que soit le processus de rééducation mis en jeu. Nous pouvons définir la subjectivité comme un élément relevant de la sphère personnelle mais venant interagir dans un processus de réflexion. D'après le philosophe J. Benoit, il s'agit d'un « *motif omniprésent qui se manifeste partout où est la relation sociale, dans la variation infinie de ses jeux* » (20). La profession de masso-kinésithérapeute tend à se « scientifier » et la place laissée à l'appréciation va tendre à diminuer. Nous avons donc vu que la relation soignant-soigné prenait une part non négligeable dans la prise en charge rééducative entraînant de ce fait une forme de subjectivité à toutes les étapes du processus rééducatif. Nous pouvons donc nous demander comment réduire cette part de subjectivité dans l'approche des patients.

4 Discussion

A travers cette discussion, je vais essayer de répondre à la question précédemment évoquée : comment réduire un élément propre à chacun, la subjectivité, dans la prise en charge

rééducative de façon à rendre l'approche kinésithérapique la plus scientifique possible. Il serait présomptueux de penser répondre de manière catégorique à cette question et des chercheurs très qualifiés essayent tous les jours de créer de nouveaux tests et techniques afin que notre profession puisse se baser sur des éléments objectifs. Néanmoins, il est intéressant d'évoquer le fait que malgré toutes les connaissances accumulées au cours du cursus de formation, notre capacité à raisonner peut être altérée par des éléments extérieurs.

Pour pouvoir tenter de diminuer cet élément, il est nécessaire de savoir quelle part il prend dans l'ensemble du processus rééducatif. Il s'agit donc de le quantifier. Comment faire pour quantifier un élément qui de par sa dénomination est propre à chaque individu ? La réponse est ardue, je prendrai donc le parti d'essayer de définir ce qui pourrait être une juste distance thérapeutique permettant suffisamment de proximité avec le patient mais également une objectivité conservée. Le concept de distance thérapeutique constitue un paradoxe : le mot distance se réfère à un espace entre deux éléments tandis que thérapeutique prend son sens dans les moyens propres à aider ou guérir. C'est donc paradoxal de tenter d'aider ou de soigner un individu tout en restant à distance. Le philosophe A. Jollien, atteint d'athétose, signifie qu'appliquée de manière brutale, la distance thérapeutique constitue une forme de maltraitance (21). Il s'agit donc bien de trouver la juste distance thérapeutique. Elle va permettre de protéger le patient et de se protéger soi-même. En effet, comme nous l'avons évoqué dans la première partie concernant le cadre conceptuel, la relation soignant-soigné se base sur un échange. Néanmoins, le terme « échange » ne signifie pas que les protagonistes doivent tout partager, chacun a besoin de conserver un espace propre. La juste distance thérapeutique permet de voir l'autre dans son ensemble et ainsi faciliter la prise en charge. Deux éléments qui me semblent importants et que je souhaiterais développer dans ce paragraphe concernant la juste distance thérapeutique sont l'altérité et la souffrance. Tout d'abord, l'altérité est « *la reconnaissance de l'autre dans sa différence* » (22). Pour pouvoir reconnaître l'autre dans sa différence, il est nécessaire de se connaître soi-même afin de s'ouvrir à notre interlocuteur et de l'accepter dans sa globalité. Cette notion prend tout son sens dans la juste distance thérapeutique : il est difficilement envisageable de pouvoir être juste envers quelqu'un chez qui on n'accepte pas ses particularités. Pour cela, il semble cohérent de dire qu'il faut d'abord être en accord avec soi-même afin de pouvoir l'être par la suite avec le patient. Par ailleurs, la notion de souffrance est une notion centrale dans la juste distance thérapeutique. Je pars du principe qu'aucun soignant n'apprécie voir un patient souffrir, néanmoins cette notion est quotidienne dans la plupart des services. La distance à

adopter est difficile à définir par le fait qu'elle renvoie encore une fois le soignant vers une introspection : sa propre souffrance par rapport à la souffrance d'un autre être humain. A travers ce premier paragraphe, j'ai essayé de définir la notion de juste distance thérapeutique. Nous constatons qu'il s'agit d'un thème extrêmement complexe, où chacun peut proposer sa propre opinion. Bien qu'il s'agisse d'une notion aux contours très larges, nous pouvons nous demander comment faire afin de pouvoir trouver et mettre en application cette juste distance.

