



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation
Département Masso-Kinésithérapie

Mémoire N° 1582

Mémoire d'initiation à la recherche en Masso-Kinésithérapie
Présenté pour l'obtention du

Diplôme d'Etat en Masso-Kinésithérapie

par

Rochaix Julia

**Le soin masso-kinésithérapique, entre toucher et
nouvelles technologies**

Étude préliminaire qualitative auprès de professionnels libéraux

Physiotherapy treatment, between care by touch and new technologies

Preliminary qualitative study with liberal professionals

Directeur de mémoire

Gardien Eve

2018-2019

Session 1

Membres du jury

Billaud Solène

Boudrahem Samir

Gardien Eve

Weber Florence

CHARTRE ANTI-PLAGIAT DE LA DRDJSCS AUVERGNE-RHONE-ALPES

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du préfet de région les diplômes paramédicaux et du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue, que les directives suivantes sont formulées.

Elles concernent l'ensemble des candidats devant fournir un travail écrit dans le cadre de l'obtention d'un diplôme d'État, qu'il s'agisse de formation initiale ou de parcours VAE.

La présente chartre définit les règles à respecter par tout candidat, dans l'ensemble des écrits servant de support aux épreuves de certification du diplôme préparé (mémoire, travail de fin d'études, livret2).

Il est rappelé que « le plagiat consiste à reproduire un texte, une partie d'un texte, toute production littéraire ou graphique, ou des idées originales d'un auteur, sans lui en reconnaître la paternité, par des guillemets appropriés et par une indication bibliographique convenable »¹.

La contrefaçon (le plagiat est, en droit, une contrefaçon) **est un délit** au sens des articles L. 335-2 et L. 335-3 du code de la propriété intellectuelle.

Article 1 :

Le candidat au diplôme s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 2 :

Le plagiaire s'expose à des procédures disciplinaires. De plus, en application du Code de l'éducation² et du Code de la propriété intellectuelle³, il s'expose également à des poursuites et peines pénales.

Article 3 :

Tout candidat s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette chartre dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné(e) Mlle ROCHAIX Julia

atteste avoir pris connaissance de la chartre anti-plagiat élaborée par la DRDJSCS Auvergne-Rhône-Alpes et de m'y être conformé(e)

Je certifie avoir rédigé personnellement le contenu du livret/mémoire fourni en vue de l'obtention du diplôme suivant : Diplôme de Masseur-Kinésithérapeute d'Etat

Fait à Lyon, le 30 avril 2019

Signature



Zér  **Plagiat**

¹ Site Université de Nantes : <http://www.univ-nantes.fr/statuts-et-chartes-usagers/dossier-plagiat-784821.kjsp>

² Article L331-3 : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics »

³ Article L122-4 du Code de la propriété intellectuelle

Mémoire N° 1582

Mémoire d'initiation à la recherche en Masso-Kinésithérapie

Présenté pour l'obtention du

Diplôme d'Etat en Masso-Kinésithérapie

par

Rochaix Julia

**Le soin masso-kinésithérapique, entre toucher et
nouvelles technologies**

Étude préliminaire qualitative auprès de professionnels libéraux

Physiotherapy treatment, between care by touch and new technologies

Preliminary qualitative study with liberal professionals

Directeur de mémoire

Gardien Eve

2018-2019

Session 1

Membres du jury

Billaud Solène

Boudrahem Samir

Gardien Eve

Weber Florence



Université Claude Bernard



Lyon 1

Président
Frédéric FLEURY

Vice-président CA
REVEL Didier

Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur
RODE Gilles

U.F.R de Médecine Lyon-Sud
Charles Mérieux
Directrice
BURILLON Carole

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie
Humaine
Directeur
SCHOTT Anne-Marie

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (CEM)
COCHAT Pierre

U.F.R d'Odontologie
Directeur
BOURGEOIS Denis

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directrice
VINCIGUERRA Christine

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur
Xavier PERROT



Institut Sciences et Techniques de Réadaptation Département MASSO-KINESITHERAPIE

Directeur ISTR
Xavier PERROT

Equipe de direction du département de masso-kinésithérapie :

Directeur de la formation
Franck GREGOIRE

Responsables des travaux de recherche
Samir BOUDRAHEM

Référents d'années
Geneviève SANSONI
Ilona BESANCON
Dominique DALLEVET
Samir BOUDRAHEM

Référents stages cycle 1
Annie KERN-PAQUIER

Référents stages cycle 2
Franck GREGOIRE

Secrétariat de direction et de scolarité
Pascale SACCUCI

Remerciements

Merci à Madame Eve Gardien,

D'avoir dirigé et supervisé ce mémoire de fin de cursus. Merci de votre accompagnement, de toutes les références et précieux conseils que vous m'avez apportés.

Merci à Mesdames Solène Billaud et Florence Weber,

D'avoir accepté de participer à l'évaluation de mon travail.

Merci à Monsieur Samir Boudrahem,

Pour votre soutien sans pareil tout au long de l'élaboration de ce manuscrit. Merci d'avoir su nous transmettre cette passion pour l'étude des sciences humaines et sociales, parfois centrales dans la profession de masseur-kinésithérapeute.

Merci à Monsieur Frank Grégoire et à toute l'équipe pédagogique de l'IFMK de Lyon,

Pour tout le suivi effectué et l'encadrement de nos quatre années de formation.

Merci à Monsieur Kevin Vasserot et à la MACSF,

De nous avoir donné l'opportunité de nous offrir l'impression de ce manuscrit. Merci de ta disponibilité et de ta générosité.

Merci à Madame Francine Fustier,

D'avoir accepté de prendre du temps pour m'écouter et pour éclaircir ma pensée. Merci pour tous vos conseils avisés et pour la richesse de vos réflexions.

Merci aux MKDE enquêtés,

D'avoir accepté de prendre du temps pour répondre à mes questions. Je vous remercie infiniment pour votre disponibilité. Sans vous, ce travail n'aurait pu aboutir.

Merci à l'ADEMKEL et à la grande famille d'étudiants KE,

Mes années d'études de kiné ont été plus belles et plus heureuses que je ne l'aurais jamais espéré, certainement grâce à vous. Merci pour tout ce bonheur vécu !

Merci à mes parents, à mes grands-parents,

Pour votre présence, votre soutien sans faille, l'amour que vous me portez. Cette année n'aurait pas été la même sans chacun de vous. Merci infiniment pour toutes ces heures de discussion et de travail à vos côtés. Merci pour tout votre réconfort.

C'est enfin aussi grâce à vous et à tout ce que vous m'avez toujours apporté que je suis aujourd'hui sur le point d'entrer dans le monde du travail. Merci de m'accompagner dans cette importante étape de ma vie. Merci pour tout.

Et enfin, merci à mes amis,

Alexis, Clément, Clémentine, Coralie, Cynthia, Etienne, Guillaume, Justine, Léo, Olivia, Sigrid et Thomas. Pour votre présence, votre soutien, votre patience, et toutes vos bêtises... vous, sans qui ces années d'études n'auraient jamais été les mêmes et sans qui les prochaines n'auraient aucun goût. MERCI !

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. Choix de l'objet d'étude et contexte de la recherche	1
2. Problématisation du sujet	3
3. Plan du travail de recherche	4
1. CADRE THÉORIQUE	5
1. 1 Le corps mobilisé à travers le prisme de concepts philosophiques, socio-anthropologiques et historiques	5
1. 1.1 Une approche philosophique et socio-anthropologique du corps	5
1. 1.2 Le corps et ses représentations dans le monde médical	15
1. 2 La masso-kinésithérapie : aspect historique et définition des concepts clés de l'étude	21
1. 2.1 Le toucher	26
1. 2.2 Les nouvelles technologies	34
2. ÉTUDE EMPIRIQUE	43
2. 1 Matériel et méthode	43
2. 1.1 Contexte de la recherche.....	44
2. 1.2 Contexte de l'enquête	44
2. 1.3 Conditions de validité et préparation de l'enquête	46
2. 2 Résultats et analyse individuelle, hypothèses d'interprétation	50
2. 2.1 Entretien du participant 1	51
2. 2.2 Entretien du participant 2.....	53
2. 2.3 Entretien du participant 3.....	55
2. 3 Résultats et analyse croisée	57
2. 4 Discussion des résultats, limites de l'étude et perspectives	65
2. 4.1 Choix du sujet.....	65
2. 4.2 Méthode et matériel de recherche et de l'enquête	66
2. 4.3 Discussion et analyse des résultats	68
3. CONCLUSION	72
BIBLIOGRAPHIE	
Table des annexes	
ANNEXES	

Table des tableaux

Tableau I : Retranscription synthétique de l'entretien du participant 1	51
Tableau II : Retranscription synthétique de l'entretien du participant 2	53
Tableau III : Retranscription synthétique de l'entretien du participant 3	55

Liste des acronymes

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOMK : Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

EBP : Evidence Based Practice

MK : Masseur-Kinésithérapeute

MKDE : Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'Etat

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TIC : Technologie de l'Information et de la Communication

STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

Résumé

Dans un contexte de modernisation de la masso-kinésithérapie, cette recherche étudie les différentes facettes de l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat. Il semblerait qu'elle soit définie par plusieurs compétences et techniques de soins. Ces dernières, entre approches manuelle et instrumentale, feraient l'objet d'une mise en tension chez les praticiens libéraux.

C'est pourquoi l'on s'interroge sur les effets ressentis et les représentations du toucher dans la relation kinésithérapique soignant-soigné aujourd'hui, face à l'avènement des nouvelles technologies.

Dans cette perspective, un certain nombre de prérequis théoriques sont mobilisés afin de dessiner les contours des enjeux de cette problématique. Suite à cela, des entretiens sont conduits auprès de masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

Les données recueillies font apparaître que les représentations du toucher et sa légitimité seraient questionnées par les praticiens actuels, et pour cause. Elles seraient même bousculées par les représentations des professionnels de santé en général. Enfin, les nouvelles technologies seraient des modificateurs des dimensions spatio-temporelles de l'interaction soignant-soigné.

En définitive, cette étude viendrait peut-être ouvrir sur des enjeux où, au-delà de la place du toucher dans la pratique masso-kinésithérapique, face à l'émergence des nouvelles technologies, ce serait celle du masseur-kinésithérapeute lui-même qui serait mise en question.

Mots-clés

corps, masso-kinésithérapie, nouvelles technologies, soins kinésithérapiques, techniques manuelles, toucher

Abstract

In a context of modernization of physiotherapy, this research studies the different facets of the professional identity of the physiotherapist graduated. It seems that it is defined by several skills and techniques of care. The latter, between manual and instrumental approaches, would be subject to tension among liberal practitioners.

That is why we wonder about the effects felt and the representations of touch in the physiotherapist-caregiver relationship actually, faced with the advent of new technologies.

In this perspective, a certain number of theoretical prerequisites are mobilized in order to draw the contours of the stakes of this problematic. Following this, interviews are conducted with liberal physiotherapists.

The data collected show that the representations of touch and its legitimacy would be questioned by current physiotherapist practitioners, and for good reason. They would even be jostled by representations of health professionals in general. Finally, new technologies would be modifiers of the spatio-temporal dimensions of the caregiver-care interaction.

Ultimately, this study could perhaps open on issues where beyond the place of the touch in physiotherapy practice, faced with the emergence of the new technologies, it would be that the physiotherapist itself which would be questioned.

Keywords

body, physiotherapy, new technologies, physiotherapy cares, manual techniques, care by touch, touch

INTRODUCTION

1. Choix de l'objet d'étude et contexte de la recherche

C'est au cours de ma deuxième année d'étude qu'une ébauche du sujet de ce mémoire de fin de cursus est née. Ce thème s'est progressivement précisé, et plus particulièrement lors de mon second stage de troisième année, que j'ai réalisé en Australie. Dans ce contexte, j'ai eu la chance d'avoir été supervisée par une physiothérapeute (« physiotherapist » en anglais), équivalent de Masseuse-Kinésithérapeute Diplômée d'Etat (MKDE), qui m'a beaucoup appris sur l'approche manuelle des techniques de soins mises en œuvre dans son cabinet. Je les ai à mon tour expérimentées auprès de patients australiens, ce qui m'a permis de mesurer la dimension universelle de cette pratique.

Le choix de cet objet d'étude s'est confirmé au cours des dernières années de mon cursus de formation, notamment lors de mes stages ou à l'occasion de différents événements sportifs. J'ai ainsi pu constater, en particulier lors de mes stages en cabinet libéral, que chaque praticien faisait appel à des techniques de diagnostics kinésithérapiques et à des modes de traitement rééducatifs qui lui sont propres. En France, la profession de masso-kinésithérapie requiert un certain nombre de compétences et d'habiletés, dans divers champs d'actions thérapeutiques. Le MKDE doit être capable d'établir un bilan des déficiences et des capacités de son patient, il doit fixer des objectifs en collaboration avec ce dernier et lui proposer un programme de rééducation adapté en lui expliquant les techniques qu'il va devoir mettre en œuvre durant les séances. (« Découvrir le métier », 2017)

Ainsi, je m'intéresse aux techniques de bilan et de rééducation appliquées en pratique libérale, dans lesquelles le « toucher » intervient nécessairement. Selon le site officiel du Ministère de la Santé, « *le masseur-kinésithérapeute réalise, de façon manuelle ou instrumentale, des actes de massage et de gymnastique médicale, dans le but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer* » (« Masseur-

kinésithérapeute », 2012). Dans cet énoncé, les deux pratiques dites manuelle et instrumentale sont mises en regard l'une de l'autre. Il semble intéressant de s'interroger sur le choix de cette distinction, qui a inspiré l'objet de mes recherches. Nonobstant cette différenciation qui synthétise la pratique globale du masseur-kinésithérapeute, il apparaît évident que les mains du praticien constituent son premier instrument de travail.

Il semblerait que l'approche par le toucher, entendu par « toucher tactile » du corps du patient, permette à la fois d'établir un contact et une relation de confiance avec lui et à la fois, de mieux comprendre sa plainte et, dans le meilleur des cas, d'en identifier les causes. Ce sens du toucher contribue à un échange de données au sens large, entre le soignant et le soigné. Il est alors primordial de réaliser que le toucher est un moyen de communication et de recueil d'informations précieuses pour le MK. Le corps du patient pourra « parler » grâce au toucher du praticien alors même qu'il ne saura pas verbaliser ses maux. Enfin, il apparaît évident que le toucher fasse partie intégrante du bilan diagnostic kinésithérapique ainsi que du traitement qui s'en suit, aux vues des techniques de palpation, d'auscultation puis de massage, de techniques gymniques, de mobilisations et d'étirements mis en œuvre. Il serait en somme l'une des composantes indéniables de l'identité professionnelle du MKDE.

Il semble judicieux d'explorer cette thématique en fin de cursus diplômant aujourd'hui, car elle invite à se questionner sur la nature de l'exercice professionnel que je m'appête à exercer. Ce travail engage une recherche fine des différents savoirs, savoir-faire et savoir-être qu'il est nécessaire de mettre en œuvre et d'acquérir au cours de la pratique professionnelle. L'intérêt est d'appréhender la façon dont il est pratiqué de nos jours, et dont il est perçu par les professionnels et les patients. Il est possible d'aller plus loin en étudiant les moyens par lesquels chacun se l'approprié. Enfin, il est intéressant d'interroger la manière dont il s'inscrit dans un monde médical aujourd'hui en constante évolution, liée au développement de nombreuses innovations scientifiques et technologiques.

2. Problématisation du sujet

L'objectif est de mettre en lumière ce qu'il en est des effets ressentis et des représentations du toucher dans le soin masso-kinésithérapique. Il semble pertinent de chercher à investiguer des phénomènes de sciences humaines et sociales en kinésithérapie, car il manque cruellement d'écrits à ce propos aujourd'hui. Cette profession de soin doit être exercée avec une rigueur exemplaire et un niveau d'exigence digne de tout champ d'application scientifique efficient. Il en va de la santé de chacun des patients. Néanmoins, cette pratique du soin est empreinte d'une forte dimension relationnelle. Il faut y être sensible. Il serait nécessaire d'éviter de tomber dans le piège d'une pratique standardisée, encourageant à appliquer des protocoles qui ne se prêtent pas aux singularités de la personne soignée. Être MKDE implique de réaliser des soins de proximité, d'entrer dans la sphère intime des patients, quels que soient leur âge ou leur classe sociale. En outre, cette profession est encore très jeune, elle a tout juste une cinquantaine d'années. Il serait alors nécessaire de saisir ce que les prises de conscience autour de sa pratique et de sa mise en œuvre, ont apporté. S'interroger sur les tensions induites du fait que l'exercice de la masso-kinésithérapie, à l'instar des autres professions de santé, se trouve à la croisée de l'application des sciences biomédicales et des sciences humaines, semble intéressant. C'est dans cette optique de recherche qu'il est possible de problématiser le caractère essentiel du toucher dans l'expertise du MK, ainsi que ce qui pourrait être défini comme une co-construction, avec le patient, de son parcours de soin.

En définitive, différentes hypothèses interrogent la place qu'occupe le toucher dans le soin kinésithérapique, face à l'émergence des nouvelles technologies en pratique libérale. Dans quelles mesures l'utilisation de nouvelles technologies, machines, instruments de rééducation met-elle en tension le toucher dans sa fonction initiale en pratique libérale ? L'utilisation d'autres instruments que ses propres mains dans le soin, amène-t-il le masseur-kinésithérapeute à s'éloigner de l'essence même de son exercice ? Le toucher représente-t-il une part importante du soin kinésithérapique ? Tous les professionnels y accordent-ils la même importance ? **Quels sont les effets ressentis et les représentations du toucher dans la relation kinésithérapique soignant-soigné aujourd'hui face à l'avènement des nouvelles technologies ?**

3. Plan du travail de recherche

Ce manuscrit est subdivisé en deux parties principales.

La première, intitulée « *Cadre théorique* » permet de contextualiser l'objet d'étude et d'illustrer tous les prérequis nécessaires à sa compréhension. A cet égard, une revue de littérature non exhaustive est proposée, apportant des connaissances théoriques et actualisées sur les différents sujets qui touchent de près ou de loin à la problématique. Pour cela, des concepts philosophiques, anthropo-sociologiques et historiques traitant du « corps » ainsi que du rapport entre « le corps et l'esprit », qui ont toujours suscité une curiosité et un désir de compréhension chez l'Homme, sont mobilisés. Les recherches se poursuivent afin de définir la profession de masso-kinésithérapie. Aussi, des éléments en lien avec les textes de loi tels que les décrets d'actes et de compétences régissant la profession de MKDE en vigueur de nos jours, sont rappelés. Enfin, au terme de cette partie apparaît ce qui a pu être décrit à propos du « toucher » et de l'utilisation des « nouvelles technologies » dans les professions médicales et paramédicales, qui sont les éléments clés de cet objet d'étude.

La seconde partie, intitulée « *Etude empirique* », permet d'analyser en pratique la place accordée au toucher et aux nouvelles technologies dans le temps et l'espace d'une séance de masso-kinésithérapie libérale. Pour ce faire, une enquête de terrain par entretiens auprès de praticiens libéraux est présentée. Dans un premier temps, la méthode de construction de cette dernière, et les moyens mis en œuvre pour la conduite des interviews sont exposés. Dans un second temps, les résultats obtenus sont rapportés et analysés, d'abord individuellement puis de façon croisée. Enfin, une discussion de cette investigation et des données recueillies est proposée.

Pour conclure, des réponses aux hypothèses induites par les interrogations de ce sujet d'étude tenteront d'être apportées, à l'aune des apports théoriques de la première partie et des informations acquises par l'enquête de la seconde. Ce manuscrit étant une étude préliminaire, sa conclusion tentera de proposer des ouvertures sur d'autres travaux de recherches plus approfondis.

1. CADRE THÉORIQUE

Il semble capital de définir tous les termes, thématiques et aspects qui touchent de près ou de loin à cet objet d'étude, afin d'en cerner les contours. Comment parler du toucher sans parler du corps humain ? Comment parler de diagnostic et de traitement kinésithérapique sans définir la profession de masseur-kinésithérapeute ? Comment parler de l'émergence des nouvelles technologies dans le monde de la santé et plus précisément dans celui de la rééducation, sans parler de la révolution technologique dans laquelle évolue notre société depuis plusieurs années ? C'est ainsi que, dans ce paragraphe, sont posées les bases de mon raisonnement et sont données les explications nécessaires à l'intelligibilité de mon cheminement, et aux enjeux de mon questionnement.

1. 1 Le corps mobilisé à travers le prisme de concepts philosophiques, socio-anthropologiques et historiques

1. 1. 1 Une approche philosophique et socio-anthropologique du corps

Dans notre société, de l'Antiquité à nos jours, le concept de corps a toujours été et reste encore très ancré dans les préoccupations quotidiennes de l'Homme. « *Le corps. [...] Une évidence, a priori, puisque nous ne sommes rien sans lui. Il est donc normal qu'il soit l'objet de tous nos soins, notre souci premier.* » (Le Point Références, 2017). L'être humain cherche perpétuellement à avoir des connaissances approfondies sur lui-même, et plus précisément sur ce qui le constitue. Qu'est-ce que le corps ? Vivons-nous « dans » notre corps ou « avec » lui ? Comment fonctionne-t-il ? Notre corps nous appartient-il ? Ou est-ce que nous ne formons qu'un avec ce dernier pour finalement l'éprouver ? Que représente-t-il pour soi et pour chacun de ceux qui nous entourent ? Ce sont autant de questions auxquelles l'Homme se promet de répondre le plus justement possible afin de se connaître davantage. A travers ses recherches, l'Homme tend vers un « mieux vivre », un bien-être, afin d'atteindre un certain état de complétude. En effet, « *de l'Antiquité à aujourd'hui, l'histoire de l'approche du corps*

est celle d'un long combat vers l'autonomie et la liberté. » (2017) L'être humain se définit finalement, après des siècles de réflexion portée par différents courants de pensées philosophiques, comme un ensemble formé de son corps et de son esprit, une entité unique. Il n'a pas toujours été évident de prendre en compte le corps dans sa globalité et d'en considérer tous les aspects.

Le corps est à traiter selon différentes approches conceptuelles pour en obtenir une définition complète. Tout d'abord, plusieurs définitions sont données dans le dictionnaire aujourd'hui: « *la partie matérielle d'un être animé considérée en particulier du point de vue de son anatomie, de son aspect extérieur* » mais aussi « *la partie matérielle de quelqu'un considérée en particulier du point de vue de son fonctionnement interne* » (Larousse, s. d.-a). Il est notoire que les deux définitions du corps diffèrent en fonction du point de vue adoptée pour en parler. D'une part, un éclairage extérieur le qualifiant en fonction de son aspect et de l'image qu'il renvoie, d'autre part, une introspection le définissant par sa constitution intrinsèque et vécue par l'individu dont il est sujet. Afin de mieux comprendre comment s'est caractérisée cette entité si complexe qu'est le corps dans le temps, voici un bref historique non exhaustif, mais le plus pertinent possible.

La délimitation et la caractérisation du corps a toujours été une des préoccupations de l'Homme. Déjà Socrate à l'époque Antique (v. 470-399 av. J.C.), déclare au moment de mourir, que « *si nous avons un corps, nous sommes avant tout cette âme qui s'y trouve comme assignée à résidence.* » (2017) Dans ce discours, une forte présence de la dualité « corps-esprit » qui est présentée comme inéluctable ; le corps n'est que l'enveloppe de l'âme dont il est dissocié en tout point, à l'exception de celui de rattacher l'Homme à la réalité du monde qui l'entoure. Son disciple Platon (v. 428-348 av. J.C.), s'est affairé à approfondir les réflexions de son maître à penser qui disait que « *nous serons purs, étant séparés de cette chose insensée qu'est le corps* » (« PHÉDON », s. d.) Ainsi, aux yeux de Platon la grande affaire des êtres humains consistait en la prise de conscience de leur rapport erroné au corps : le souci de soi à cette époque est avant tout le souci de l'âme. Cette conception semble incomplète tant elle ne se préoccupe pas du corps. C'est pourquoi Aristote (v. 384-322 av. J.C.), lui-même élève de Platon, a écrit « *aucune âme n'existera dans rien d'autre que dans ce dont elle est*

l'âme » (Moraux, 1963) pour souligner le fait que le concept « corps-esprit » n'est plus présenté dans un rapport de dualité mais de complémentarité. Une personne ne se caractérise non plus que par son âme mais aussi par son corps ; deux versants indissociables l'un de l'autre. C'est ainsi que pour Épicète (50-v. 125) « *l'homme est un tout formé de l'âme et du corps* » d'où la nécessité d'insister sur le soin du corps, d'entretenir ce qui constitue l'instrument de la vertu qu'est l'âme. Ce philosophe pousse le raisonnement encore plus loin en proposant que l'être humain doit chérir son corps pour pouvoir assumer pleinement sa condition, qui n'est autre que sa vocation à penser. Mettre le corps au service de l'âme en l'entretenant correctement permettrait de vivre pleinement heureux. En revanche, pour Plotin (v. 205-270) « *l'âme existe avant le corps parce qu'elle le produit* » et c'est pourquoi selon ce philosophe encore un peu plus moderne, le rapport de causalité entre l'âme et le corps s'inverse : « *l'âme qui prend soin du corps suffisamment pour que ce dernier ne la perturbe pas* » (2017). Plotin propose ainsi qu'il est de la responsabilité de l'âme de prendre soin de son corps afin de pouvoir le mouvoir plus ou moins à distance, de l'animer et de vivre une certaine complétude.

C'est par la suite entre le Moyen-Âge et la Renaissance (1500 – 1800), que le fait de penser le corps redevient un aspect central et indispensable de la réflexion humaine. C'est pendant cette période de la Renaissance que naît la science qui étudie l'Homme : l'anthropologie. Elle se décline alors selon deux branches : la science de l'âme, la « psychologie » et la science du corps, « l'anatomie ». En effet « *Pour connaître l'homme, il faut connaître son corps, ce qui ne peut se faire qu'en connaissant l'anatomie* » (2017). Cette dernière connaît un grand essor durant la Renaissance, notamment via la pratique de plus en plus fréquente des dissections de cadavres. La conception anatomiste et mécanique de la machine corporelle invite à développer une pensée de la segmentation corporelle : le corps est dès lors décrit en termes d'assemblage de parties distinctes. De ce fait, les descriptions du corps se font selon d'autres référentiels. Les analogies utilisées pour le décrire se complexifient et relèvent désormais d'un vocabulaire très mécaniste : il est question de ressorts, de leviers, de cordes, de poulies entre autres termes spécifiques à la mécanique.

Aux alentours de 1630, René Descartes (1596-1650) a écrit *Le Traité de l'Homme* dans lequel il expose la thèse du « corps machine », qui peut être décrite en trois parties. Une première traitant des fonctions invisibles et visibles du corps qui s'expliquent par le mouvement de petites particules qui composent le sang. Une seconde expliquant qu'il n'y a finalement pas de différence de nature entre un corps vivant et un corps inerte puisque l'âme et le corps sont deux entités distinctes. Une troisième et dernière partie décrivant le corps humain comme une machine perfectionnée comme une horloge, dont les variations s'expliquent de façon mécaniste. Par la suite, Spinoza (1632-1677) a radicalisé la pensée de Descartes en déclarant que « *le corps ne peut pas plus déterminer l'âme à penser que l'âme ne peut déterminer le corps à bouger.* », c'est alors que l'âme n'assure plus le lien entre les différentes parties du corps, elle n'est plus le maître ou l'esclave du corps, elle en est seulement « l'idée ». Le corps et l'âme sont dès lors deux réalités parallèles constituant l'être humain. (2017)

En avançant dans le temps, il peut être intéressant de se pencher sur le courant de pensée du XIX^{ème} siècle et notamment sur la parution de *L'Origine des espèces* en 1859 écrit par Charles Darwin (1809-1882). Ce dernier va venir révolutionner une nouvelle fois la conception du corps humain et de sa nature. Dans cette œuvre, le géologue britannique propose une théorie d'évolution des organismes et des corps reposant sur une dynamique incessante de sélection de variations utiles et d'amélioration des adaptations des êtres vivants. Celle-ci remet totalement en question le dogme biblique selon lequel Dieu aurait créé des espèces immuables en vigueur jusqu'ici. Dans un second écrit nommé *La Filiation de l'Homme*, en 1871, Darwin étend sa théorie de sélection naturelle de l'homme à l'échelle de la société humaine et explique des phénomènes d'évacuation de comportements individuels au profit de conduites solidaires et altruistes ; raison pour laquelle l'Homme soignerait le corps des malades et viendrait en aide aux plus démunis. Cette théorie invite d'autres grands penseurs à considérer le corps et l'individu à travers un regard plus sociologique. Entre autres, Karl Marx (1818-1883) va mettre en lumière la misère physique et morale, la vulnérabilité des classes laborieuses due à leurs conditions de travail et de vie extrêmement rudes. Ici, le corps est étudié selon ses fonctionnalités, au travers de ses

qualités permettant à l'Homme d'avoir un statut social dans la société et notamment de travailler. (2017)

Vient ensuite la psychanalyse de Freud (1856-1939) qui va briser l'idéologie d'un corps caractérisé seulement par la pensée organiciste jusqu'au XX^{ème} siècle. La psychanalyse tend à montrer la malléabilité, le jeu subtil de l'inconscient dans la chair de l'homme. Il fait du corps le langage où se disent de manière détournée les relations individuelles et sociales, protestations et désirs. La psychanalyse est alors une science qui n'a cessé d'évoluer pendant et après la vie de Freud, elle reste au cœur des remises en question des conceptions cognitivistes et notamment des neurosciences qui sont autant d'approches différentes du corps et du sujet humain. Au tournant de ce XX^{ème} siècle, il y a également le philosophe allemand Edmund Husserl (1859-1938) qui a institué la « phénoménologie » : une science du vécu, philosophie de l'expérience qui vient déconstruire les préjugés présents à l'égard d'autrui et de soi par exemple. Ainsi, par-delà l'opposition entre le corps - *la matière* - et l'esprit - *l'impalpable* -, il s'agit de rendre compte de la manière dont la conscience s'incarne comme la chair et s'insère par la corporéité dans le monde matériel. Le corps propre représente alors un troisième genre d'être dans la nature matérielle tels que les corps inanimés et l'esprit supposé immatériel. De cette manière, Husserl interroge les modalités diverses de l'expérience même du corps, sa vie sensible, pour dévoiler ses ressorts et ses articulations. Il dit aussi que l'appropriation du corps par le sujet, devenant un corps subjectif, passe fondamentalement par le toucher : plus que n'importe quel autre sens, « *c'est la sensation tactile telle qu'elle surgit déjà dans le mouvement du corps qui n'est pas encore en contact avec des corps étrangers, qui me fait de prime abord ressentir mon corps en tant que mien* ». Enfin, ce philosophe allemand explique que la corporéité subjective se définit comme une mobilité libre et spontanée, voire comme un pouvoir, par opposition à l'inertie de la nature matérielle inanimée. (2017)

C'est ensuite lors de la fin du XX^{ème} et surtout au cours du XXI^{ème} siècle, que le corps est plus que jamais au cœur de toutes les préoccupations philosophiques et socio-anthropologiques, mais aussi des médecins et même des informaticiens. Le corps triomphe à travers tous les questionnements qu'il soulève, avant peut-être de disparaître dans une société tendant fortement vers des formes de robotisation et de dématérialisation.

Maurice Merleau-Ponty (1908-1961), philosophe français lui aussi affilié au courant de pensée de la phénoménologie, va mettre le corps au centre de son œuvre. Il s'attache à considérer le corps en tant que tel et non en tant que la réductrice incarnation de l'esprit, comme il le reproche à la pensée de Descartes. Merleau-Ponty introduit alors le concept « *d'habitus* » dans la définition du corps : il dit que dans une suite de gestes, le corps est à son affaire, il sait ce qu'il fait selon une connivence avec l'environnement, une prescience intime qui ne se résume pas à un simple mécanisme réflexe, mais pas non plus à un contrôle absolument volontaire. Il s'agit d'un entre-deux.

C'est par la suite le sociologue français Pierre Bourdieu (1930-2002), qui reprend cette théorie d'habitus pour parler du corps humain. « *Nous nous imprégnons sans y penser de nos différents usages* » dit-il. « *C'est sans y penser que notre corps s'adapte de nouveaux instruments : l'aveugle ne perçoit plus son bâton, celui-ci n'est plus un « objet » pour lui, mais plutôt un nouvel organe, qui passe inaperçu car il s'intègre désormais au volume de son corps.* » De ce fait, il signifie que la capacité d'habitation du corps est quasiment sans limites. Il est possible de faire un parallèle avec la problématique du sujet Kanak chez Maurice Leenhardt, qui est théorisée par le comorphisme et l'ignorance du corps. En ce sens, le corps ne fait qu'un avec le sujet lui-même et avec l'environnement, et notamment les végétaux, qui l'entourent. (Rognon, 2007)

Le corps paraît alors tout à fait malléable, intrinsèquement adaptable à son environnement. Cette remarque est tout à fait intéressante à prendre en compte dans un monde où le corps accueille toutes sortes de prothèses motrices, sensorielles ou même cognitives. La malléabilité du corps humain devient un atout sans pareil. Pierre Bourdieu a été par la suite, un acteur principal de la sociologie française d'après-guerre, et c'est à ce moment-là qu'il souligne le fait que le corps est « *intrinsèquement naturel tout en étant profondément social* ». Le corps doit alors être appréhendé comme le centre de toutes les interactions que l'individu développe avec la société qui l'entoure.

C'est ainsi qu'« *avant même de faire usage de la parole, le corps dit déjà beaucoup de nous* » ; il est donc bien langage en tant que tel. Pour décrire cela, Pierre Bourdieu

prend judicieusement l'exemple du bronzage : la peau tannée a longtemps constitué un stigmate social marquant l'obligation pour celui qui l'arbore de travailler avec son corps au milieu des champs. Les femmes de la haute société se devaient par exemple donc d'afficher une peau claire, signe de leur oisiveté. Or au XX^{ème} siècle, les codes sociétaux ayant changé, les peaux bronzées sont désormais synonymes de richesse et incarne le temps de loisir passé à voyager. Ce sont finalement des habitus qui se traduisent directement dans la tenue du corps, la posture, la façon de parler... et chaque groupe partage des valeurs différentes qu'il reconnaît à même le corps, qui situent instinctivement les individus dans l'espace social. Ainsi le corps est un puissant outil de communication, étant lui-même langage et reflet de l'individu. Cependant, Pierre Bourdieu ne réduit pas le corps à une fonction expressive, il lui accorde aussi un rôle actif. Il considère que chacun dispose de savoir-faire corporels qui lui permettent une compréhension presque immédiate du milieu dans lequel il évolue. *« L'aisance avec laquelle un homme occupe un espace nous révèle alors que la lutte des classes est peut-être avant tout dans le monde social une lutte des places. »* (2017)

Finalement, l'étude des différentes périodes de l'histoire montre des conceptions très variées de la notion de corps. Ainsi, il semble tout à fait intéressant de se pencher sur des écrits plus contemporains et notamment sur l'œuvre de Bernard Andrieu qui est philosophe, directeur de l'équipe Techniques et enjeux du corps ainsi que du groupement de recherches international Body Ecology by Physical, Adapted & Sport Activity et professeur en STAPS à l'Université de Paris Descartes. Il a consacré une grande partie de son travail à l'analyse du corps, sous tous ses aspects et désigne au moins trois grandes approches possibles de ce dernier : *« (...) le corps tel qu'il se donne à voir, le corps agissant (l'expression est de nous) : les pratiques corporelles, les pratiques sportives, les techniques du corps, les cultures du corps et les objets corporels. Ensuite, le corps comme lien entre l'individu et le monde, le corps réfléchissant : l'histoire du corps, le vécu corporel, les sciences du corps, les disciplines du corps, l'anthropologie du corps. Enfin, le corps en tant que sujet et objet de lutte, le corps déconstruisant : la libération corporelle, les politiques corporelles, les pratiques sociales. »* (Memmi, Bellivier, Jullier, & Andrieu, 2011). La conception du *« corps déconstruisant »*, Bernard Andrieu en parle comme d'un objet de *« lutte »* ce

qui fait directement écho à ce qui est cité dans les pages précédentes à propos du « *long combat* » qu'a mené l'Homme de l'Antiquité à nos jours pour gagner en connaissance, en liberté et en autonomie en termes de gestion de son corps. Comme si le corps était à la fois sujet propre et objet de tourmente pour tout un chacun qui essaie de le comprendre. Suite à cette déclinaison thématique d'approches du corps, Andrieu propose une définition la plus exhaustive possible : « *le corps humain n'est ni naturel ni culturel, il est le résultat de l'interaction de sa matière génétique avec un environnement socio-culturel qu'il incorpore au fur et à mesure de sa constitution, de ses régulations et de son adaptation, limitée à sa mort, au monde extérieur et à ses représentations du monde.* » (Memmi et al., 2011) Ce philosophe, en collaboration avec Gilles Boëtsch, anthropologue et directeur de recherches au CNRS, rappelle la dualité du corps : « *surface et profondeur, apparence et identité, substance et matériel, sexe et genre, individu et réseau, dedans et dehors, inconscient et conscient, schéma corporel et image du corps, histoire et géographie, local et universel, milieu et zone, mortel et immortel... le corps est double, avec un envers et un endroit qui ne se rejoignent pas toujours. Ecrire le corps depuis l'intérieur de sa chair implique une difficulté méthodologique et ontologique pour établir ce qui serait une transparence et une continuité entre le corps vivant et la conscience que le sujet en a.* » (Andrieu, Boëtsch, 2018)

Aujourd'hui encore, ces écrivains reconnaissent à quel point le fait d'écrire sur le corps reste un exercice difficile tant il est lié à la formation et au point de vue de celui qui écrit. C'est pourquoi « *chaque chercheur devrait avant tout reconstituer la question du corps à partir de sa propre construction intellectuelle à l'origine de sa méthodologie, pour éviter de la projeter sans le savoir.* » (2018) Les auteurs rappellent l'importance de la formation de chacun dans l'influence de la façon le corps est étudié. Par conséquent, il paraîtrait plus juste de faire une synthèse des différentes définitions du corps, pour en avoir la vision la plus exhaustive possible. De nos jours, de nombreuses apparitions de disciplines innovantes, tendent à interroger le rapport entre le corps vivant comme objet d'étude et le corps vécu par l'individu. Il est possible de citer par exemple la neurobiologie, la bioéthique ou encore l'anthropologie biomédicale qui sont autant de nouvelles approches du corps que de façons de l'analyser. Ces concepts créent des liens dynamiques directs entre différentes conceptions du corps, dans un

monde où il est au cœur des préoccupations humaines. Cela invite même certains à imaginer un futur encore différent pour l'Homme, de nouveaux horizons quant à son évolution dans la société.

Dans ce mouvement de pensée, s'inscrivent ceux que l'on nomme aujourd'hui les « transhumanistes ». Selon l'Association Française Transhumaniste, l'objectif de ce courant de pensée est d'améliorer la condition sociale et biologique de l'humain, notamment en allongeant considérablement sa durée de vie en bonne santé. (2019) Ils s'interrogent sur la condition humaine de nos jours et ne veulent pas en rester là : pourquoi devrions-nous absolument accepter un corps qui nous est imposé par le hasard de la naissance ? Pourquoi devoir absolument composer avec ce dernier toute notre existence durant ? Selon cette idéologie, le corps est le signe de la passivité de l'humain et il n'est finalement pas obligatoire de s'y résoudre. Les sciences et techniques telles qu'elles sont maîtrisées aujourd'hui peuvent permettre, selon les transhumanistes, de satisfaire toutes aspirations de mutations et d'amélioration de performances de l'être humain. La question est de savoir jusqu'où l'humain serait-il capable d'aller pour améliorer sa condition ? Dans quelles mesures cela le servirait-il ? N'en serait-il pas aliéné ? A l'heure de la révolution numérique et virtuelle, quelle est la place de l'humain ? Ces prouesses techniques impliquent-elles nécessairement un effacement du corps ? C'est une crainte souvent évoquée tant la sphère numérique, l'informatique va vers une dématérialisation des éléments, une désincarnation de l'homme.

Pour autant, notamment depuis l'invention des « avatars » (protagonistes virtuels représentant des êtres vivants) il paraît clair que le corps ne disparaît pas totalement de l'univers numérique ; mais en se défaisant de sa part organique, il peut déjouer sa finitude. Le numérique invite en quelque sorte à mettre un terme à la vision duale de l'âme et du corps : « *les frontières entre l'intérieur et l'extérieur, le matériel et le psychique, sont rendues plus que jamais poreuses.* » (2017) De plus, alors que les premiers outils technologiques et notamment les ordinateurs réduisaient au minimum l'action corporelle de l'utilisateur, les plus récents impliquent totalement l'interacteur en faisant appel à beaucoup de ses sens. Cela s'illustre par le développement des écrans tactiles et des systèmes de reconnaissance faciale par exemple. Edmond

Couchot, Professeur des universités de Paris, théoricien et artiste pionnier des arts numériques, écrit dans le dictionnaire de Andrieu et Boëtsch, que de ces nouvelles technologies naissent « *une nouvelle corporéité, hybride de chair et de calcul, doublant et modifiant nos habitus.* » et que cela devient un enjeu essentiel de la relation homme-machine. En effet, les interfaces multimodales qu'offrent les technologies les plus novatrices permettent à l'homme d'agir directement sur son environnement virtuel et d'en recevoir en retour des réponses sensorielles. (Andrieu, Boëtsch, 2018)

Pour conclure, un des éléments clés qui émerge de ce bref historique est caractérisé par la tension constamment évoquée entre le corps et l'esprit. C'est pourquoi il semble nécessaire de prendre la mesure que le soin par le toucher du corps approche aussi l'âme de l'individu. Dans le cadre thérapeutique, le toucher tactile semble dépasser les limites incarnées du corps. Par conséquent, il va être important de développer toute la considération que la médecine offre au corps humain. Aussi, il s'agira dans le paragraphe suivant, d'étudier la place du corps et de ses représentations dans le monde médical et le secteur de la santé en général.