Dans ce paragraphe, je vais tenter de proposer une solution afin de pouvoir se placer de manière idéale dans la relation soignant-soigné. Elle n'a pas vocation de vérité et est loin d'être exhaustive par rapport aux nombreux éléments mis en jeu mais peut permettre d'avoir le recul nécessaire, notamment lors de la prise en charge de patients en stage. La juste distance thérapeutique est-elle une notion que l'on peut apprendre ? Partons du fait qu'un individu se construit selon trois axes : l'inné, l'acquis et le formé. Si la réponse à la question précédente se fait par la négative, nous partons sur des domaines génétiques où je ne peux proposer de solution. Si la réponse se fait par la positive, nous allons donc vers des domaines d'expériences de vie et de formation professionnelle. L'expérience de vie est propre à chacun, nous ne sommes pas tous confrontés aux mêmes joies et mêmes peines et l'environnement socio-culturel d'où nous venons nous a permis de nous ouvrir à différentes cultures et milieux sociaux. Néanmoins, nous avons tous en commun la formation initiale de masseur-kinésithérapeute. Elle se compose à la fois de modules théoriques et pratiques et de stages en milieu hospitalier ainsi qu'en libéral depuis peu. La formation nous permet d'avoir les notions théoriques nécessaires pour pratiquer. Les cours de psychologie nous permettent de posséder des outils de réponse par rapport à la relation soignant-soigné et la juste distance thérapeutique. Cependant, il est très difficile de se mettre en situation lorsque l'on n'est pas confronté à la réalité. C'est pourquoi, d'après moi, les stages sont au centre de la formation permettant ainsi de se confronter à la réalité du quotidien. Nous allons sur six ou sept terrains de stage différents au cours du cursus nous permettant ainsi d'être confrontés à des situations différentes. La proposition que je ferais serait de multiplier les terrains de stage de manière à favoriser la diversité des rencontres avec les patients. Nous pouvons donc dire que la juste distance thérapeutique est compliquée à trouver et que même la formation ne peut satisfaire à la demande. S'agissant d'une notion aux multiples facettes, son apprentissage se fera tout au long de la carrière professionnelle du praticien.

5 Conclusion

Ce travail écrit avait pour but de définir les bases de la relation soignant-soigné mais également de montrer que la prise en charge rééducative ne peut être totalement rationalisée. Comme nous l'avons étudié tout au long du développement, nous traitons « de l'humain », qui est au centre du projet thérapeutique. Chaque patient est différent et possède ses propres caractéristiques physiques, psychologiques et socio-culturelles. De ce fait découle une prise en charge personnalisée qu'il est parfois difficile d'objectiver. Le métier de masseur-kinésithérapeute est en pleine évolution et tend à devenir un ensemble de tests et de techniques objectives laissant moins de place au ressenti à la fois du patient et du praticien. Il est normal que les traitements rééducatifs puissent être évalués de façon à proposer le meilleur au patient. Cependant, le patient reste au centre du projet et ce qui est valable pour l'un n'est pas forcément valable pour l'autre. C'est ce qui fait toute la complexité et l'intérêt du métier, être capable de s'adapter au patient en face de nous. Ainsi nous pouvons dire que le masseur-kinésithérapeute est un scientifique faisant preuve de psychologie et d'adaptabilité. Cette notion était déjà évoquée par F. Rabelais, médecin et écrivain du XV^{ème} siècle sous cette forme : « *science sans conscience n'est que ruine de l'âme* ». Alors soyons de bons scientifiques et techniciens mais également des humanistes au sens philosophique du terme.

Références :

1. **Organisation Mondiale de la Santé.** *Qualité de vie.* 1993.
2. **Bon, Gustave Le.** *Hier et demain.* 1918.
3. **Hall, Edward T.** *La dimension cachée.* 1966.
4. **Prayez, Pascal.** *Distance professionnelle et qualité du soin.* 2009.
5. **Conseil national de l'ordre des masseur-kinésithérapeutes.** *Code de déontologie (article R4321-55).*
6. **Commission supérieure de codification.** *Code de la santé publique (article R4127-36).*
7. **Kant, E..** *Critique de la raison pure.* 1788.
8. **Santin, A.** La relation de soin : une question de confiance ? *Espace éthique APHP.* 2009.
9. **Lagache, D.** *L'unité de la psychologie : psychologie expérimentale et psychologie clinique.* 1949.
10. **Heimann, P.** Conter-transference. *British journal of medical psychology.* 1960.
11. **Fustier, P.** *Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial.* 2000.
12. **E. Viel, G. Péninou.** Méthodologie d'évaluation de la qualité des actes de kinésithérapie. *Annales de kinésithérapie.* 1996.
13. **Zinoviev, A.** *Science fiction-Politique.* 1980.
14. **Chevallier, A.-M.** *Evaluation de la fonction musculaire.* 2008.
15. **Viel, E.** *Le diagnostic kinésithérapique.* s.l. : Masson, 2000.
16. **P. Fransoo, C. Dassain, P. Mattucci.** Mise en pratique du test Shirado-Ito. *Kinésithérapie la revue.* 2009.
17. **Dufour, M.** *Massages et massothérapie.* s.l. : Maloine, 2006.
18. **International Association for the Study of Pain.** 1978.
19. **Courtilion, A.** *Approche thérapeutique dans la rééducation des lombalgies chroniques. Essai comparatif de trois techniques de rééducation.* 1978.
20. **Benoist, J.** *Notions de philosophie II.* s.l. : Folio, 1995.
21. **Jollien, A.** *Eloge de la faiblesse.* s.l. : Cerf, 1999.
22. **Grollet, P.** *Laïcité : utopie et nécessité.* s.l. : Labor & Espaces des libertés, 2005.