1. 1. 2 Le corps et ses représentations dans le monde médical

Il est remarquable que la façon dont la population appréhende le corps aujourd'hui est en partie influencée par la façon dont elle considère préalablement les questions de maladie et de santé. En effet, la société développe des rapports au corps aussi à partir de ses conceptions de bonne santé et de bien-être. Ces dernières sont elles-mêmes déterminées par la condition sociale et l'appartenance culturelle de chacun. Ce sont d'ailleurs des faits que relève Jacques Vaillant, MKDE et formateur à l'institut de formation de masso-kinésithérapie ainsi qu'au CHU de Grenoble, dans un article de la revue *Kinésithérapie Scientifique* : « *Le premier champ de théorie sociale porte sur le corps. Il a déterminé les notions culturelles de santé et de maladie.* » mais aussi « *La difficulté à appréhender la notion de santé renvoie à la difficulté de comprendre le mode de construction social d'une réalité que nous appelons "santé"* » et enfin « *Ces différentes visions ou conceptions du corps, visibles chez les thérapeutes, reflètent les tensions culturelles auxquelles est soumise la population. Le corps ou les incapacités du corps sont sous la pression de la société considérés différemment : objet social, surveillé, commercialisé.* » (2003) Toutes ces réflexions font penser à la conception de *corps déconstruisant* exposée par Bernard Andrieu dans les précédents paragraphes. Le corps est alors à la fois sujet et objet des enjeux sociaux. C'est aussi l'idée exprimée par le sociologue Nicolas Naiditch lors d'une conférence donnée dans le cadre des Journées Francophones de la Kinésithérapie au mois de Février dernier, à Montpellier : « *Le rapport au corps, à la douleur, à la médecine est défini par la condition sociale.* » (2019)

A la suite de ces nombreuses remarques, il paraît clair que le corps ne peut être correctement pensé s'il est dissocié de son contexte social, c'est une notion que David Le Breton a étudié à de nombreuses reprises (Andrieu & Le Breton, 2007). Il en va de même pour les questions de santé et de conception de « bonne santé ». Qu'en est-il donc de la place du corps et de ses représentations au sein du monde de la médecine et du soin ? Par exemple, Nicolas Oblin chercheur en sciences sociales à Nantes, s'est penché sur la place et le statut du corps au sein de l'institution hospitalière, il met alors « *en lumière l'incompatibilité pratique qui existe entre d'une part les impératifs de rendement et la rationalisation du temps médical et d'autre part*

la prise en considération de la relation entre le soignant et le malade. » et il ajoute à cela que « sous couvert de vouloir rendre l'humain toujours plus « parfait » en le modelant selon un idéaltype unique répondant aux exigences de performance et de rentabilité, nous aboutissons à une médicalisation à outrance de la société qui neutralise la singularité individuelle, l'altérité et la faillibilité. De manière insidieuse se construit « un monde sans 'autres' », comme nous l'explique le psychologue et psychanalyste Roland Gori » (Jumeaux-Bekkouche, 2012)

Par conséquent, il faudrait souligner la médicalisation évidente de la société au fil du temps et que ce phénomène est fortement questionné encore aujourd'hui. Cela peut se traduire par « *un certain culte du corps a été largement médicalisé et investi par les professionnels de santé (médecins nutritionnistes, diététiciens et kinésithérapeutes).* » (VAILLANT, 2003) Ces remarques sont d'autant plus intéressantes que les professions du monde médical traitant de l'aspect corporel, notamment via le contrôle de l'alimentation, sont très récents. Il en va de même pour l'exercice de la masso-kinésithérapie qui a été officiellement reconnu en tant que tel en 1946, après la Seconde Guerre Mondiale, conflit qui a causé un nombre inestimable de blessés de guerre ; tout comme celui de « 14 – 18 ». C'est à cette période que la masso-kinésithérapie a eu un rôle prépondérant dans la guérison et surtout la réadaptation de bon nombre de soldats qui ont ainsi pu retourner au front ou au moins, ne pas faire les frais d'un taux d'invalidité trop élevé. Néanmoins, il a fallu développer une discipline permettant à ces militaires estropiés de retrouver un usage fonctionnel et le plus physiologique possible de leur corps après les terribles mutilations qu'ils ont pu subir. Le corps est l'élément central de ces thérapeutiques-là.

Aujourd'hui, la prépondérance du culte du corps est au sein des préoccupations sociales. L'importance de ce dogme est d'ailleurs rythmée par les différentes saisons au cours de l'année ; en effet, il atteint son apogée au début de l'été. C'est à cette période de l'année que se met en place « *une forme de loi tacite visant à faire accepter la dénudation socialement consentie* ». (2003) Par conséquent, il apparaît une autre facette du corps qui est celle du *corps-paraître* ; un nouvel aspect que la médecine s'attache à prendre en charge au nom du bien-être de l'individu, et de sa bonne santé. Ce dernier point semble intéressant tant il apparaît cohérent avec la définition de la

santé que donne l'OMS en 1946 : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » L'état de bonne santé nécessite alors une prise en compte de tous les aspects du bien-être de l'individu et cela passe aussi par le fait qu'il veuille et puisse se sentir « bien dans sa peau ». C'est une exigence qui paraît justifier entièrement la médicalisation de l'entretien du corps et de son image. C'est également une idée que soutient l'historien spécialiste des pratiques et des représentations du corps, Georges Vigarello, dans un de ses ouvrages : « *Il s'agit d'être mieux dans son corps pour être mieux dans sa tête* ». Il va même encore plus loin en proposant l'idée que la société incite à penser qu'il faut « *purifier le corps pour accéder à la santé* ». (2003) C'est à cause de l'installation d'un tel système de pensée que la santé tend à être corrélée aux performances corporelles, des capacités physiques du corps et de son apparence. Il semblerait alors qu'un individu ne peut être en bonne santé que s'il a un corps performant, lui permettant de réaliser toutes les activités qu'il souhaite.

Au sujet de la médicalisation progressive de la société, il semble intéressant de s'inspirer des réflexions développées par Pierre Aïach, un socio-anthropologue qui œuvre pour comprendre les phénomènes de société dans le champ médical. Il explique que la médicalisation de la société durant ces deux derniers siècles est apparue sur différents plans. Elle est à la fois « *comprise dans l'extension du domaine médical, s'agissant des institutions de santé et des personnels médicaux et paramédicaux.* » mais aussi « *comme l'extension du champ de compétence de la médecine parce qu'elle s'appuie aujourd'hui sur la formidable légitimité scientifique dont bénéficie la médecine* » et qu'elle « *s'explique aussi par la place prise par la valeur santé dans notre société.* » Il note également qu'une troisième traduction de la médicalisation de la société peut être distinguée via l'observation de « *l'amplification des préoccupations de santé de la population* ». Enfin, un dernier mode d'expression de la médicalisation peut être la « *propension à davantage déclarer des symptômes morbides, des troubles de santé et des maladies.* » Aujourd'hui, les contacts avec les médecins sont beaucoup plus fréquents et une grande part d'influence est exercée par les médias qui vont promouvoir la santé. De fait, pour ce sociologue, « *La médicalisation est par conséquent un phénomène dynamique qui marque notre société en profondeur, qui oriente le développement économique, les pratiques*

sociales, les attentes et les satisfactions/insatisfactions à partir d'objectifs et de finalités autour de la santé prise comme valeur suprême. » (Aïach, Delanoë, 1998)

Peut-être la société assiste-elle à un glissement préoccupant vers un univers dans lequel toute règle de vie est définie en fonction d'une seule et même préoccupation prioritaire, assortie d'injonctions impératives, voire parfois même totalitaires ; celle de la santé. Cette dernière est devenue progressivement prépondérante dans la façon de penser et d'organiser la société. Elle va de pair avec l'accroissement économique et social des ressources. L'aisance matérielle dans laquelle la médecine évolue permet une vision plus approfondie et plus diversifiée des recherches. Par ailleurs, la Seconde Guerre Mondiale ayant causée de véritables désastres corporels et psychiques au sein de la population, la mise en place d'un système de remboursement des frais de soins a été initié par la création de la Sécurité Sociale.

Enfin, *« la tendance de plus en plus forte à la perception des symptômes corporels et psychiques comme entrant dans l'ordre de la pathologie et le recours de plus en plus systématique et fréquent aux services et biens médicaux ».* (Aïach, Delanoë, 1998) Le corps serait assujéti à ce dogme incontournable de santé / bien-être / bonheur. Chacun se devant presque de l'investiguer, afin d'en percevoir les moindres défauts pour ensuite les éradiquer. Ceci, au nom d'une bonne santé qu'il est légitime d'arbore dans une société où il est de bon ton d'être économiquement utile, puisque performant, et heureux. Par exemple, *« Pour Ivan Illich, l'obsession de la santé parfaite, qui pousse les individus à être toujours plus dépendants de la médecine, se révèle être une « fuite en avant » en ce qu'elle alimente l'illusion d'une vie sans maladie et sans douleur, et tend à évincer le caractère fini de l'existence. »* (2012) Cet écrivain autrichien souligne une grande volonté de la population d'être de plus en plus forte et résistante, ainsi que performante et de pallier sa finalité naturelle. Comme si la médecine était une science mise au service de l'humanité pour l'améliorer.

Cependant, *« il n'est pas rare de rencontrer des individus faisant tour à tour appel au savoir médical officiel, aux thérapies parallèles et aux guérisseurs. L'image du corps, révélée par ces derniers est souvent plus digne d'intérêt que celle fournie par le savoir biomédical. »* (2003) Comme si, cette recherche systématique de rendements en

médecine traduite par l'atteinte de la performance infaillible du corps et de son efficacité, n'enchantait pas vraiment la population au long terme. Dans ce cas de figure, qu'en est-il réellement du corps vécu ? Des ressentis, des émotions et des mises à l'épreuve de tous ces sens ? Le corps semble être mis à l'honneur, étant le sujet de préoccupation central d'un système de soin pensé pour le servir et améliorer ses conditions, mais la réalité semble être toute autre. L'humain et le corps tel qu'il est éprouvé par chacun, est vraisemblablement mis de côté dans la médecine moderne qui se veut performante, presque express, protocolisée et exhaustive. La médecine progresse d'autant plus rapidement que l'aisance matérielle avec laquelle elle évolue aujourd'hui est grandissante et lui permet un champ d'action d'autant plus large... mais n'est-ce pas, paradoxalement, au détriment du corps que le processus se met en place ? *« La médecine est aujourd'hui au service de la performance, mais est-elle (encore) au service de l'humain ? Bien qu'il soit faisable techniquement parlant d'améliorer toujours plus les performances sportives, de retarder le vieillissement du corps ou de reculer l'échéance de la mort, cela est-il souhaitable d'un point de vue humain ? »* (Jumeaux-Bekkouche, 2012)

L'Homme n'a de cesse d'en apprendre sur lui-même et sur les sciences biologiques en général. C'est certainement la raison pour laquelle la médecine s'est toujours fixé l'objectif ultime de pouvoir stabiliser un état de jeunesse du corps, une santé optimale – cf. la triade santé / beauté / jeunesse qui résonne avec la plus récente santé / bien-être / bonheur – voire d'allonger l'espérance de vie et de tendre vers l'utopie d'un accès à l'immortalité. Toutefois, cette lecture laisse le sentiment qu'il faille agir vite face à cette tendance car l'enjeu reste de taille : *« préserver l'humain dans ce qu'il a de fondamentalement humain et ne pas se laisser happer par la tentation du « surhumain » qui se révèle mortifère. »* (2012)

Pour conclure, il semblerait que la médecine occidentale se soit grandement technicisée. Du fait du tourbillon de nouveautés dans lequel elle a été entraînée, peut-être certains de ses aspects ont été mis de côté. Il est possible de prendre l'exemple des hôpitaux qui ont abandonné leur mission de charité à l'intention des mendiants, pour devenir des structures de soins hautement performants voire efficaces. C'est en ce sens qu'il paraît possible de s'interroger sur la place et le temps accordé à la prise

en soin du corps, au toucher diagnostique de l'auscultation et à celui thérapeutique du traitement.

La médecine tend à se pratiquer à travers des interfaces de plus en plus fréquemment. L'exemple du stéthoscope de Laennec paraît tout à fait approprié : en effet, à ses débuts, ce médecin écoutait le cœur de ses patients avec son oreille posée au contact de la peau de ces derniers. Le temps avançant, le stéthoscope a vu le jour, n'a cessé de se perfectionner et a fini par distancier le soignant du soigné. Alors que les soins s'avèrent être de plus en plus techniques, la masso-kinésithérapie semble rester une des rares professions où le contact physique entre le thérapeute et le patient est central. C'est ainsi que l'objet du prochain paragraphe va être de s'atteler à comprendre ce qu'il en est de la pratique masso-kinésithérapique dans ce progrès de la technique médicale.

1. 2 La masso-kinésithérapie : aspect historique et définition des concepts clés de l'étude

Avant d'analyser plus précisément la pratique kinésithérapique, il semble judicieux de rappeler comment elle est née au sein du monde médical en France. Dès sa création, c'est une profession qui s'est trouvée à la croisée des professions de santé telles que celle de médecin qui fait figure de référence et d'autres professions, notamment paramédicales qui, pour la plupart, verront le jour ultérieurement. Dans ce contexte, cela va sans dire que la naissance de la masso-kinésithérapie ne s'est pas faite selon un processus facile. *« Longtemps, cette profession à venir reste tiraillée entre son passé qui la poursuit, celui des masseurs, la jalousie des médecins, et la convoitise d'autres groupes paramédicaux qui, puisant dans ses pratiques, entendent freiner ou même empêcher son avènement, tels les psychorééducateurs et les pédicures. Finalement institué par la loi de 1946 »* (Remondiere, 1994)

Ainsi, l'élaboration de la masso-kinésithérapie a évolué en fonction de nombreuses et diverses influences, dont la plus prépondérante serait celle de la médecine. C'est un historique qui fut parfaitement retracé dans l'ouvrage intitulé *La naissance de la kinésithérapie*. (Monet, 2009) Ce dernier évoque que c'est une profession qui découle de l'association de la pratique du massage et de la gymnastique à des fins thérapeutiques, et ce à la fin du XIX^{ème} siècle en 1847. Tout de suite, elle est vouée à des fins de soins, qu'ils soient curatifs ou palliatifs. *« Une grande partie des pratiques utilisées en kinésithérapie sont d'origine médicale et ont été utilisées, justifiées, transformées, codifiées, c'est-à-dire en réalité médicalisées, à la fois par les médecins, mais aussi par des chirurgiens. [...] les critères d'appartenance aux techniques médicales ne fait aucun doute : appropriation des pratiques, contrôle, subordination à la prescription. D'autre part, elle puise une partie de ses pratiques parmi celles qui ont été, à un moment donné, entre les mains des médecins, telles que le massage, utilisées aussi par les masseurs, la gymnastique médicale, la mécanothérapie, équivalent d'un perfectionnement technique de la gymnastique. D'autre part, une partie de ces pratiques, peu importante en réalité, émanent de traditions populaires [...] telles que l'hydrothérapie, alors que la balnéothérapie est au début du XIX^e siècle un sujet*

essentiel de préoccupation médicale, grâce au thermalisme. Le centre d'intérêt s'est donc déplacé au profit d'activités nouvelles à défricher. » (Remondiere, 1994) De ce fait, la profession de masseur-kinésithérapeute puise ses principes dans ceux de la médecine mais aussi dans ceux invoqués par les croyances communes, les us et coutumes populaires qui sont, pour certaines, ancestrales : le thermalisme était une activité déjà très courante à l'époque Antique. De plus « Dès 1819, le terme de « massement » est employé par Piorry pour désigner le massage. La racine sémantique la mieux adaptée et la plus convoitée, parce que la plus représentative de la nouveauté technologique est « kinésie », qui donnera « kinésique » en 1900. », ce qui souligne le fait que la pratique du massage est un des fondements de cet exercice. C'est d'ailleurs renforcé par « le docteur Fabre qui ouvre, à Paris, la première école pour masseurs aveugles en 1906 ». Il est vrai que le fait qu'un diplôme de masseur aveugle puisse être délivré avant même celui d'un masseur au sens habituel du terme, corrobore l'idée selon laquelle le sens du toucher est à privilégier dans la pratique kinésithérapique et qu'il est inhérent à cette profession. (Remondiere, 1994)

« En 1900, la Société de kinésithérapie est fondée par des médecins, le Syndicat des médecins-masseurs l'est en 1912. [...] Il faut attendre la guerre de 14-18 pour voir l'essor important des techniques manuelles populaires, toujours sous la tutelle médicale, mais avec un partage du savoir, face à une demande qui s'amplifie chaque jour. Les médecins mécano-thérapeutes militaires sont formés pour l'occasion en dix jours seulement et leurs élèves en trois jours seulement. Ces derniers, pour peu qu'ils soient habiles, sont recrutés au sein des hôpitaux suivant leurs compétences pédagogiques, tels les instituteurs, professeurs, mais aussi en fonction de l'intérêt qu'ils portent « au corps », tels les masseurs, les professeurs de gymnastique, les sculpteurs. » (Remondiere, 1994) dans ce témoignage, deux prérequis prépondérants à l'exercice du MK émergent : celui d'un intérêt certain pour le corps et celui d'une compétence assurée pour la transmission de savoirs. Ainsi va naître la masso-kinésithérapie qui est une profession de rééducation, voire même d'éducation aux bénéfices des patients à propos du bon fonctionnement de leur corps et de leur principe de rééducation. « Ainsi, venu d'une pratique populaire, entre les mains de masseurs, passé chez les infirmières, puis chez les infirmiers masseurs, pratiqué par le médecin, le massage (et ses techniques annexes) retourne chez les masseurs

médicaux diplômés. Enrichi par l'adjonction de la pratique de la gymnastique médicale, « emprunté » à titre définitif aux professeurs d'éducation physique, il devient alors masso-kinésithérapie. Le corps reconstitué dont il est question, est celui que se sont partagé différents praticiens, pour finalement ne constituer qu'une profession, recomposée à partir de ses origines et de son succès populaire, puis par transfert et enfin par réunification. » (Remondiere, 1994)

En somme, cette profession n'a cessé d'évoluer dans le monde de la rééducation. Depuis 1946, où était utilisé différentes thérapeutiques de base comme le massage et la gymnastique médicale, les techniques de traitements ont beaucoup évolué avec le développement des connaissances issues de la recherche scientifique. Aujourd'hui, son champ d'intervention est devenu très étendu et varié, une liste non exhaustive est d'ailleurs consultable sur le site du CNOMK : *« maladies neurologiques, traumatologie, affections rhumatismales, traitement des troubles de l'équilibre, de l'incontinence urinaire et fécale, cancérologie, traitement des affections respiratoires et cardiovasculaires, des troubles de la déglutition, rééducation pédiatrique... Le kinésithérapeute peut intervenir à tout âge de la vie de ses patients. »* (2017) Cet organisme a même souhaité recenser toutes les compétences nécessaires à mettre en œuvre et en lien pour exercer la profession de masseur-kinésithérapeute à un bon niveau d'expertise. Ils ont alors créé un référentiel du MK en 2012 : *« l'activité du masseur-kinésithérapeute se définit à travers l'intégration de l'ensemble de savoirs théoriques, savoirs expérimentiels, savoirs pratiques visant à améliorer la santé du patient en vue d'un traitement kinésithérapique. L'expert utilise avec pertinence cette intégration en fonction de la personne et de la situation rencontrée. »* (Roquet, Gatto, & Vincent, s. d.) C'est pourquoi l'identité du MK s'est modelée et affirmée au fil du temps et de l'expérience des praticiens. Des balbutiements d'une jeune profession de soins rééducateurs aux contours mal définis à la fin du XIXème siècle, la pratique masso-kinésithérapique est devenue une profession de santé incontournable dans le parcours de soin et reconnue scientifiquement. Le MK doit alors être tout cela à la fois :

- *« Le praticien : le masseur-kinésithérapeute recherche à améliorer les résultats chez leurs patients par la recherche, la création, l'application, la diffusion et la transposition du savoir dans la pratique notamment par son engagement dans la formation continue*

- *L'éducateur : ce rôle s'inscrit pleinement dans la loi HPST (2009) qui met une place prioritaire à l'éducation thérapeutique du patient et à la prévention.*
- *Le communicant : ce rôle s'exerce avec les patients, leur famille et les professionnels de santé intervenant dans le parcours de soin. Il utilise les théories, les modèles développés et les outils développés en éducation et obtient un consentement éclairé du patient.*
- *Le formateur : il est engagé dans la recherche, la création, l'application, la diffusion et la transposition du savoir dans la pratique de la kinésithérapie. Il assure un rôle dans la formation des étudiants et de leurs pairs*
- *Le gestionnaire : le masseur-kinésithérapeute assure l'adéquation optimale entre la bonne pratique au service du patient, la gestion des ressources humaines et matérielles, les coûts de santé publique.*
- *Le responsable au regard de la déontologie professionnelle : le masseur-kinésithérapeute s'engage à agir dans le meilleur intérêt du client et de la société par des pratiques conformes à la déontologie, par le respect de la réglementation encadrant la profession. » (Roquet et al., s. d.)*

Cette profession demande d'avoir un panel de compétences beaucoup plus large aujourd'hui qu'à ses débuts. C'est pourquoi, le MK a des devoirs envers les patients ainsi qu'envers le système de santé auquel il participe. Pour cela, au fil des années, de nombreux outils technologiques se sont développés afin d'en faciliter la pratique, notamment en termes de temps et de coût physique.

Aujourd'hui, l'exemple des objets connectés qui connaissent un progrès sans précédent et un réel essor dans l'application en santé est probant. Ils sont devenus de véritables outils pour les professionnels de santé et plus précisément pour les MK, qui n'ont cependant pas abandonné la pratique du massage, des étirements, des mobilisations articulaires ainsi que des étirements musculaires. Néanmoins, ces objets technologiques de la nouvelle ère de révolution numérique permettent d'aider le MK dans ses prises de mesures lors du bilan ou dans la réalisation de manœuvres de haute sollicitation physique, lors du traitement par exemple. Ces instruments se mettent alors au service du praticien pour le rendre plus efficient ou encore pour

augmenter son niveau expertise. Cette notion sera évoquée de façon plus approfondie dans un paragraphe ultérieur.

En somme, il semble crucial de garder à l'esprit que l'un des outils clé de la prise en soin kinésithérapique, reste aujourd'hui, les mains du praticien. Etant donné leur dextérité très sophistiquée et leur sensibilité des plus fines, les mains du rééducateur constituent l'instrument le plus raffiné qu'il ait à disposition : « *Aucun instrument, aucun outil ne possède de possibilités de perception, ni de moyen d'expression aussi variés & perfectionnés que la main humaine* » (Abrassart, 2001) En outre, les caractéristiques définissant le travail du MK et les champs de compétences dans lesquels il intervient, renforcent son expertise dans le soin par le toucher. Martine Samé, kinésithérapeute et formatrice, mais aussi docteur en philosophie ainsi qu'en sciences de l'éducation, l'explique très bien en déclarant que « *le kinésithérapeute, lui, a le privilège de pouvoir et savoir s'occuper d'un corps indemne de lésion et d'un corps physiquement, matériellement, abîmé, ce qui en fait un des thérapeutes manuels principaux du corps humain [...]* » (Samé, 2016).

C'est ainsi que la profession masso-kinésithérapique semble tiraillée par son passé. Elle tient ces origines des pratiques du massage thérapeutique et c'est une technique qui lui restera propre tout au long de son développement. Néanmoins, la technicisation de la profession tend à l'éloigner de ses fondements en lui offrant de nombreux nouveaux outils thérapeutiques. Ce fait semble mettre en tension la caractérisation du toucher dans sa pratique. Dans ce contexte, dans quelles mesures l'approche par le toucher continue-t-elle de s'incarner dans la pratique masso-kinésithérapique ?

C'est pourquoi dans le prochain paragraphe, il sera question d'investiguer plus finement l'acte de toucher dans le soin de rééducation et, en parallèle, cet instrument à la fois si simple et si complexe : les mains du masseur-kinésithérapeute.

1. 2. 1 Le toucher

Après avoir dessiné les contours du corps et appréhendé la façon dont il est considéré dans la société et le monde médical, il apparaît capital d'aborder la notion de toucher au sein de la relation de soin kinésithérapique, afin de la caractériser le plus justement possible. A première vue, le toucher dans la pratique de la kinésithérapie semble comprendre bons nombres de techniques manuelles ainsi que, notamment, le massage. Toutefois, le terme de toucher paraît important à définir car il est polysémique et possiblement porteur d'ambiguïtés. C'est précisément la raison pour laquelle il existe une éthique du toucher appliquée à la masso-kinésithérapie. Martine Samé introduit son ouvrage *Le Toucher suspendu, philosophie et massage en kinésithérapie* de la sorte : « *En kinésithérapie, des règles et des codes de déontologie spécifiques au champ du toucher sont érigés et appliqués dans un souci de respect de la personne et de sollicitude envers autrui, en suivant autant que possible les principes de bienfaisances inhérents à des actes effectués pour et sur des patients aux corps vivants et corps vécus.* » (2016)

Dans le Code de Déontologie, auxquels sont soumis les MK, leur exercice est effectivement régi par des décrets précis, garantissant le respect de l'intégrité et de la dignité du patient : « *Art.R. 4321-83.-Le masseur-kinésithérapeute, dans les limites de ses compétences, doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.* » (2008) Le toucher du corps d'autrui est loin d'être un acte anodin et il est important de l'élaborer puis de le prendre au sérieux, pour qu'il puisse être professionnel et correctement encadré dans le soin. Il existe aussi un article du Code de la Santé Publique qui est entièrement dédié à la législation de la pratique du massage dans le champ de la masso-kinésithérapie : « *On entend par massage toute manœuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus.* » (Article R4321-3, s. d.) Ainsi, le massage qui est un outil thérapeutique du MK

impliquant indiscutablement le toucher, est clairement caractérisé et défini sans équivoque, que ce soit dans un but thérapeutique ou non. Cependant, il est évident que le toucher dont traite ce travail de recherche ne se réduit pas seulement à celui invoqué dans le massage. Pour autant, il est intéressant de souligner toute l'importance qui lui est accordé dans l'exercice de la masso-kinésithérapie. Cet article indique donc que seul le MK est habilité à utiliser le massage et qu'il en est – ou du moins il devrait en être – le praticien exclusif en France. Cette notion est d'ailleurs reprise par Samé « [...] pour être légal et le plus efficace possible, ce massage kinésithérapeutique doit être effectué par les rééducateurs formés dans des instituts de formation [...] reconnues et agréées par le ministère de la santé français. » (2016)

Pour ce qui est du toucher dans un cadre plus général, lorsqu'il en est question au sens propre, le toucher apparaît comme « *le sens par lequel sont reçues les informations sur l'environnement qui sont perçues par contact cutané direct* », mais aussi le fait de « *mettre sa main, ses doigts au contact de quelque chose, de quelqu'un, en particulier pour apprécier, par les sensations tactiles, son état, sa consistance, sa chaleur, etc.* » (Larousse, s. d.-c). Le toucher apparaît donc comme l'action de venir au contact de l'autre afin de le jauger, le sentir, l'apprivoiser : en ce sens, le toucher est connoté d'une forte dimension interprétative. De plus, lorsqu'il en est question au sens figuré, le toucher peut être le fait de « *contacter quelqu'un, entrer en rapport avec lui* » mais aussi d'« *émouvoir quelqu'un, faire impression sur sa sensibilité* » (Larousse, s. d.-c). Là encore, l'aspect interprétatif du toucher se renforce ; il est alors le fruit de la subjectivité et de la sensibilité de chacun. Le toucher est un art central dans la pratique de la masso-kinésithérapie, il est inéluctablement lié à la technique du thérapeute considéré ; il est intervenant-dépendant. Dans ce présent travail, je m'intéresse au toucher en tant que « *toucher physique* » du corps de l'autre. De cette manière, j'entends bien évidemment le toucher professionnel kinésithérapique du corps du patient dans l'intention de le comprendre, de le soulager, de le soigner, de le rééduquer. Ce dernier est le fondement même de l'éthique professionnelle qui encadre notre pratique. C'est d'ailleurs pour cela que le « *le Conseil de l'Ordre des Kinésithérapeutes a vu officiellement le jour et qu'il faudra bien que soit édicté un code de déontologie traçant à l'avenir les devoirs moraux et éthiques qui s'imposeront à la profession* », remarque l'auteur de l'ouvrage *Les métiers du toucher : morale et*

éthique. (Cappelletti, s. d.) C'est un acte qui rappelle qu'il est nécessaire d'écartier toutes pistes évoquant le toucher tel qu'il peut être exprimé dans les relations intimes ou personnelles ; en tout cas dans les relations d'ordre non professionnel.

Le toucher est l'un de nos cinq sens, qui permettent de percevoir le monde environnant. Il a cependant cette particularité d'être le premier que l'être humain va développer pour évoluer et grandir. C'est une réalité notée par bon nombre d'auteurs ayant écrit sur le sujet. En effet, Jean-Louis Abrassart énonce que « *le toucher fait référence à la matrice originelle, à ce monde fusionnel d'avant la naissance où tout est sensation, contact intime* » (2001) ou encore Martine Samé décrit que « *Dans le ventre de sa mère, le petit bébé participe [...] aux premières manœuvres de massage-caresse que celle-ci lui offre en posant et déplaçant ses mains sur son ventre pour l'apaiser et communiquer avec lui.* » (2016) Enfin, c'est également une notion exprimée par Ashley Montagu dans son ouvrage initialement écrit en anglais *La peau et le Toucher, un premier langage* : « *Le sens du toucher, celui qui est le plus étroitement associé à la peau, est le premier à se développer chez l'embryon humain.* » (1971)

Le toucher devient dès lors une capacité propre à chaque individu, acquise et non pas innée. Son obtention paraît inhérente aux échanges orchestrés entre un enfant et sa mère, et ce, dès le début de sa croissance dans l'utérus de cette dernière. C'est également ce qu'affirme Evelyne Courjou, masseur-kinésithérapeute et docteur en philosophie : « *Le toucher est aussi le premier sens à apparaître lors de la vie intra-utérine, ce qui en fait un sens fondateur.* » (2006). Cette professionnelle va même plus loin en rappelant que « *dans les années 1950, René Spitz a démontré comment de très jeunes enfants, recevant tous les soins techniques et alimentaires nécessaires à leur survie, mais sans un toucher affectif, se laissaient dépérir, ou du moins pouvaient, à l'âge adulte, développer des troubles comportementaux.* » (2006) Cela nous indique que, non seulement le toucher est le premier sens acquis par l'humain, mais qu'il est également indispensable à sa survie et inhérent à sa condition humaine. L'Homme est fait pour être au contact de ses semblables, il est fait pour partager, au sens propre et figuré, avec l'autre. C'est en ce sens que l'Homme, depuis toujours, s'occupe des siens et que le toucher a toujours été essentiel à l'administration de soins ; cela est soutenu

par Jean-Louis Abrassart « *le geste du toucher est vieux comme le monde, [...] la plus ancienne et la plus instinctives des thérapeutiques.* » (2001) Cela laisse finalement penser que d'un point de vue kinésithérapique, le toucher montre tout son intérêt dans la pratique rééducative pour toutes ces différentes raisons.

Dans un premier temps, il est possible de faire le lien entre le toucher et ses vertus thérapeutiques grâce à son caractère intrinsèque au développement de l'être humain. Effectivement, un individu manquant d'informations tactiles, qu'elles soient émises ou reçues, n'évoluera pas de la même manière que celui qui aura bénéficié de ces données sensibles. « *Ces différentes stimulations tactiles contribuent à la formation d'une cartographie sentivo-motrice, plus connue sous le nom de schéma corporel. Par ailleurs, des recherches ont démontré que l'absence de tact crée une altération de ce schéma corporel, ce qui peut engendrer des répercussions psychologiques, voire un trouble de la personnalité. Seul un toucher fréquent, qui stimule les différentes parties du corps, peut éventuellement pallier ce déficit.* » (Courjou, 2006) Ainsi, dans le contexte de don de soins en masso-kinésithérapie, le toucher semble être un des moyens les plus adéquats pour aider le sujet à retrouver une pleine conscience et un contrôle d'une partie de son corps altérée ou traumatisée par exemple. Il devient ici un outil pour regagner de la mobilité, de la sensibilité ainsi que la confiance nécessaire à l'utilisation d'un segment corporel qui aurait été traumatisé de façon intrinsèque ou extrinsèque, puisqu'il permet de renvoyer des informations sensitivo-motrices au cerveau de l'individu, qui va ainsi pouvoir réintégrer un schéma moteur corporel convenable.

Dans un second temps, il est primordial de remarquer que le toucher est un outil vivant dans le soin, qu'il est indéniablement empreint d'une notion de mouvement. « *Le toucher [...] symbolise le mouvement vers l'autre & le partage.* » (2001) affirme Jean-Louis Abrassart, tout comme Bernard Andrieu et Gilles Boëtsch nous le rappelle plusieurs fois dans le *Dictionnaire du corps* « *Toucher – l'action – indique plutôt tout d'abord le mouvement par lequel un corps vient au contact d'un autre.* » et « *[...] le corps touchant ébranle l'autre : il ne le touche pas sans lui imprimer un mouvement.* » (2018) Le mouvement qu'évoque le traitement par le toucher peut alors être traité à deux niveaux. Nous parlons de mouvement des chairs qui entrent en contact d'un

corps à un autre : des mains du thérapeute au corps du patient. En parlant du thérapeute, Andrieu et Boëtsch expliquent « [...] *il peut avoir la netteté d'un déplacement ou bien celle d'une ondulation courant à la surface, mais il ne peut dépasser une certaine intensité sans projeter l'autre au loin et ne plus le toucher.* » (2018) Cependant, c'est aussi pour cela que le toucher n'est pas un geste anodin. Dans un deuxième niveau, le mouvement se traduit aussi dans l'échange d'intention qui prend place entre deux sujets, autrement dit « [...] *d'une main et d'une âme qui se donnent pour que l'autre puisse cesser d'être immobile [...]* ». (Samé, 2016) C'est l'idée qui se dégage également de l'article intitulé *Place de la peau dans l'éthique du soin* écrit par Pierre Le Coz qui est maître de conférences en philosophie : « [...] *ce geste en apparence banal : toucher la peau du corps d'un malade. La peau frissonne, elle s'émeut, elle réagit [...]* » (2009) C'est en insistant sur le fait que ce geste semble être commun et plus particulièrement dans le monde du soin, que Le Coz appelle à s'interroger sur la dimension interprétative et émotionnelle du toucher de l'autre. C'est un aspect indéniable qu'il est crucial de prendre en compte pour un thérapeute qui prodigue des soins. Le patient et le thérapeute deviennent alors acteurs et prennent part à la relation de soin. Cet engagement se retrouve dans l'échange d'informations et d'attention par le toucher.

Cette remarque permet d'aborder le toucher dans un troisième et dernier temps, et qui est certainement un des plus fonciers : le toucher comme moyen de communication et d'échange entre individus. Il est le premier sens développé par l'Homme et par conséquent, « *Le toucher est notre premier mode de communication, bien avant la parole, le premier sens en action, bien avant la vue qui a pourtant le pas sur tous les autres dans notre civilisation.* » (Abrassart, 2001) Martine Samé évoque une notion très intéressante : « *Le toucher en soit n'existe pas, il est suspendu à celui qui touche ou est touché.* » (2016) idée selon laquelle le toucher n'est pas entièrement caractérisé par l'acte en soi, mais aussi par ses acteurs et les intentions associées. Un thérapeute recevra d'autant plus d'informations sensibles de la part du corps du patient qu'il leur est attentif, et le patient le sentira. A l'inverse, « *Si de nombreux masseurs-kinésithérapeutes touchent avec aménité le malade, le vieillard ou le mourant, certains, malheureusement, approchent leur patient en y mettant une distance psychologique. [...] les gestes étant alors stéréotypés. On a ici un toucher qui est non touchant.* »

(Courjou, 2006) un toucher dénué de tout intérêt pour le soignant perd ses qualités thérapeutiques. Il semble qu'il soit un outil particulièrement adapté à la communication avec le patient, venant en complément de l'échange verbal lors de l'entretien d'anamnèse par exemple, « [...] *le toucher manuel est une première approche de choix pour tenter, avec le langage simple des mains, d'apaiser craintes et angoisses, en recréant une unité corporelle [...]* » (Samé, 2016) En même temps que le patient fait part de ses maux, à travers sa peau et ses attitudes corporelles, le MK envoie des signaux tactiles indiquant qu'il a reçu ces messages et qu'il leur répond de façon rassurante. L'accent est mis sur l'intensité de cet échange par Martine Samé lorsqu'elle explique que le « [...] *corps de l'autre qui, tout à coup, transforme sa main touchante en main touchée.* » (2016) En outre, il paraît nécessaire d'insister sur le terme « d'échange » entre le MK et le patient qui, dès lors que le toucher entrera en compte, sera empreint d'expérience émotionnelle et c'est ce que Martine Samé exprime très bien « [...] *le toucher des étudiants et des rééducateurs, [...] a une tonalité affective très forte. Poser la main pour masser n'est pas neutre. Par ce geste, [...] nous dévoilons autant avec et par nos mains qu'avec des paroles ou des regards.* » (2016)

Il semble important de souligner que grâce au toucher, la communication entre soigné et soignant s'exprime là où elle ne se joue pas verbalement. Comme si le corps possédait son propre langage et qu'il était capable de faire passer des informations que le patient lui-même n'a pas conscience de partager, Jean-Louis Abrassart le traduit selon la formule suivante : « *La main ne ment pas. Dans la relation, elle traduit la vérité de l'échange.* » (2001) C'est une notion qui est aussi reprise par Samé « [...] *lorsque les mains traduisent ce que les mots taisent en un ultime message où tout sans réserve se met en jeu, corps et âme, et jusqu'au cœur* » (2016). En ce sens, le toucher devient une expression de ce qui ne se verbalise pas car trop douloureux ou trop enfoui chez les individus pris en soin. C'est d'ailleurs en termes de « *parole-médicament des mains* » (2016) que Martine Samé évoque comment les mains, outil par excellence des MK, qui reçoivent le discours tacite des corps des patients. Les mots d'Evelyne Courjou terminent de traduire cette notion de communication implicite intelligemment : « *En conclusion, nous pourrions dire que toucher est un lien relationnel indispensable dans notre communication avec autrui, en particulier à l'approche de l'indicible.* » (2006)

Ainsi, penser que le toucher est un art qui se réalise au cœur de la pratique masso-kinésithérapique semble juste et judicieux. Il apparaît propre à ces praticiens du soin du corps. « *Les kinésithérapeutes sont des spécialistes un peu à part dans ce domaine car ils touchent à la fois des corps objets, matériels dotés d'une forme visible, saisissable, objectivable, et des corps vécus de personnes [...] au cours duquel les deux partenaires sont affectés, émus, impressionnés.* » (Samé, 2016) ce qui étaye tout à fait les précédentes réflexions menées dans ce travail de recherche. Le MK est devenu expert dans le domaine du soin par le toucher, notamment grâce à une utilisation qu'il a su déployer de ses mains, qui peuvent être qualifiées de la sorte « *mains comme outil privilégié pour obtenir un soulagement* ». (Samé, 2016) Il est d'ailleurs intéressant de faire un parallèle avec la formation que suivent les étudiants en masso-kinésithérapie. En effet, rappeler que l'approche de l'autre, l'approche du corps de l'autre est abordée dès la première année d'étude et prend un certain temps d'apprentissage dans cette dernière semble pertinent. Son instruction paraît nécessaire à l'acquisition des bases kinésithérapiques, ainsi que fondamentale pour la construction de l'identité professionnelle de chacun.

C'est ainsi que la personnalité et l'expertise de tous les MKDE en devenir se dessine au fil des années. Martine Samé évoque d'ailleurs des « *étudiants maladroits* » que l'apprentissage aurait transformés en « *virtuoses et techniciens, professionnels identifiables et reconnaissables par leur toucher kinésithérapique.* » (2016) Mais alors, jusqu'où considérer la main comme un instrument ? Le MK doit-il la considérer purement comme tel tout au long de sa formation puis de sa pratique ? Comment être le plus juste possible dans la prise en soin de ses patients en tenant compte de la subjectivité et de la singularité du toucher ? C'est pour cela qu'il est primordial de ne pas oublier que les mains du thérapeute font partie intégrante de son corps et de fait, de son histoire. Faut-il rappeler que le toucher implique nécessairement un échange et que les « *mains touchantes* » deviennent alors « *mains touchées* » ? Ainsi, plus qu'un outil, la main du MK est une partie de lui, de son corps ; lui accordant des capacités de préhension, de dextérité, de sensibilité, de communication inégalable. La main ne se réduit pas seulement au prolongement du bras de l'Homme. La main est vivante contrairement à un outil qui semble être un simple « *objet fabriqué dont*

l'homme se sert avec ses mains pour effectuer un travail et produire un autre objet utile pour lui » (Samé, 2016).

Toutefois, il faudrait aussi discerner les limites du toucher dans le soin kinésithérapique. Du fait de toute la dimension subjective dont il est empreint, le toucher peut parfois déranger. Il semble nécessaire de garder à l'esprit que : « *Tout comme son propriétaire, il [le corps] a de la mémoire. Physiologiquement et psychologiquement, les tissus conservent la marque de l'effraction corporelle par le traumatisme ou même par le masseur dont le toucher kinésithérapique peut être douloureux ou parfois trop proche de l'intime.* » (Samé, 2016) Il faut prendre la mesure que le toucher est une approche qui aurait son revers : puisqu'il est doté d'une certaine subjectivité, comment s'assurer qu'il soit d'une qualité la plus égale possible ? Peut-il être de la même qualité à chaque acte engagé ? C'est ainsi qu'Evelyne Courjou répond à cette problématique : « *Qu'il soit un simple contact ou massage, selon l'intensité, la localisation, la durée du toucher, des messages d'angoisse, d'indifférence, de mépris, d'attention ou de tendresse sont diffusés par la main du thérapeute. Aussi, celui qui a des problèmes physiques ou psychologiques peut éprouver des difficultés à se concentrer sur son patient, et ne peut pas lui accorder toute l'attention nécessaire. Sa main peut devenir alors nerveuse, superficielle, impatiente. Le vécu du toucher, dans ce cas, est déplaisant.* » (2006) Ainsi, le soignant semble s'impliquer dans son approche par le toucher, rendant cette dernière dépendante de son état émotionnel et de sa disponibilité psychique. Le thérapeute qui est avant tout un être humain, met de l'esprit dans sa main lorsqu'il entre en contact avec un patient. Par conséquent, l'Homme s'est mis à créer des objets, des outils toujours plus perfectionnés pour pallier le manque de fiabilité de son intervention subjective.

Dans quelles mesures la subjectivité inhérente au toucher manuel est utile dans le diagnostic et dans le traitement kinésithérapique ? En considérant qu'elle apporte aussi des biais d'interprétation, est-ce toute la subjectivité qu'il faille annihiler ? Qu'une partie ? Si oui, est-ce que l'utilisation de nouvelles technologies serait une solution pour éviter ces biais ? Qu'est-ce que ces nouveaux outils peuvent apporter à la rééducation ? Comment justifier cette nouvelle pratique ? Changerait-elle la manière

de travailler des MK ? Si oui, dans quelle mesure ? Ce sont autant de questions auxquelles le paragraphe suivant va tenter de répondre.

1. 2. 2 Les nouvelles technologies

Avant toute chose, il paraît intéressant de faire référence aux préceptes d'André Leroi-Gourhan concernant les évolutions de la société ayant menées à l'humanisation. « *L'homme fabrique des outils concrets et des symboles, [...] recourant dans le cerveau au même équipement fondamental.* » (Tricot, 1966) Il semblerait que l'Homme pour s'élever à sa condition d'être humain telle est connue aujourd'hui, a toujours eu besoin de créer des outils nécessaires à son avancée.

Aussi, Claude Cadoz s'est attelé à étudier le rapport entre l'Homme et les objets qu'il fabrique. Cette notion semblerait intéressante à comprendre tant elle traduirait un moyen de communication de l'Homme avec son entourage. (Cadoz, 1992) Dans le cas de cette recherche, ce phénomène serait applicable au cadre de la pratique de la masso-kinésithérapie qui requiert un nombre d'outils.

« *Le masseur-kinésithérapeute réalise, de façon manuelle ou instrumentale, des actes [...] dans le but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer.* » (2012) Rappeler la définition de la masso-kinésithérapie du Ministère de la Santé, permet de remettre l'accent sur la dualité technique de sa pratique. Il est question d'actes manuels ou d'actes instrumentaux pour exercer cette profession. Après s'être évertué à définir ce qu'est que le toucher dans le soin de rééducation, il semble nécessaire de circonscrire ce que représentent les techniques instrumentales et technologiques en kinésithérapie. En outre, il paraît d'autant plus important de saisir la façon dont les nouvelles technologies se sont petit à petit introduites dans cette pratique pour la faire évoluer.

De nos jours, il est autorisé d'utiliser bons nombres d'instruments et d'outils aidant à la mise en place de traitements thérapeutiques, tels que l'énonce une fois de plus le Ministère de la Santé : « *Il [le masseur-kinésithérapeute] fait appel à de nombreuses techniques [...] à l'aide d'appareils, de poids... Il peut aussi utiliser l'eau, la chaleur, le froid ou les ultrasons.* » (2012) Ainsi, non seulement les praticiens sont autorisés mais il leur est fortement conseillé d'utiliser toutes les techniques et outils mis à leur disposition pour répondre de façon satisfaisante à la demande de leur patient. Au contraire des mains du MK, qui sont des organes vivants faisant partie du corps humain, un outil est « *un objet fabriqué dont l'Homme se sert avec ses mains pour effectuer un travail [...] utile pour lui* » pour reprendre les mots de Martine Samé (2016). Les objets sont donc dans ce contexte des intermédiaires profitables pour la rééducation des patients, des adjuvants précieux à la thérapie offerte par le MKDE. C'est pourquoi, dans cette même volonté d'apporter les meilleurs soins qui soient aux patients, les techniques de rééducation ne cessent d'évoluer avec les innovations technologiques constatées en santé.

Pour comprendre ce phénomène, il est nécessaire de revenir entre la fin du XX^{ème} siècle et le début du XXI^{ème}. Cette période a marqué la société d'un progrès technique sans précédent, et notamment caractérisé par la naissance de l'informatique. Cette science et sa mise en application implique la création de nombreux nouveaux outils tels que les ordinateurs et progressivement, les différents objets connectés connus aujourd'hui. C'est ainsi que les TIC apparaissent : Technologies de l'Information et de la Communication qui ne sont autres que « *L'ensemble des techniques utilisées pour le traitement et la transmission des informations (câble, téléphone, Internet, etc.)* » (Larousse, s. d.-b) Ce sont des technologies permettant à la fois de traiter les informations numériques et de les transmettre. Mais alors, avec quelles répercussions ces technologies ont-elles été introduites dans le monde médical ?

Effectivement, « *le développement des technologies nouvelles dans le domaine de la santé pose le problème de l'adaptation des pratiques des différents acteurs [...] les médecins et autres professionnels de santé, pour lesquels la technique peut à la fois être un facteur déstructurant de l'identité professionnelle et un moyen de garantir un créneau sur un marché que la démographie médicale rend plus difficile à conquérir.* »

(Souteyrand, 1990) L'introduction de nouvelles technologies dans le monde du soin n'est pas sans conséquence et demande un effort d'adaptation des différents acteurs du soin, et notamment, des professionnels de santé. Tout l'enjeu est de conserver son statut de soignant ainsi que les compétences qui lui sont associées, tout en incluant les nouvelles technologies dans sa pratique. Toutefois, il est possible de s'interroger sur la réciprocité de ce raisonnement et d'analyser si les pratiques du soin sont adaptables à l'introduction des nouvelles technologies dans leur mise en pratique.

Une fois de plus, il paraît intéressant de questionner les représentations qu'en ont les acteurs de soin. Pour cela, il semble intéressant d'évoquer les propos de Cynthia Fleury, philosophe, psychanalyste et porteuse de projet « *la Chaire de philosophie à l'hôpital* » au sein du Centre Hospitalier Sainte-Anne à Paris. « *Sur le papier, l'arrivée des machines robotisées dans la chirurgie par exemple, c'est fantastique. Mais cela remet en question une partie de la mission classique du chirurgien et surtout de tous ceux qui l'assistent. Face à une machine d'une redoutable précision, qui remplace bien des actes qu'accomplissaient jusqu'ici des hommes et des femmes, certains ont du mal à trouver leur place. Ils doivent revenir à ce qui fait sens dans leur métier : que doivent-ils accomplir qu'une machine ne sera jamais capable de faire ?* » (Kyrou, 2018) L'arrivée des nouvelles technologies dans le monde du soin met au défi les professionnels de santé dans leurs capacités d'adaptation. Des questions fondamentales sur l'essence même des professions de soins se posent alors : qu'est-ce qui constitue la spécificité du soignant ? Qu'a-t-il d'indispensable dans le don de soin ? Qu'est-ce que les nouvelles technologies peuvent apporter à sa pratique ? Faut-il les craindre dans l'exercice de cette dernière ?

« *Plus la technique prend de l'importance et plus vous devez identifier ce qui fait la spécificité de l'acte humain* » (2018) Dans ce cadre, le soignant aurait le devoir de se positionner aux côtés des nouvelles technologies d'une précision et d'une efficacité sans faille ou presque, comme irremplaçable et apportant une plus-value aux soins délivrés au patient. Comme si le professionnel devait se méfier puis se battre pour conserver la légitimité de son statut de soignant.

Néanmoins, il peut être intéressant de voir l'introduction des technologies dans le soin d'un point de vue différent et de la considérer comme un élément venant soutenir le soignant dans sa relation avec le patient. Les nouvelles technologies lui apporteraient des qualités qu'il ne peut développer seul, liée à sa condition humaine. Pour éclaircir ce point de vue, « *La valeur ajoutée des nouvelles technologies me semble assez claire dans un univers nouveau, qu'on appelle l'empathie artificielle [...] L'on pourrait se dire : quoi qu'il en soit, mettre des robots à la place d'êtres humains, c'est déshumanisant. Eh bien, l'on aurait tort. Car un grand nombre de patients, en perte d'autonomie, [...] qu'une machine plus ou moins humanoïde soit leur aide, plutôt qu'un être humain, pour tout ce qui est de l'ordre de la toilette leur va bien mieux. [...] la neutralité de la machine devient, paradoxalement, la réponse la plus humaine à leur vulnérabilité.* » (Kyrrou, 2018)

Il apparaît que la problématique de l'introduction des nouvelles technologies dans le monde médical, se joue avant tout dans les représentations que chacun des acteurs de la relation de soin s'en font. « *L'homme [...] a inventé des objets si perfectionnés qu'ils peuvent remplacer l'intervention humaine. [...] Le toucher, indispensable dans le soin, tend à se déshumaniser et le contact à s'amenuiser.* » mais aussi « *S'il est ridicule de rejeter la technologie qui a fait évoluer les connaissances humaines, il est important de ne pas la laisser "envahir notre humanité".* » (Courjou, 2006) Peut-être qu'un mécanisme de défense, fondé sur des croyances des professionnels de santé à l'égard de ces nouvelles technologies, serait à l'œuvre. Ces derniers peuvent craindre leur aspect mécanique, froid et robotisé, les rendant vraisemblablement dénuées de toute humanité. Il serait alors possible de penser, aussi paradoxal que cela puisse paraître, qu'elles puissent être en ce sens, même menaçantes pour le bien-être de l'Homme.

Tout comme pour le toucher, il faudrait souligner toute l'ambivalence qui caractérise les nouvelles technologies dans un contexte d'application au domaine médical. Elles constituent des éléments novateurs pour les soignants. Elles ont notamment pour but d'aider les professionnels de santé dans leur exercice, voire de les suppléer dans des gestes pénibles à réaliser. Elles ont aussi trouvé leur place dans le monde du soin pour répondre à des problématiques d'ordre politique : notamment dans un but

économique de réduire le coût des soins tout en assurant la continuité de qualité de ces derniers. C'est l'objectif de certaines études menées pour analyser le taux d'efficacité des nouvelles technologies pour soigner. Voici la conclusion de l'une d'entre elles : « *The emergence of new topic areas in this dynamic field is notable and reviewers are starting to explore new questions beyond those of clinical and cost effectiveness. Reviewers point to a continuing need for larger studies of telemedicine as controlled interventions, and more focus on patients' perspectives, economic analyses and on telemedicine innovations as complex processes and ongoing collaborative achievements.* » (Ekeland, Bowes, & Flottorp, 2010)

Ce qu'il est important de retenir à propos de cette revue de littérature systématique, c'est que l'intérêt de l'utilisation des nouvelles technologies et notamment les TIC dans le soin est confirmé pour un quart d'entre elles. Elles sont « seulement » prometteuses pour la même proportion. Pour le reste des études, il n'a pu être confirmé que les nouvelles technologies présentaient un intérêt significatif. Il faudrait donc continuer les recherches en ce sens, et c'est ce que préconisent les auteurs dans cette conclusion. Mais un point important est également la proposition de mettre l'accent sur des recherches plus poussées sur les perspectives des patients à propos de ces nouveaux outils. Il serait donc pertinent d'évaluer les nouvelles technologies et les TIC à travers les représentations des différents acteurs de la relation de soin. Finalement, il faut s'interroger sur la place dédiée aux patients dans l'émergence de ces nouveaux outils connectés en santé. Quels en sont les inconvénients et les bénéfices pour ces usagers du soin et de la rééducation ?

Il peut être intéressant de prêter attention aux représentations et aux utilisations des patients de ces nouvelles technologies : « *que l'on s'en réjouisse ou que l'on s'en méfie, l'offre numérique en m-santé est désormais une réalité que les praticiens doivent prendre en compte s'ils ne veulent pas se trouver en décalage avec les attentes de leurs patients, passer à côté d'une personnalisation des services rendus et d'une amélioration de la qualité de ces services* » (Temprado, 2017) Dans ce contexte, la « m-santé » est définie comme les divers instruments qui s'appuient sur les TIC pour améliorer la prévention, le diagnostic, le traitement et le suivi médical des patients ainsi que la gestion de leurs données. Dans cet article, les nouvelles

technologies sont présentées comme étant devenu des « objets de tous les jours » pour les patients aujourd'hui. « *Les raisons du succès des produits numériques relatifs à la santé, la forme et le bien-être résident en grande partie dans le besoin individuel nouveau et grandissant d'être acteur de sa santé, [...]* » (Temprado, 2017) Un des bénéfices notoires de l'introduction de ces nouvelles technologies dans la vie quotidienne des patients, est qu'elles leur offrent une autonomie de gestion de leur santé et surtout qu'elles les responsabilisent dans ce rôle. C'est un élément qu'il va être capital de prendre en compte pour les rééducateurs paramédicaux. Ainsi, quelles sont les retombées de l'introduction des TIC et de la m-santé au sein de la masso-kinésithérapie ? Dans quelle mesure ce phénomène concerne-t-il les MKDE et comment doivent-ils réagir face à la prise en compte ce nouveau paramètre ?

« Il ne fait pas de doute que la prolifération des produits et des services de m-santé va induire des changements amples dans les pratiques professionnelles, notamment en permettant au patient de comprendre sa pathologie et soutenir sa capacité à la prendre en charge. [...] La médiation par les applications et les objets connectés aura alors une place centrale : en collaborant avec son patient qui utilise des objets connectés, le professionnel de santé se donnera les moyens d'assurer un accompagnement régulier, à distance mais totalement personnalisé. » (Temprado, 2017) Il est suggéré que le thérapeute rééducateur ne pourra faire l'économie de prendre en compte les objets connectés que le patient utilise pour gérer sa propre santé. Dans le contexte plus précis de rééducation kinésithérapeutique, le praticien pourra inclure ces outils connectés dans son plan de traitement en impliquant d'autant plus le patient, grâce aux qualités de suivi et de feedback que ces instruments peuvent offrir. Cependant, comme il est justement écrit dans cet article, ces outils vont alors « prendre une place centrale » dans la relation de soin « à distance ». Il apparaît donc que les nouvelles technologies tendent à distancer les relations de soin entre le MK et ses patients. Mais alors, qu'en est-il du contact inhérent à la pratique kinésithérapique ? La place de la dimension humaine est-elle préservée dans la communication entre soignant et soigné ? Qu'en est-il du toucher si les acteurs de la relation de soin sont éloignés ?

Ce sont autant de questions que bon nombre de MKDE se posent ces dernières années. C'est sans doute la raison pour laquelle le CNOMK a proposé un colloque le

8 septembre 2016 intitulé « *Kinésithérapie et nouvelles technologies : quelle place pour l'humain ?* », à l'occasion des 70 ans de la profession. Il a été question de poser tous les enjeux évolutifs de l'avenir de la pratique de la masso-kinésithérapie en France, après avoir retracer tout l'historique de son existence. Différents intervenants ont participé à ce débat tels que des philosophes, des avocats, des patients, des étudiants en masso-kinésithérapie et des MKDE. Cela doit alerter sur le caractère complexe des questions soulevées par ce colloque. Pascale Mathieu, présidente du CNOMK à cette époque, rappelle d'ailleurs que la loi régissant le travail de masseur-kinésithérapeute a été revisitée en Janvier 2016, stipulant que cette profession n'est « *non plus définie selon deux actes [manuel ou instrumental] mais selon des missions de santé publiques.* » Il semblerait que l'utilisation des nouvelles technologies dans l'exercice de la rééducation kinésithérapique ouvre le champ de nouvelles fonctions de la profession. La présidente rappelle cependant que « *les outils qui ne doivent être que le prolongement de la main du masseur-kinésithérapeute ne devrait pas fragiliser le lien qui existe entre le kinésithérapeute et son patient.* » (« Kinésithérapie et nouvelles technologies », 2016)

De cette manière, les nouvelles technologies tendent à conserver une place d'adjuvants, d'aides à la pratique mais en aucun cas ne deviennent un élément principal de la prise en soin masso-kinésithérapique, par crainte de la part des praticiens qu'elles ne déshumanisent le lien entre le soignant et le soigné. Le philosophe Luc Ferry, également présent à cette conférence, nuance toutefois ces propos. Il alors affirme que « *nous vivons aujourd'hui une troisième révolution industrielle [...] technoscientifique qui va bouleverser le monde de la médecine.* » Il est effectivement nécessaire de prendre en compte l'évolution du monde dans lequel nous progressons ainsi que le fait qu'en santé, les questions de soin de réparation, semblent mutées vers des problématiques de soins d'amélioration des performances. Notamment la télémédecine, une pratique médicale à distance, utilisant les technologies de l'information et de la communication, qui instaure une distanciation de la relation de soin. De ce fait, elles permettent de développer la prise en charge ambulatoire en structure hospitalière, de traiter les dépendances liées à certaines pathologies au domicile des patients, de développer des réseaux sociaux de patients

qui accèdent ainsi à des informations de qualité et deviennent plus acteurs de leur santé.

Cette télémédecine apporte de précieuses nouvelles prestations aux patients, sans pour autant déshumaniser la relation entre le soignant et le soigné. Luc Ferry l'explique selon deux phénomènes simples. Un premier selon lequel depuis les années 1960, la population est sortie du courant de penser de la « *théologie de la souffrance* », il n'est plus question de « mériter de souffrir » et le monde de la médecine et du soin sont réellement là pour améliorer la qualité de vie des patients. Un second selon lequel la profession de masso-kinésithérapie a intrinsèquement du sens. Elle est définie par un sens qui est intégré à elle-même ; celui de délivrer des soins. Il semble crucial de ne pas oublier que les nouvelles technologies restent des instruments qui ne pourront pas dénuer la pratique, aussi moderne et perfectionnée soit-elle, de sens. Il y aura toujours besoin du praticien, en complément des nouvelles technologies, pour élaborer une stratégie de traitement avec le patient. De plus, seul le praticien peut comprendre puis rassurer le patient. (« Kinésithérapie et nouvelles technologies », 2016)

En définitive, il paraît essentiel de rappeler que le toucher est une des sciences les plus utilisées dans le soin. C'est une technique à l'origine du soin et petit à petit, les nouvelles technologies sont venues le compléter. Ces dernières peuvent être d'une aide précieuse pour les thérapeutes, et pour cause. Un bon instrument de soin est celui qui ne supprimerait pas totalement la subjectivité inhérente à la relation de soin. Avec l'évolution de ces nouvelles techniques et l'apparition de leur caractère « d'intelligence artificielle », les objets connectés semblent être « touchés » eux aussi. Il n'est plus question des objets inertes d'autrefois. En ce sens, par l'utilisation de nouvelles technologies, la relation soignant – soigné ne serait peut-être pas si déshumanisée qu'elle n'y paraît.

Pour conclure cette partie, après avoir fait un état des lieux des notions de corps, de toucher et de l'utilisation des nouvelles technologies dans le soin de masso-kinésithérapie, il semble judicieux d'analyser les représentations que les MKDE en ont au sein de leur pratique. Comment les MK travaillent-ils aujourd'hui ? Qu'est-ce qui définit leur pratique selon eux ? Comment s'efforcent-ils d'exercer au mieux dans

l'intérêt de leurs patients ? Comment envisagent-ils l'avenir de leur profession ? Ce sont autant de questions qu'il serait intéressant de poser aux premiers concernés. C'est l'objet de la seconde partie de ce manuscrit.

2. ÉTUDE EMPIRIQUE

2. 1 Matériel et méthode

Afin d'amorcer mon travail méthodologique de recherche sociologique et scientifique, notamment à travers un point de vue de sciences humaines et sociales, pour constituer ce mémoire de fin d'études ; je me suis beaucoup inspirée du *Manuel de recherche en sciences sociales*. (Quivy & Campenhoudt, s. d.). Ce dernier indique qu'il est nécessaire d'avancer par étapes de réflexion progressives pour l'écriture du travail. Le processus indiqué invite, dans un premier temps, à se poser des questions à propos d'une thématique qui nous interpelle : j'ai ainsi décidé de recenser les expériences pratiques que j'ai vécues depuis le début de mes études. Ce sont en particulier mes stages en structures libérales qui ont retenu mon attention sur la nature et les représentations de la pratique masso-kinésithérapique mise en œuvre en cabinet libéral.

Par la suite, il est nécessaire de reprendre la trame méthodologique d'une démarche en trois actes, proposée par l'ouvrage précédemment cité (Quivy & Campenhoudt, s. d.) :

- **La construction de l'objet d'étude scientifique** : réfléchir à la thématique traitée, rompre avec toutes les idées préconçues qu'elle suggère, déconstruire les habitudes de pensées et les prénotions qu'elle concerne. Dans ce cas précis, se questionner sur la place du toucher dans le soin masso-kinésithérapique dépassait amplement la conception du massage qui semble être la première technique de traitement du MK dans les représentations de la société actuelle. Finalement, il faut dégager des hypothèses à propos du sujet.

- **L'enquête** : cette étape concerne la recherche de données de terrain. Elle se traduit ici par la construction d'une grille d'entretien, permettant la conduite d'interviews auprès de professionnels MKDE et la retranscription de ces dernières. Cela permet de confronter les hypothèses proposées à la réalité de terrain. Il est

donc nécessaire de prévoir un plan de recherche puis de construire des propositions explicatives du phénomène en lui-même.

- **L'analyse** : elle consiste en l'évaluation et l'analyse des données recueillies au cours de l'enquête à l'aune des lectures scientifiques théoriques effectuées préalablement. Il s'agit donc de confronter les différentes données entre elles et de discuter les thématiques qui s'en dégagent.

Ce sont ces trois actes qui constituent l'architecture de mon mémoire. Il est à noter que ces étapes sont toutes indispensables et interdépendantes

2. 1. 1 Contexte de la recherche

Afin d'effectuer un état des lieux de la littérature à propos du cadre théorique proposé dans ce manuscrit, différents mots-clés français et anglais ont été définis. Les voici : corps, masso-kinésithérapie, nouvelles technologies, soins kinésithérapiques, techniques manuelles, toucher, body, physiotherapy, new technologies, physiotherapy cares, manual techniques, care by touch, touch. Ils ont été utilisés en diverses associations pour obtenir des équations de recherches. Les recherches ont été effectuées à partir de plusieurs sources informatiques de recherche telles que PubMed, Cairn et Persée mais aussi, au sein de bibliothèques universitaires et centres de ressources.

2. 1. 2 Contexte de l'enquête

Dans ce cas précis, la plus convenable des méthodes à mettre en œuvre pour mener une enquête de terrain semble être celle des entretiens. Dans l'intention de construire correctement cette méthode d'enquête, l'ouvrage d'Alain Blanchet et Anne Gotman, intitulé *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* est tenu pour référence.

L'entretien est une technique aujourd'hui largement employée dans le recueil d'informations sociologiques et anthropologiques. En effet, une des caractéristiques principales de l'entretien est qu'il correspond à « *un fait de parole* » et qu'il « *souligne le caractère vécu de l'information recueillie* » dans sa construction. (BLANCHET, GOTMAN, & DE SINGLY, 2007) C'est un point intéressant à remarquer étant donné que l'investigation de ce travail de recherche se joue autour des représentations et des effets ressentis qu'ont les MKDE de l'utilisation du toucher et des nouvelles technologies dans leur pratique. Aussi, l'aspect vécu de leur expérience professionnelle est indispensable à souligner pour cette étude.

En outre, il semble capital de distinguer cette méthodologie d'un recueil d'informations par questionnaire standardisé qui aurait manqué de pertinence pour deux raisons principales. D'une part, le fait de « *ne pas pouvoir analyser les résultats obtenus faute d'avoir accès au contexte de l'énonciation* » et d'autre part, de manquer des informations à propos des « *caractéristiques du problème étudié* ». (BLANCHET et al., 2007) Le fait que les entretiens nécessitent une rencontre physique entre enquêtrice et enquêtés est important dans notre cas. Chaque information recueillie pourra étayer la compréhension des représentations qui se jouent dans la pratique des MKDE interviewés.

Or, tout l'intérêt de l'entretien réside dans l'échange qui se meut entre l'enquêteur et l'enquêté, en effet « *il s'agit d'amener l'enquêté à coopérer* » et « *ce qui fonde l'entretien, [...] communication sur le devoir-être des choses et moyens d'échanges entre individus* ». En outre, l'entretien permet un recueil d'informations tout à fait personnalisé et complet : « *l'activité d'entretien est variable d'un entretien à un autre, en tant que rapport interpersonnel. C'est en effet l'interaction interviewer / interviewé qui va décider du déroulement de l'entretien.* » Il place l'enquêté au cœur de la problématique de recherche puisque « *l'entretien, [...] fait appel au point de vue de l'acteur et donne à son expérience vécue, à sa logique, à sa rationalité, une place de premier plan.* » (BLANCHET et al., 2007) C'est pourquoi il paraît tout à fait judicieux de mettre en œuvre des entretiens pour ce travail de recherche, tant les représentations de l'exercice de chaque praticien leur est propre.

L'ouvrage prit pour référence conclut bien que « *L'entretien ne pouvant donc se réduire ni à une pure manipulation technique, ni à une rencontre comme une autre, faire des entretiens comme on ferait un questionnaire, sans intégrer la situation d'interaction, conduirait le chercheur à manquer son but.* » Il apparaît ainsi que ce soit cette méthode de recueil d'informations, qui permette d'approcher la plus grande authenticité des témoignages d'enquêtés, tant l'intégralité du contexte de l'interrogation est pris en considération. (BLANCHET et al., 2007)

2. 1. 3 Conditions de validité et préparation de l'enquête

Par définition, le choix de la méthode d'enquête réside dans le type de données recherchées. Or, dans notre cas et comme indiqué dans l'ouvrage de référence, « *l'entretien s'impose à chaque fois [...] que l'on ne veut pas décider a priori du système de cohérence interne des informations recherchées.* » Autrement dit, l'entretien n'exige pas une classification stricte des éléments recherchés et recueillis, ce qui laisse une plus grande liberté d'échange et suscitera donc des éléments de réponses plus riches que dans le cadre d'un questionnaire standardisé par exemple. L'objet d'étude de ce présent manuscrit nécessite de telles conditions d'enquêtes car les représentations interrogées sont propres à chacun des MKDE, de fait il est souhaitable qu'ils puissent s'exprimer librement. (BLANCHET et al., 2007)

La méthode veut ensuite que la visée de l'enquête par entretien soit caractérisée par l'usage des données qu'elle recueille. Ici, l'entretien n'est pas là pour compléter une enquête par questionnaire ou pour explorer des thématiques dans un but de construire une enquête ultérieure. Dans notre contexte, les différents entretiens réalisés constituent l'enquête principale de la recherche, par conséquent « *le plan de l'entretien [...] sera élaboré pour que les données produites puissent être confrontée aux hypothèses* » qui ont été dégagées et présumées en amont, notamment dans le paragraphe de l'introduction, intitulé « problématisation du sujet ». (BLANCHET et al., 2007)

La prochaine étape concerne la caractérisation de la population étudiée. Il est crucial de choisir des enquêtés capables de produire des réponses adaptées et pertinentes aux questions posées par l'objet de recherche. « *Souvent la définition de la population est incluse dans la définition même de l'objet* ». Dans cette enquête, les représentations du toucher face aux nouvelles technologies sont interrogées en situation de pratique libérale uniquement. Autrement dit, la population ciblée par l'enquête sera constituée de MKDE exerçant en structure libérale. Ils sont de différents genres, de différents âges mais ont tous pour point commun d'exercer la masso-kinésithérapie dans un contexte libéral. Aussi, il est nécessaire d'affiner les critères d'exclusion au sein de tous les praticiens MK libéraux. Ne seront pas sélectionnés ceux travaillant avec une patientèle pédiatrique, ni avec des patients atteints de pathologies neurologiques ou respiratoires. En effet, près de 80% des praticiens libéraux traitent les troubles musculosquelettiques touchant leurs patients. Ne seront pas sélectionnés non plus, les praticiens exerçant depuis moins de deux ans. Dans un souci de retour d'expériences riches, il est important que les MKDE interrogés possèdent une certaine expérience de leur profession. Ainsi, nous retiendrons les MKDE exerçant en structures libérales, depuis au moins 2 ans, intervenant auprès de patients adultes, atteints de pathologies musculosquelettiques. (BLANCHET et al., 2007)

Il est à présent nécessaire de déterminer le corpus de l'enquête. Dans ce type d'étude, on ne détermine pas à l'avance le nombre d'entretiens qui sera mené, puisque comme indiqué dans l'ouvrage pris pour référence « *à partir d'un certains nombres d'entretiens les informations recueillies apparaissent redondantes et semblent n'apporter plus rien de nouveau [...] et ce n'est qu'après avoir jugé ce point de « saturation » atteint que l'on peut effectivement considérer la campagne d'entretiens comme close.* » Ainsi, l'enquête est menée auprès de MKDE exerçant dans diverses structures libérales dans le but de voir apparaître « *au moins quelques cas capables [...] de nous pousser à remettre en question ce que nous croyons savoir* ». (BLANCHET et al., 2007)

Il est capital de déterminer le mode d'accès aux enquêtés qui doit être pratique et neutre. Dans le cas de cette recherche, la méthode utilisée relève d'un mode d'accès direct et de proche en proche. Autrement dit, les enquêtés ont été contactés par

téléphone. Des échanges ont été réalisés par des messages ou des appels. Ceux-ci ont permis de convenir de dates de rendez-vous, afin de se rencontrer dans un contexte extérieur aux structures libérales de travail de chacun des MKDE. En outre, la méthode qui a été retenue pour cette étude « *consiste à demander à un premier interviewé potentiel de désigner d'autres interviewés* ». Il est question de la méthode de recrutement de proche en proche. En effet, l'enquêtrice connaissait un MKDE, grâce aux stages qu'elle a effectués dans son cursus de formation, qui a accepté de faire partie de l'enquête. Par la suite, c'est lui qui a contacté des confrères qui ont pu être inclus dans l'échantillon de participants à leur tour. Ce mode opératoire repose principalement sur les relations sociales. Il est intéressant à mettre en œuvre lorsque que l'on souhaite effectuer un nombre restreint d'entretiens. (BLANCHET et al., 2007)

En parallèle de la caractérisation de la population cible et de la façon de la contacter, il est nécessaire d'élaborer le plan de l'enquête. « *le plan comprend à la fois l'ensemble organisé des thèmes que l'on souhaite explorer [...] et les stratégies d'intervention de l'interviewer visant à maximiser l'information obtenue sur chaque thème.* » La première étape du travail à réaliser pour monter une grille d'entretien consiste en la traduction des questions de recherche de l'enquêteur, en questions d'enquête pour les enquêtés. C'est pourquoi l'objet d'étude et les hypothèses de recherche ont été correctement circonscris avant que les entretiens n'aient été menés.

Dans ce présent cas, il a été choisi de construire d'une grille d'entretien fortement structurée, c'est-à-dire avec des thématiques prédéfinies et des « *stratégies d'écoute et d'intervention* » anticipées. De plus, « *la réalisation d'un guide d'entretien suppose une démarche itérative entre la conceptualisation des questions et leur mise à l'épreuve dans l'entretien.* », l'entretien correspond donc à un processus remis constamment en mouvement, lors des confrontations des réponses des enquêtés aux questions de l'enquêteurs. C'est pour cela, qu'en tant qu'enquêteur, j'ai réalisé une première grille d'entretien (*Figure 3*) que je n'ai finalement pas retenue pour mener les entretiens nécessaires à ce travail de recherche. En effet, après avoir testé cette première grille auprès de confrères, ces questions d'enquêtes se sont révélées être trop éloignées des notions mobilisées par les questions de recherche. De toute évidence, le risque que les enquêtés ne répondent pas aux hypothèses était trop

grand. De tout évidence, il a été nécessaire de reprendre les questions de recherche afin de mieux les traduire en questions d'enquête judicieuses et larges, donnant un espace de réflexion suffisant aux enquêtés pour répondre. C'est ainsi que j'ai réalisé une seconde grille d'entretien (*Figure 4*), qui a été retenue pour concrétiser les entretiens. Elle reprend les différentes hypothèses de recherche dans un ordre chronologique. Il est important de retenir que le plan d'entretien « *structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours* » et c'est en ce sens que la seconde grille d'entretien a été conçue. (BLANCHET et al., 2007)

Enfin, la réalisation des entretiens s'effectue selon des principes généraux tels que « *l'écoute du discours de l'interviewé* » notamment « *selon le contexte discursif* ». C'est pourquoi, dans ce contexte, l'enquêtrice porte une attention toute particulière à l'intention du discours de l'enquêté et non pas qu'à son contenu. C'est aussi pour cela que l'enquêteur se doit d'être « *patient, bienveillant, parfois intelligemment critique, non autoritaire* » à l'égard des enquêtés. (BLANCHET et al., 2007) Les entretiens ont été réalisés dans un café, autrement dit en dehors des structures de travail des MKDE interviewés et en dehors du cadre familial de l'enquêtrice. Un tel lieu a été choisi dans le souci de conserver une certaine neutralité dans la réception des données. Les facteurs environnants influant moins sur les propos des participants tant le contexte spatial est méconnu de ces derniers. Leurs propos ont été recueillis à l'aide d'un enregistreur audio et leurs attitudes observées à l'aide de prises de notes. Chacun des participants a consenti au préalable, à ce que leurs informations soient retranscrites dans cette étude.

Dans le prochain paragraphe, il est question d'exposer les résultats obtenus des différents entretiens menés et de proposer une première analyse de ces derniers. L'objectif est de révéler au sein de ces données brutes, les éléments traitant des représentations de la pratique professionnelle de chacun des MKDE participants.

2. 2 Résultats et analyse individuelle, hypothèses d'interprétation

Pour ce travail de recherche sur le terrain, trois entretiens ont été menés. Aussi, deux entretiens supplémentaires étaient pourtant prévus mais n'ont pas pu être réalisés faute de concordance des les dates de rendez-vous proposées entre l'enquêtrice (c'est-à-dire moi-même) et les enquêtés. L'exposition des résultats de ces différentes enquêtes répond notamment aux critères de validité de la liste de contrôle COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) présentée en annexes (*Figure 1 et Figure 2*). (Gedda, 2015)

Les entretiens ont été effectués auprès de trois MKDE exerçant dans des cabinets libéraux différents. Ces derniers seront respectivement appelés participant 1, participant 2 et participant 3. Les participants 1 et 2 sont des hommes tandis que le participant 3 est une femme. Le participant 2 est le premier à avoir été contacté car c'est lui que l'enquêtrice connaissait avant la conduite de l'étude. Ils travaillent tous depuis au moins 2 ans. Ils exercent principalement auprès de patients adultes, atteints de troubles musculosquelettiques.

L'orientation méthodologique de ces derniers est basée sur l'analyse du discours des participants ainsi que sur l'analyse de leurs comportements. En effet, l'intérêt de l'enquête par entretien est aussi de recueillir toutes les données possibles en échangeant directement avec l'enquêté.

Enfin, il est à noter que les huit questions de la grille d'entretien se trouvent en annexes de ce document (*Figure 4*).

2. 2. 1 Entretien du participant 1

La retranscription intégrale de l'entretien se retrouve en annexe de ce travail de recherche. Il a été choisi de reporter les résultats et de les analyser simultanément. C'est pourquoi ces derniers sont présentés sous forme de tableau, dans lequel apparaît à la fois l'essentiel des réponses de l'enquêté et les interprétations qu'il est possible d'en faire. Aussi, il a été décidé de noter les attitudes corporelles associées à leurs propos, comme l'expression d'un langage symbolique complémentaire. Enfin, cet entretien a duré 12 minutes et 09 secondes.

Tableau I : Retranscription synthétique de l'entretien du participant 1

Questions	Résumé de citation de réponse	Idee qui s'en dégage	Attitude(s) corporelles associée(s)	Hypothèse(s) d'interprétation
N°1	Uniquement la base apprise à l'école, pas réellement pertinent	Inutile dans la pratique d'aujourd'hui	Bras croisés, se gratte le genou, émet un soupir	Ne paraît pas convaincu de l'utilité systématique du contact physique avec son patient
N°2	A la limite, utile pour un premier rendez-vous	Toucher justifié et utile pour l'examen clinique, l'anamnèse à la première séance, et encore...	Se gratte le genou, fait la moue à la fin de la question	Cela ne semble pas « lui parler », le toucher ne lui paraît pas du tout indispensable
N°3	Possible de s'en passer, en fonction de la pathologie. Donne des informations sur l'état émotionnel du patient et sur son tempérament	Possible perte de temps mais donne des informations générales sur le patient	Se gratte le nez, se détend un peu	Rien d'indispensable dans l'utilisation du toucher mais contradiction avec le fait que ça lui donne des informations sur la sphère bio-psycho-sociale du patient
N°4	Peut-être plus précis et plus concret, tout dépend de la façon de faire	Prépondérance de la manière dont le thérapeute présente les choses	/	Pas tant la question de l'instrument mais de la façon de s'en servir
N°5	Le plus important est la façon dont tu	Le thérapeute initie la séance, la guide et	Détente notoire lors de cette	Croyance selon laquelle la subjectivité engagée dans la pratique

N°5	communiqués avec le patient, il faut lui poser des questions précises, objectiver les informations	l'évalue. A lui de chercher des réponses précises aux questions qu'ils se posent	question, s'adosse à sa chaise, bois une gorgée de son verre, ouvre les bras	kinésithérapique pourrait être néfaste pour la bonne évolution de la rééducation
N°6	Les technologies ne sont pas encore suffisamment perfectionnées pour représenter une part importante de notre pratique, elles ne s'adaptent pas à chaque patient	On ne peut pas substituer nos mains aux nouvelles technologies qui ne peuvent pas traiter spécifiquement chaque patient de façon personnalisée	/	Paradoxe à nouveau, avec l'idée selon laquelle la subjectivité et le ressenti des patients sont à prendre en compte dans la pratique puisque les machines n'en sont pas capables
N°7	Technologies intéressantes pour avoir des informations structurales et anatomiques. Pas d'utilité dans la pratique courante. Importance du diagnostic clinique avant tout.	Les technologies représentent un réel « plus » pour obtenir des informations aidant au diagnostic	Se gratte le genou, paraît songeur	Les technologies ne pourraient pas suffire aujourd'hui à une prise en charge rééducative d'un patient
N°8	Dernière séance d'un patient opéré d'une ligamentoplastie de ligament croisé antérieur du genou	/	Détendu pendant cette question	Le participant a demandé s'il était nécessaire de relater une séance « où il a touché un patient ». Ici ce n'est pas le cas, cela confirme l'idée que ce n'est pas systématique dans sa pratique

2. 2. 2 Entretien du participant 2

La retranscription intégrale de l'entretien se retrouve en annexe de ce travail de recherche. Il a été choisi de reporter les résultats et de les analyser simultanément. C'est pourquoi ces derniers sont présentés sous forme de tableau, dans lequel apparaît à la fois les réponses de l'enquêté et les interprétations qu'il est possible d'en faire. Aussi, il a été décidé de noter les attitudes corporelles associées à leurs propos, comme l'expression d'un langage symbolique complémentaire. Enfin, cet entretien a duré 13 minutes et 10 secondes.

Tableau II : Retranscription synthétique de l'entretien du participant 2

Questions	Résumé de citation de réponse	Idée qui s'en dégage	Attitude(s) corporelles associée(s)	Hypothèse(s) d'interprétation
N°1	C'est connaître le patient. On a un métier très manuel. Ressentir les textures, manipuler, comprendre où le patient a mal	Base de la profession, le toucher paraît essentiel et inhérent à la pratique de la kinésithérapie	Accoudé à la table, penché vers l'enquêtrice, à l'écoute, semble intéressé	Toucher comme un des principes fondateurs de la pratique masso-kinésithérapique
N°2	Toucher le patient permet de lui faire prendre conscience de son corps et de lui expliquer sa douleur	Vertu pédagogique du toucher très forte : permet d'expliquer sa plainte au patient, de l'impliquer dans le soin	Très ouvert et disponible, semble à l'aise, communication gestuelle avec les mains	Toucher comme réel outil pédagogique pour la communication thérapeute-patient
N°3	Clairement, non. Fait partie du schéma thérapeutique, permet de prendre des informations sur le patient et la zone à traiter ; permet de comprendre la douleur	Toucher est une approche indispensable et systématique pour la compréhension de la plainte du patient	Accoudé à la table, penché vers l'enquêtrice	Il semble impossible de se passer du toucher dans la pratique masso-kinésithérapique
N°4	C'est surtout des adjuvants, ce n'est pas ce qui va	Les instruments de physiothérapie oui mais en	A l'écoute, penché vers l'enquêtrice, se	Les instruments ne sont pas ce qu'il y a de plus important dans la

	traiter ou guérir le patient.	complément du traitement kinésithérapique pur	gratte le menton	pratique thérapeutique du MKDE
N°5	Je me fis toujours à ce que me disent les patients, d'une séance à l'autre je demande toujours « comment ça va »	Ce sont les patients qui peuvent apporter les informations nécessaires à l'avancée du traitement, le ressenti qu'ils expriment est le plus important à considérer	A l'écoute, penché vers l'enquêtrice, se gratte le menton	Convaincu de la nécessité de faire confiance au ressenti et retours que donnent les patients ; constituent la base du traitement
N°6	Très bien pour le diagnostic, apporte des informations complémentaires intéressantes, mais ne doit pas empêcher le MK de rester le chef d'orchestre de sa prise en charge	Le rôle du MK est prépondérant sur le choix de la prise en soin du patient et les technologies peuvent l'aider dans l'apport d'informations pour le diagnostic mais rien de plus	A l'écoute, penché vers l'enquêtrice, se gratte le menton	Croyance selon laquelle les technologies pourraient prendre le pas sur le bon sens du MKDE dans ses choix de thérapeutiques pour le parcours de soin de chacun de ses patients
N°7	On a une très grande place à prendre dans la prévention des pathologies	La profession de MKDE est en phase de changement, cela va changer la façon de travailler	Se gratte le menton, changement d'appuis sur la table, prise de confiance et d'aisance	Ne pense pas que l'arrivée des nouvelles technologies est quelques choses qui va changer fondamentalement la profession, selon ce participant le débat est ailleurs
N°8	Homme, la cinquantaine, fracture de l'humérus, exercices d'assouplissement actifs, auto-posture	/	Très penché vers l'enquêtrice, très impliqué	Cherche à autonomiser le patient en douceur

2. 2. 3 Entretien du participant 3

La retranscription intégrale de l'entretien se retrouve en annexe de ce travail de recherche. Il a été choisi de reporter les résultats et de les analyser simultanément. C'est pourquoi ces derniers sont présentés sous forme de tableau, dans lequel apparaît à la fois les réponses de l'enquêté et les interprétations qu'il est possible d'en faire. Aussi, il a été décidé de noter les attitudes corporelles associées à leurs propos, comme l'expression d'un langage symbolique complémentaire. Enfin, cet entretien a duré 16 minutes et 03 secondes.

Tableau III : Retranscription synthétique de l'entretien du participant 3

Questions	Résumé de citation de réponse	Idée qui s'en dégage	Attitude(s) corporelles associée(s)	Hypothèse(s) d'interprétation
N°1	Il y a des bonnes et mauvaises choses associées aux trois mots. Massage mais pas en permanence ; le toucher est nécessaire ; les techniques manuelles sont un bon moyen de traitement	Tout est utile à différents degrés. Massage : bien mais pas en permanence Toucher : nécessaire, les patients en ont besoin Techniques manuelles : bon moyen de traitement	Stressée, se gratte le visage, bouge de façon frénétique sur sa chaise	Le toucher paraît tout à fait important dans la pratique kinésithérapique, il est indissociable des techniques manuelles et est vraiment nécessaire à la fois pour les patients et pour les MKDE
N°2	Toucher permet de jauger l'état du patient, savoir qu'elle distance adopter avec lui, il permet de mettre en confiance le patiente	Le toucher est un réel outil relationnel permettant de mettre en place le contact soignant-soigné. Construisant la confiance mutuelle	Se détend petit à petit, accoudée à la table	Le toucher apparaît comme un élément important pour apprendre à connaître le patient mais aussi, pour construire la relation soignant-soigné
N°3	Je pourrais m'en passer, oui et non. Exemple de McKenzie où le toucher n'intervient	Il semblerait possible de se passer du toucher dans certains cas	Participante enfin complètement détendue	On peut ne pas « toucher » un patient aujourd'hui, mais seulement dans

N°3	pas et pas de toucher quand le patient est trop douloureux, mais essayer de lier toujours un peu de toucher	notamment dans le cadre d'une technique nécessitant que le toucher soit absent ou dans le cas de patients trop douloureux		des cas très précis et justifié. Mais il semble toutefois dérangent de ne pas toucher le patient au cours d'une séance
N°4	J'utilise des instruments d'électrothérapie que dans des cas précis : si le patient ne peut pas s'en passer. Mais simple adjuvant et puis reproches fait aux kinés de ne pas s'occuper des patients suffisamment longtemps et de les « mettre sur des machines » et je ne travaille pas comme ça	Pas d'utilisation systématique des instruments dans la pratique kiné, reste des outils secondaires, des adjuvants. Connotation péjorative de l'utilisation des instruments ?	Participante détendue, accoudée à la table et penchée vers l'enquêteur	Ici se dégage une représentation claire : idée selon laquelle l'utilisation d'instrument dans la pratique kinésithérapique n'est pas bonne / satisfaisante, voire qui s'oppose à la rééducation par le toucher dans le sens où la machine vient se substituer aux mains du MKDE et donc qu'il passerait moins de temps à donner des soins aux patients
N°5	Je demande à chaque fois aux patients, je me fie à leur ressentis. On doit être adaptable.	Ce sont vraiment les patients qui sont porteurs d'informations	Participante détendue, esquisse même un sourire	C'est au MKDE de s'adapter à la plainte, au ressenti, à la demande de chaque patient
N°6	Il a du marketing et du business derrière l'utilisation des machines, ce n'est pas très utile. La clinique suffit largement. Malheureusement, certaines sont dans les mœurs.	L'utilisation d'instruments n'est pas propre à cette pratique mais relève plutôt de question commerciale et pourtant, c'est devenu un apport banalisé à la	Participante penchée vers l'enquêtrice, engagée	Absolument pas convaincue de la pertinence scientifique et clinique de l'utilisation de technologies dans la pratique et soulève pourtant le problème de la représentation

		thérapie rééducatrice pour certains		positive et banale qui est apparu pour bon nombre d'autres soignants, au sein des professionnels de santé
N°7	Phase de changement de mentalité au sein de la profession, arrêter avec les « cabinets usine »	C'est aussi la nouvelle génération de MKDE qui a le pouvoir de changer les principes de la pratique aujourd'hui	Participante érigée sur sa chaise, tête haute et regard davantage fixé	Il est un devoir pour les nouvelles générations de MKDE de promouvoir un travail de soin de qualité et une rééducation efficace pour tous patients
N°8	Patiente ayant une algoneurodystrophie, traitement par physiothérapie et par massage pour soulager la douleur	/	Se gratte le genou, cherche ses mots	Avant tout soulager la patiente, faire preuve de la prise en soin la plus personnalisée possible

2. 3 Résultats et analyse croisée

Les résultats obtenus de chacun des participants sont mis en perspective, et en regard des éléments apportés par les recherches théoriques effectuées en amont. L'idée est de mettre en avant de grandes thématiques qui émergent des propos des enquêtés, au-delà même du cadre posé par les questions de l'enquêtrice.

Tout d'abord, des différences de points de vues se manifestent entre les trois participants, concernant les premières questions de l'entretien. Ces dernières

interrogent les représentations du « *toucher, massage et techniques manuelles* » qu'ils ont dans leur pratique courante, ainsi que les apports de ces techniques.

Pour le participant 1, le toucher paraît être le « minimum syndical » nécessaire à l'exercice de cette profession, il remarque par ailleurs que c'est la base de l'apprentissage des techniques de kinésithérapie en institut de formation. Cependant, il semblerait nécessaire de se détacher du « toucher et des techniques manuelles » pour faire avancer la pratique masso-kinésithérapique de façon efficiente, certainement au nom d'une pratique basée sur les preuves scientifiques. Comme si toutes les informations apportées par le « toucher » ne pourraient être considérées comme fiables et utilisables dans l'examen clinique. Le participant 1 continue en ce sens, en évoquant qu'il est tout à fait possible de se passer de toutes techniques manuelles dans son exercice aujourd'hui. Le toucher occasionnerait l'échange d'informations subjectives, estimées comme des biais qui entraveraient le bon déroulement du processus de rééducation. Ceci fait écho au présupposé mobilisé dans le cadre théorique que les instruments et nouvelles technologies assureraient une fiabilité et reproductibilité des soins que le toucher, de par son caractère humain, ne garantirait pas. (Kyrrou, 2018)

Pour le participant 2, au contraire, le toucher est un des fondements de la pratique masso-kinésithérapique. Au-delà-même des informations qu'il permet de glaner auprès du patient, le « toucher » devient un outil pédagogique pour le patient. Cela lui permet de prendre conscience des contours de son corps et des phénomènes physiologiques qui s'y jouent. Cette approche par le toucher permet au patient de mieux comprendre sa douleur. Le toucher devient un outil multi-dimensionnel à la fois pour le soignant et le soigné. Cela rejoint les propos de Martine Samé lorsqu'elle parle du toucher : « [...] *le toucher manuel est une première approche de choix pour tenter, avec le langage simple des mains, d'apaiser craintes et angoisses, en recréant une unité corporelle [...]* » (2016) Enfin, en ce sens, il est totalement impossible de supprimer le toucher dans sa pratique, pour le deuxième enquêté.

C'est ainsi qu'un paradoxe apparaît dans le discours du participant 1. Il déclare qu'il est aisé de ne pas utiliser le toucher et techniques manuelles dans sa pratique, tant

elles sont fortement empreintes de subjectivité. Cependant, il reconnaît par la suite qu'elles représenteraient les seuls moyens de prendre connaissance de l'état bio-psycho-social du patient, très important à prendre compte dans le traitement. Un mécanisme de défense semblerait alors se dessiner dans les propos de cet enquêté : comme s'il n'était pas possible de reconnaître l'aspect essentiel du toucher et des techniques manuelles dans la pratique masso-kinésithérapique, qui doit aujourd'hui s'établir dans une démarche de validation scientifique. Ce fait témoignerait d'une tension que vivrait le participant 1, dans le choix de moyens pour traiter ses patients. C'est par ailleurs un sentiment corroboré par l'attitude de l'interviewé qui semble assez mal à l'aise et défensif au moment de répondre à cette question.

Pour le participant 3, il y a des avantages et des inconvénients à inclure le toucher, le massage et les techniques manuelles dans sa pratique. L'ambivalence de sa réponse se traduit également dans son attitude corporelle qui laisse entrevoir une hésitation à propos des apports de chacune des techniques évoquées. Ainsi, cela resterait bénéfique dans la mesure où ce sont des outils pour recueillir des informations concernant le patient, mais aussi pour le rassurer et lui permettre d'apprendre à connaître le soignant. Néanmoins, ce type d'approche deviendrait inintéressant à partir du moment où il n'est plus justifié correctement. Le toucher induirait de mauvaises représentations, telle qu'une perte de temps dans le traitement, s'il était uniquement à vocation d'apport de confort, tel que le massage. Ou encore comme dommageable, chez un patient hyperalgique. Finalement, du point de vue du troisième enquêté, il serait possible de se passer des techniques manuelles dans la pratique kinésithérapique aujourd'hui mais il serait nécessaire d'en donner les raisons. Notamment puisque « [...] *le corps touchant ébranle l'autre : il ne le touche pas sans lui imprimer un mouvement.* » comme lu dans le *Dictionnaire du Corps*. (Andrieu, Boëtsch, 2018) Cela évoquerait le principe selon lequel le MK devrait être capable de répondre de ses actes. C'est enfin un point de vue qui prend le contre-pied de celui du premier enquêté, qui exprime qu'il serait nécessaire de justifier l'utilisation de techniques manuelles dans l'exercice kinésithérapique de nos jours, plutôt que leur absence comme le suggère le troisième enquêté.

Dans la suite de l'entretien, lorsqu'il était demandé comment était perçu l'usage des instruments dans leur exercice, les participants 1 et 2 évoquent pareillement la prépondérance du rôle du MK dans le processus de rééducation. Les instruments seraient de véritables adjuvants à la pratique kinésithérapique et ce, si et seulement si, le professionnel saurait s'en servir correctement. Cela fait référence au décret d'acte des masseurs-kinésithérapeutes selon lequel « *Le masseur-kinésithérapeute réalise, de façon manuelle ou instrumentale, des actes [...]* » (2012) Ainsi le praticien aurait le devoir de savoir mettre en place des plans de traitements tant avec ses mains qu'avec des instruments. Il semble alors se dégager dans l'esprit de ces deux enquêtés, une croyance selon laquelle le MK dispose de savoir-faire nécessaire pour délivrer des soins à l'aide d'instruments tout en restant en première ligne et maître du contenu des séances de rééducation.

Le participant 3 aborde ce sujet d'une autre manière. Il émet l'hypothèse que les instruments et nouvelles technologies pourraient se substituer aux mains du MK. De fait, ce dernier ne passerait plus autant de temps avec le patient en raison de l'utilisation d'interfaces instrumentales dans les soins qu'il lui prodigue. Il y a là une forte opinion selon laquelle l'instrument s'interposerait entre le MK et le patient dans la relation de soin. Ainsi, la durée de l'échange soignant-soigné en serait altérée. Alors qu'elle est censée apporter précision et fiabilité, et donc valoriser l'expertise clinique du praticien, la technique instrumentale entacherait paradoxalement sa crédibilité, et pour cause. « *La médiation par les applications et les objets connectés aura alors une place centrale : en collaborant avec son patient qui utilise des objets connectés, le professionnel de santé se donnera les moyens d'assurer un accompagnement régulier, à distance mais totalement personnalisé.* » (2017) Selon les représentations du participant 3, le MKDE choisirait à tort de passer moins de temps avec son patient alors que ce dernier deviendrait plus autonome en utilisant des instruments thérapeutiques, comme le souligne Jean-Jacques Temprado. Cette autonomie, même si elle reste un des objectifs du thérapeute, ne devrait néanmoins pas minimiser aux yeux des patients, le rôle central du MK dans son processus de rééducation.

Par ailleurs, Cynthia Fleury rappelle un phénomène : « *Face à une machine d'une redoutable précision, qui remplace bien des actes qu'accomplissaient jusqu'ici des*

hommes et des femmes, certains ont du mal à trouver leur place. » (Kyrou, 2018) De la même manière que l'a évoqué le troisième enquêté, l'avènement des instruments et des nouvelles technologies dans la pratique semblerait remettre en question la légitimité de l'action du MKDE. Or, Luc Ferry évoquait lors du colloque du CNOMK à ce propos : « *N'oubliez pas que les nouvelles technologies, nouvelles techniques ne sont qu'un instrument et ne pourront pas dénuer votre métier de sens.* » (2016) L'essence de l'exercice de la masso-kinésithérapie serait portée par le don de soin, par la prise en soin des patients et cela même, ne pourrait être remplacé par des outils.

Lorsqu'il est question, par la suite, du ressenti que les patients renvoient de leur rééducation, que ce soit à la suite de soins manuels ou instrumentaux ; les trois enquêtés s'accordent à dire qu'ils se fient à leurs propos. Une fois encore, le lien entre le MKDE et le patient serait central dans cette démarche. Cependant, c'est aussi dans ce cadre qu'apparaissent les tensions impliquées par le caractère subjectif des données recueillies. Alors que le participant 1 exprime une volonté d'être objectif à tout prix dans l'évaluation de son plan de traitement, les participants 2 et 3 manifestent la nécessité de faire confiance à leurs patients. Par ailleurs, l'attitude corporelle de ces deux interviewés corroborent leurs réponses à cette question tant ils ont l'air sûrs d'eux et détendus. Ainsi, les patients seraient porteurs d'informations essentielles pour l'avancée de la rééducation. Cela requiert une compétence fondamentale à l'exercice de cette profession : l'adaptabilité du MK. Ce dernier serait le seul acteur de la relation de soin à pouvoir personnaliser ses traitements en regard du phénotype du patient et de sa pathologie. Cela fait écho aux propos de Cynthia Fleury : « *Plus la technique prend de l'importance et plus vous devez identifier ce qui fait la spécificité de l'acte humain* » (Kyrou, 2018) qui illustrent les spécificités de l'acte humain dans la dispensation de soins.

Concernant la part de plus en plus importante que prennent les nouvelles technologies dans les traitements kinésithérapiques, les trois enquêtés exposent leurs raisonnements différemment. Dans un premier temps, ils évoquent tous que le MKDE resterait l'acteur principal de la mise en place du traitement et qu'en aucun cas les nouvelles technologies n'en seraient capables. C'est ainsi que le participant 1 se contredit à nouveau : malgré son refus de porter une attention particulière aux données

rapportées par les patients, il reconnaît qu'elles seraient finalement essentielles à l'ajustement du plan de traitement et que seul un être humain qualifié, tel que le MKDE, serait capable de les prendre en compte. Sur ce point, le participant 2 souligne que les nouvelles technologies sont de précieux outils dans l'élaboration de diagnostic mais que le praticien resterait le « *chef d'orchestre* » de la prise en soin. Il remarque que les nouvelles technologies ne devraient pas « *empêcher le kiné de faire son travail* ». Cette tension révèle que le participant 2 serait tiraillé entre l'envie d'intégrer les nouvelles technologies à sa pratique et les craintes qu'elles ne prennent trop de place.

Ces propos laisseraient transparaître une peur que les nouvelles technologies puissent gêner le travail du soignant, du fait de leur aspect déshumanisé, alors même qu'il reconnaît l'apport de ces outils dans le processus diagnostique et thérapeutique. La relation entre le MK et le patient ne devrait pas être perturbée par des objets intermédiaires. Le troisième enquêté évoque que, l'introduction d'instruments et de nouvelles technologies dans le monde kinésithérapique servirait surtout des intérêts de marketing et de business de certains commençants. Ce phénomène serait lié aux lobbys qu'il y a autour de la technicisation du monde médical. Le participant 3 va même jusqu'à déplorer le fait que leur usage soit entré dans les mœurs et habitudes des soignants. Cela fait écho au concept d'*habitus* exprimé par Bourdieu (Le Point Références, 2017) ainsi qu'aux préceptes de Leroi-Gourhan quant aux rapports entre l'Homme et les outils qu'il fabrique (Tricot, 1966). Il interroge les moyens pour continuer d'exercer comme il l'entend et notamment manuellement, lorsqu'il reçoit des prescriptions du type « *rééducation par physiothérapie* ». Il semblerait que pour certains confrères médecins, le traitement instrumental en première intention soit la réponse thérapeutique adaptée. Il faudrait alors prendre la mesure du poids des représentations du monde médical, concernant les nouvelles technologies pour le soin. Les MK ne sont d'ailleurs pas les seuls intéressés. C'est une notion que souligne Jean-Jacques Temprado : « *que l'on s'en réjouisse ou que l'on s'en méfie, l'offre numérique en m-santé est désormais une réalité que les praticiens doivent prendre en compte s'ils ne veulent pas se trouver en décalage avec les attentes de leurs patients [...]* » (2017) Il semblerait qu'il soit du devoir de chaque professionnel de santé, d'adapter ses pratiques à l'introduction des technologies dans le champ clinique.

En ce qui concerne l'avenir de la profession, les trois enquêtés ont exprimé des avis différents. Pour le participant 1, les nouvelles technologies ne seraient pas suffisamment perfectionnées ni pertinentes pour que leur usage soit systématisé en rééducation aujourd'hui. Pour les participants 2 et 3, les débats quant aux évolutions de la profession porteraient sur d'autres problématiques et notamment sur la manière de l'exercer. En effet, le participant 2 considère que les missions du MKDE viendraient à changer et concerneraient surtout le domaine de la santé publique, à travers des actions de prévention auprès de potentiels patients. Le participant 3, lui, suggère qu'il serait nécessaire de changer la façon de travailler en structure libérale. Selon ce participant, trop de cabinets libéraux fonctionneraient avec l'objectif de traiter beaucoup de patients en peu de temps. Cela donnerait une image de « *cabinet usine* » aux patients et ne les rassurait pas quant à la qualité de la prise en soin. Ainsi, tout l'enjeu pour les jeunes MKDE et pour les futurs diplômés serait de promouvoir la dispensation de soins adéquats, avec un temps d'interaction soignant-soigné correct et des techniques personnalisées. Pour cet enquêté, le temps passé à prodiguer des soins est un gage de qualité.

Enfin, la dernière question de l'entretien amène les participants à décrire la dernière séance de masso-kinésithérapie qu'ils ont réalisée auprès de patients adultes atteints de troubles musculosquelettiques. Cette question est très ouverte et suggère une réponse vaste, permettant de mieux comprendre la manière dont chacun des praticiens mène sa séance ; quelles sont leurs priorités et leurs objectifs. Ce type d'interrogation permet de remarquer les habitudes de prise en charge des MKDE et de cibler les techniques essentielles de leur pratique. Cela fait à nouveau appel au concept d'habitus de Bourdieu (Le Point Références, 2017). Dans ce contexte, le participant 1 demande tout d'abord s'il faut qu'il relate une séance où il aurait nécessairement « *touché quelqu'un* ». C'est une réaction qui semble renforcer encore une fois le tempérament défensif de cet interviewé quant à l'usage du toucher dans sa pratique. C'est sans surprise donc qu'il fait le récit d'une séance conduite par beaucoup d'exercices effectués en autonomie par le patient. Le participant 2, lui, s'attelle à relater précisément toute l'anamnèse et le contexte pathologique du patient concerné. Il décrit ensuite sa séance comme un travail d'équipe, qui serait désignée par le « *on* », effectué avec son patient : « *on travaille vraiment sur l'assouplissement* », « *on fait*

beaucoup d'exercices actifs ». La distanciation soignant-soigné n'apparaît pas clairement marquée ici, contrairement au récit du précédent participant où l'autonomie donnée au patient semblerait la symboliser. Finalement, le participant 3 paraît insister sur les douleurs ressenties et éprouvées par sa patiente. Dans son récit, le massage surgit rapidement, comme un possible moyen de soulager les maux d'une patiente étant dans l'impossibilité de prendre des médicaments. De fait, l'approche par le toucher serait une solution de choix pour l'apaiser et la rassurer.

Finalement, ces différents propos semblent corroborer les représentations dévoilées par chacun des participants à l'aune des questions précédentes.

Pour conclure, les données recueillies par cette étude soulèvent différents points de tensions dans les hypothèses posées par les questions de recherches. Les représentations que se font les MKDE libéraux du toucher et des nouvelles technologies, semblent les tirailler dans leurs choix thérapeutiques pour établir leurs plans de traitement. L'enjeu est de savoir par quels mécanismes ces tensions se sont mises en place. C'est pourquoi, dans le prochain paragraphe, il est question de faire le point sur la construction puis la conduite de l'étude, afin de déterminer quels en ont été les limites et les biais.

2. 4 Discussion des résultats, limites de l'étude et perspectives

2. 4. 1 Choix du sujet

Cette étude interroge les représentations que mobilisent les praticiens libéraux quant au toucher et à l'utilisation des techniques instrumentales et des nouvelles technologies dans leur pratique. Elle questionne la place accordée à chacun de ces éléments dans leur exercice. Le choix de cet objet d'étude semble intéressant tant la profession est récente et en évolution permanente. Les MK sont invités à réfléchir à leur manière d'exercer leur profession au regard de leurs croyances, de leurs savoirs, de leurs décrets de compétences, de leurs devoirs, de ce que les patients leur renvoient, des représentations ancrées dans le monde de la santé.

Ainsi, à l'aune des recherches théoriques effectuées ainsi que des enquêtes de terrain, il serait remarquable qu'au-delà même des notions de toucher ou de nouvelles technologies appliquées à la pratique, cette problématique sonde l'identité du MK de nos jours. La place des différentes techniques de soins dispensées par le MKDE, amène ce dernier à s'interroger sur son positionnement dans la relation de soin. La problématique de cette étude demanderait certainement un travail d'analyse plus conséquent, dépassant le périmètre exposé ici. Peut-être aurait-il été nécessaire de restreindre les approches de la pratique kinésithérapique, notamment dans les différentes déclinaisons du toucher en définissant plus précisément le contexte de la pratique choisie. De quelle technique manuelle faut-il parler en particulier ? Utilisée pour traiter quelle pathologie ? A quel stade du parcours de rééducation ? Ce sont autant de questions auxquelles cette étude ne répond pas directement tant elle mobilise un large cadre de réflexion.

Néanmoins, au vu des résultats des enquêtes de terrain, il paraît possible d'affirmer que cet objet d'étude confirme qu'il y a chez les MKDE, un intérêt à se questionner sur leur pratique. Cela paraît induire chez ces praticiens, un mouvement d'introspection.

De fait, ils seraient enclins à penser différemment la suite de leur carrière. Enfin, le partage de leurs points de vue, potentialise la réalisation d'un consensus concernant la pratique professionnelle libérale en regard de sa technicisation actuelle.

2. 4. 2 Méthode et matériel de recherche et de l'enquête

Ce travail de recherche a nécessité deux étapes de recueil de données.

La première a consisté en la réalisation de études approfondies sur le corps, le toucher et les nouvelles technologies en général puis rapportées au contexte des soins masso-kinésithérapiques. Les recherches bibliographiques qui ont initié ce travail dans le champ des sciences humaines et sociales, sont à la fois extraites de données biomédicales et de données philosophiques et socio-anthropologiques.

Ce travail de lecture n'a pas été des plus aisés à accomplir car la profession manque péniblement d'écrits à ce sujet. Beaucoup de références ont été prises dans la littérature d'autres professions de soins tel que celles des médecins ou des infirmier(e)s. En outre, une seconde limite à cette recherche d'apports théoriques s'est traduite par la difficulté d'accès à la littérature. Nombres d'articles à propos des pratiques kinésithérapiques sont protégés par des droits d'auteurs et accessibles uniquement sur des plateformes de données qui requièrent un abonnement. Certaines démarches ont été effectuées en vue d'obtenir les textes intégraux, mais n'ont jamais abouti. De plus, nombre de références nécessaires à l'écriture de ce mémoire ont été saisies dans des ouvrages qu'il a fallu rechercher puis obtenir auprès de bibliothèques ou librairies, ce qui a requis un temps supplémentaire. Enfin, il est tout à fait possible que les équations de recherche utilisées pour cette exploration théorique aient été trop ciblées, restreignant de fait le spectre d'exploration. Cependant, les différentes informations finalement récoltées ont su former une base solide de connaissances, mises en parallèle avec les données des entretiens, afin de pouvoir analyser et discuter les résultats de ces enquêtes de terrain.

La seconde étape de recherche concerne la construction de la méthode d'enquête par entretiens. Cette dernière a été réalisée selon la stratégie préconisée par l'ouvrage *L'enquête et ses méthodes, l'entretien* d'Alain Blanchet et Anne Gotman. Toutefois,

certains critères choisis seraient discutables. D'une part, la construction de la grille d'entretien s'est avérée être un exercice au moins aussi difficile que celui de la conduite des entretiens, duquel il sera question ultérieurement. La première grille d'entretien a rapidement été retravaillée suite aux retours post-entretiens tests réalisés auprès de confrères. Les questions n'avaient pas toujours de lien évident entre elles et manquaient parfois de pertinence quant aux objets d'études. L'interviewé était alors orienté sur des terrains dépassant le périmètre de la recherche et l'enquête, bien que riche de toutes les informations énoncées par le participant, perdait en pertinence. C'est pourquoi une nouvelle version de la grille d'entretien a été construite, et c'est cette seconde proposition qui a été retenue. Ce modèle a paru plus adapté aux questions suggérées par l'objet d'étude. Les questions s'enchaînant de meilleure manière, les participants se sont laissés aller beaucoup plus facilement à des digressions, alourdissant peut-être le recueil d'informations superflues.

Concernant la réalisation des entretiens, le plus difficile a certainement été de maintenir un débit de paroles correct et assez libre. Dans le souci de mener un entretien suffisamment ouvert, laissant un champ conséquent de réflexion et d'expression à l'enquêté, certaines questions de la grille d'entretien semblent trop peu circonscrites. Ainsi, dans la suite logique d'un trop grand intérêt « *à laisser parler et à écouter* » l'enquêté, l'enquêtrice n'a pas forcément osé interrompre les participants pour les réorienter sur les hypothèses de recherche de départ. (BLANCHET et al., 2007) Le risque a donc été de se laisser emporter dans des discussions certes intéressantes, mais parfois hors sujet et donc de recueillir des informations annexes, aux dépens de celles importantes pour l'étude. Ce sont des biais méthodologiques qui sont révélés par un manque de rigueur dans la direction des entretiens. Après l'analyse réflexive de ces derniers, il apparaît qu'ils soient la conséquence directe de biais retrouvés dans la construction de l'échantillon d'enquêtés.

En effet, le corpus sélectionné pour cette recherche découle de la méthode de recrutement de proche en proche. Autrement dit, le premier enquêté contacté est une personne connue de l'enquêtrice. De fait, cela pourrait induire plusieurs biais dans le recueil de données puisqu'il y a une notion d'affect qui s'ajoute à la relation enquêtrice-enquêté. De plus, la méthode de recrutement de proche en proche implique

principalement le réseau social du premier enquêté. Par conséquent, les enquêtés se connaissent entre eux. C'est pourquoi ce dispositif « exige [...] qu'il y ait le moins de rétroactions possible dans la relation, ne serait-ce que pour limiter les effets de censure. » Comme il l'est indiqué dans l'ouvrage de référence méthodologique, ce type de recrutement implique des biais d'énonciation dans le discours des enquêtés. (BLANCHET et al., 2007) Au-delà de la méthode, l'échantillon reste trop faible pour pouvoir extrapoler les résultats de cette étude à une plus grande population de MKDE libéraux. C'est pourquoi, une des limites principales de cette étude concerne l'atteinte du seuil de saturation. Ce dernier n'étant pas obtenu et il paraît évident qu'il aurait fallu mener des entretiens supplémentaires pour pouvoir l'estimer.

Enfin, seule la population des praticiens MKDE libéraux a été sondée dans ce travail de recherche. Pourtant les questionnements et hypothèses mis en cause dans cette étude concernent aussi les patients. L'idéal aurait été d'interroger également cette population pour étoffer les résultats. Ce phénomène semble traduire un biais de sélection dans le corpus.

2. 4. 3 Discussion et analyse des résultats

Cette étude fait appel à de nombreux concepts, qui offrent plusieurs possibilités d'analyses. Dans ce travail de recherche, différentes pistes de réflexions ont été dégagées pour interroger les représentations du toucher et des nouvelles technologies dans le soin kinésithérapique. C'est ainsi que plusieurs constats sont ressortis lors des entretiens. Les représentations du toucher et sa légitimité seraient questionnées dans la pratique masso-kinésithérapique actuelle, et pour cause. Elles seraient même bousculées par les représentations des professionnels de santé en général. Enfin, les nouvelles technologies seraient des modificateurs des dimensions spatio-temporelles de l'interaction soignant-soigné.

Les représentations du toucher sont très fortes et tranchées chez chacun des MKDE interrogés. Pour tous, le toucher paraîtrait être fondamental dans la masso-kinésithérapie. C'est également une notion que l'on retrouve dans les propos de Martine Samé : « *Les kinésithérapeutes sont des spécialistes un peu à part dans ce domaine car ils touchent à la fois des corps objets, [...] saisissable, objectivable, et des corps vécus de personnes* » (2016) Néanmoins, son caractère essentiel est pensé de différentes manières selon l'individu. Tandis que pour certains des enquêtés, le toucher serait inhérent à la pratique masso-kinésithérapie et de fait, irremplaçable. « *[...] le toucher manuel est une première approche de choix pour tenter, avec le langage simple des mains, d'apaiser craintes et angoisses, en recréant une unité corporelle [...]* » (Samé, 2016). Pour un autre enquêté, le toucher serait une base de la pratique masso-kinésithérapique mais c'est en ce sens qu'il paraîtrait nécessaire de s'en affranchir. Dans un contexte de montée en puissance de l'EBP, l'approche par le toucher jugée trop empreinte de subjectivité n'aurait plus sa place. C'est ainsi que les points de vue des enquêtés diffèrent, et de trouver le bon équilibre entre toutes les techniques dans la pratique semblerait être un exercice difficile. A ce propos, il serait intéressant de s'attarder sur le terme désignant cette profession en France : le « masseur-kinésithérapeute ». A l'étranger, il est question de « physiothérapeute ». Il serait intéressant de s'interroger sur la disparition du préfixe *masseur* dans ce cadre. De la même manière, dans le langage courant, il est question du « kiné » et non du « masseur-kiné ». Ce phénomène justifierait une volonté d'instaurer une pratique davantage basée sur les preuves, cherchant à bannir toute subjectivité et non reproductibilité induite par l'approche par le toucher. Ou peut-être serait-ce la conséquence d'une représentation péjorative collective du monde des soignants de la non-efficacité d'un traitement par le toucher, qui ne serait pas scientifiquement prouvée.

Comme évoqué par un des participants, il serait important de prendre la mesure que les représentations quant à l'exercice de la masso-kinésithérapie ne dépendent pas seulement des MK et des patients. Il serait question de tous les intervenants de la sphère médicale. D'autant plus que la masso-kinésithérapie est soumise à la prescription médicale. Ainsi, il serait question des croyances de tous les professionnels de santé, quant à la pratique correcte de la masso-kinésithérapie de nos jours. Par

ailleurs, lors du colloque organisé par le CNOMK en 2016, Luc Ferry rappelle que « *nous vivons aujourd'hui une troisième révolution industrielle [...] technoscientifique qui va bouleverser le monde de la médecine.* » (2016). Un parallèle serait possible avec les propos de Temprado : « *que l'on s'en réjouisse ou que l'on s'en méfie, l'offre numérique en m-santé est désormais une réalité que les praticiens doivent prendre en compte s'ils ne veulent pas se trouver en décalage avec les attentes de leurs patients [...]* » (2017). Il paraîtrait que l'avènement des nouvelles technologies dans le soin serait une réalité, et que tous les praticiens devraient être capables d'adapter leur pratique à ce phénomène. « *la technique peut à la fois être un facteur déstructurant de l'identité professionnelle et un moyen de garantir un créneau sur un marché que la démographie médicale rend plus difficile à conquérir.* » (Souteyrand, 1990) Ce phénomène ferait appel à l'adaptabilité dont devraient faire preuve les MKDE. Cette capacité d'adaptation semblerait au cœur de la mise en tension créée par le rapport technique manuelle – technique instrumentale dans la dispensation de traitements masso-kinésithérapiques.

L'introduction des nouvelles technologies dans la pratique masso-kinésithérapique semblerait modifier la spatio-temporalité de la relation de soin. Non seulement, les MKDE passeraient « moins de temps » avec leur patient dès qu'une interface serait utilisée dans le traitement. Mais les patients supposeraient également, avant même d'avoir reçu les soins, qu'un MK qui « *les posent sur une machine* » ne seraient pas beaucoup « *entre les mains du kiné* ». De fait, ils ne seraient pas traités correctement comme l'explique un des enquêtés. L'usage des nouvelles technologies mènerait à un paradoxe pour la rééducation. Alors que ces dernières ont à vocation à améliorer la prise en charge rééducative, en apportant précision et fiabilité à l'exercice du professionnel, l'introduction de ces nouveaux outils viendrait fragiliser l'expertise clinique du MK et le lien qui l'unirait au patient par la relation de soin. A la fois du point de vue des patients mais aussi de celui du MK. Ces croyances corroborent les propos d'Evelyne Courjou : « *S'il est ridicule de rejeter la technologie qui a fait évoluer les connaissances humaines, il est important de ne pas la laisser "envahir notre humanité".* » (2006)

Au vu des résultats obtenus par l'enquête, les hypothèses proposées au début de l'étude, sembleraient s'incarner dans la pratique de la masso-kinésithérapie libérale aujourd'hui. Néanmoins, face aux fortes représentations de tous les acteurs du parcours de soin, certaines seraient à nuancer. Il semblerait avant tout qu'en interrogeant la place du toucher dans la pratique, face à l'émergence des nouvelles technologies, ce soit finalement le praticien lui-même qui s'interroge sur sa position de soignant vis-à-vis du patient et de tous ces moyens mis à disposition pour le traiter.

Par ailleurs, cette étude présente différentes limites, à cause de l'intervention de différents biais lors de sa construction.

Il a été trouvé deux biais cognitifs concomitant à l'écriture de ce manuscrit. Le biais de simple exposition qui se caractérise par une augmentation de la probabilité d'avoir un sentiment positif envers quelque chose par la simple exposition répétée à cet objet. Ce travail de recherche demandant un travail sur la durée, il paraît évident que l'exposition à ses hypothèses et angles de vue sont très fréquents. Mais aussi le biais de confirmation d'hypothèse qui désigne le fait de privilégier les informations confirmant ses idées préconçues ou ses hypothèses et d'accorder moins de poids aux hypothèses et informations jouant en défaveur de ses conceptions. Dans ce contexte, il semble inévitable de vouloir mettre en lumière ce que l'on cherche à souligner malgré une méthode utilisée la plus objective possible.

3. CONCLUSION

Aujourd'hui, alors que le monde médical semble révolutionné par l'avènement de nombreuses nouvelles technologies, cette étude s'attelle à faire l'état des lieux des conséquences remarquables de ce phénomène dans le monde de la kinésithérapie. Ainsi, les représentations et effets ressentis du toucher et des nouvelles technologies ont été interrogés dans la pratique de cette profession de rééducation.

Pour ce faire, un cadre théorique philosophique et socio-anthropologique a été mobilisé comme prérequis à la compréhension des enjeux du sujet. C'est ensuite une enquête de terrain qui a été conduite. Des MKDE exerçant en structures libérales ont été interrogés à l'occasion d'entretiens. Leurs propos ont été recueillis à l'aide d'enregistrements audio et de prises de notes. Les résultats ont été retranscrits et analysés selon différentes approches : individuelle puis croisée.

Ces recherches ont permis de réaliser que ce sont des interrogations qui se meuvent déjà dans l'esprit des MKDE libéraux en activité aujourd'hui. C'est une profession encore jeune et en pleine construction. En ce sens, le MK semblerait tiraillé entre le toucher qui est un des fondements de sa pratique, et le désir de s'émanciper et de gagner en expertise clinique, par l'usage des technologies innovantes.

Enfin, ce balancement entre différentes techniques thérapeutiques, pourrait trouver un écho dans la toute récente mise en place de la réforme universitaire des études de masso-kinésithérapie. Cette modernisation aurait pour vocation d'inscrire cette profession dans sa contemporanéité, toutefois querellée par les tenants d'une approche intrinsèquement manuelle.

En termes de perspectives, cette étude préliminaire pourrait préfigurer un travail de recherche plus approfondi, auprès de professionnels libéraux et de patients impliqués dans la relation de soin à ces praticiens.

BIBLIOGRAPHIE

- Abrassart, J.-L. (2001).** *Le toucher libérateur stress, massage et thérapie* (Guy Trédaniel Editeur).
- Aïach, Delanoë, P., Daniel. (1998).** *L'ère de la médicalisation* (Economica).
- Andrieu, B., & Le Breton, D. (2007).** *Entretien avec David Le Breton*. 5.
- Andrieu, Boëtsch, B., Gilles. (2018).** *Le dictionnaire du corps* (CNRS Editions).
- BLANCHET, A., GOTMAN, A., & DE SINGLY, F. (2007).** *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. (Nathan). Paris: Armand Colin. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/ORSLR : 4109).
- Cadoz, C. (1992).** Le geste canal de communication homme/machine : la communication instrumentale. *Journées AFIA*, 35. Consulté à l'adresse <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00910476>
- Cappelletti, M. C. (s. d.).** *LES METIERS DU TOUCHER : MORALE ET ETHIQUE*. 7.
- Code de la santé publique - Article R4321-3. , R4321-3 Code de la santé publique §.**
- Courjou, E. (2006).** *Le toucher est un lien relationnel indispensable dans notre communication avec autrui, en particulier à l'approche de l'indicible*. 4.
- Coz, P. L. (2009).** Place de la peau dans l'éthique du soin. *Le Journal des psychologues*, (266), 39-41. <https://doi.org/10.3917/jdp.266.0039>
- Découvrir le métier. (2017).** Consulté à l'adresse <http://www.ordremk.fr/je-suis-etudiant/decouvrir-le-metier/>
- Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008, Legifrance. (2008).** Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2008/11/3/SJSH0807099D/jo/texte>

- Ekeland, A. G., Bowes, A., & Flottorp, S. (2010).** Effectiveness of telemedicine: A systematic review of reviews. *International Journal of Medical Informatics*, 79(11), 736-771. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2010.08.006>
- Gedda, M. (2015).** Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 50-54. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>
- Jumeaux-Bekkouche, S. (2012).** *Lectures , Les comptes rendus*. 4.
- Kinésithérapie et nouvelles technologies : Quelle place pour l'humain ? (2016).**
Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Consulté à l'adresse <http://www.ordremk.fr/actualites/ordre/kinesitherapie-et-nouvelles-technologies-quelle-place-pour-lhumain/>
- Kyrou, A. (2018).** La technologie ne rend pas le soin plus facile. *Solidarium*. Consulté à l'adresse <https://usbeketrica.com/article/cynthia-fleury-technologie-hopital-soin>
- Larousse, É. (s. d.-a).** Définitions : corps - Dictionnaire de français Larousse. Consulté à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/corps/19404>
- Larousse, É. (s. d.-b).** Définitions : Définitions de NTIC - Dictionnaire de français Larousse. Consulté à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/NTIC/186559>
- Larousse, É. (s. d.-c).** Définitions : toucher - Dictionnaire de français Larousse. Consulté à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/toucher/78627>
- Le Point Références. (2017, octobre).** *Penser le Corps - Les textes fondamentaux*.
- Masseur-kinésithérapeute. (2012, mars 7).** Consulté à l'adresse Ministère des Solidarités et de la Santé website: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et->

concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/masseur-
kinesitherapeute

Memmi, D., Bellivier, F., Jullier, L., & Andrieu, B. (2011). *Corps et sciences sociales
Corps de cinéma / dossier dirigé par Laurent Jullier et Bernard Andrieu.*
Marseille: CNRS éditions.

Monet, J. (2009). *La naissance de la kinésithérapie* (Glyphé).

Montagu, A. (1971). *La peau et le toucher, un premier langage* (Seuil). Seuil.

Morax, P. (1963). Pierre Louis, Aristote. De la génération des animaux. Texte établi
et traduit. *L'Antiquité Classique*, 32(2), 636-637.

Naiditch, N. (2019, février 15). *Sciences humaines et rééducatives : le combo ; des
« maux » pour le dire.* Présenté à JFK 2019, Montpellier.

PHÉDON. (s. d.). Consulté à l'adresse [http://ugo.bratelli.free.fr/Platon/Platon-
Phedon.htm](http://ugo.bratelli.free.fr/Platon/Platon-Phedon.htm)

Présentation de l'Association Française Transhumaniste. (2019). Consulté à
l'adresse Transhumanisme : Association Française Transhumaniste website:
<https://transhumanistes.com/presentation/>

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (s. d.). *Manuel de recherche en sciences sociales.*
6.

Remondière, R. (1994). L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946). *Les
Cahiers du Centre de recherches historiques*, (12).
<https://doi.org/10.4000/ccrh.2753>

Rognon, F. (2007). Le sujet dans la religion kanak . Anthropologie et missiologie chez
Maurice Leenhardt. *Revue des sciences religieuses*, (81/2), 249-261.
<https://doi.org/10.4000/rsr.562>

- Roquet, P., Gatto, F., & Vincent, S. (s. d.).** *L'identification et la reconnaissance des rôles et des identités des masseurs-kinésithérapeutes.* 89.
- Samé, M. (2016).** *Le toucher suspendu, philosophie et massage en kinésithérapie* (Connaissances et savoirs).
- Souteyrand, Y. (1990).** *Sciences sociales et Santé. Volume 8(4).* Consulté à l'adresse https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1990_num_8_4_1174?q=nouvelles+technologies+et+sant%C3%A9
- Temprado, J.-J. (2017).** Les applications et les objets connectés en m-santé : conséquences pour le kinésithérapeute. *KINESITHERAPIE SCIENTIFIQUE.* Consulté à l'adresse <https://www.ks-mag.com/article/9890-les-applications-et-les-objets-connectes-en-m-sante-consequences-pour-le-kinesitherapeute>
- Tricot, N. (1966).** Leroi-Gourhan A., Le geste et la parole. *Revue française de sociologie*, 7(1), 92-94.
- VAILLANT, J. (2003).** Sociologie et anthropologie du corps et kinésithérapie. *KINESITHERAPIE SCIENTIFIQUE*, (431), 33-431. Consulté à l'adresse Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique. (BDSP/APHPDOC :)

ANNEXES

Table des annexes

Annexe I : Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ

Annexe II : Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite)

Annexe III : Grille d'entretien non-retenue pour mener l'enquête

Annexe IV : Grille d'entretien de l'enquête

Annexe V : Retranscription intégrale de l'entretien du participant 1

Annexe VI : Retranscription intégrale de l'entretien du participant 2

Annexe VII : Retranscription intégrale de l'entretien du participant 3

ANNEXES

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Figure 1 : Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Figure 2 : Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite)

Premier essai de grille d'entretien

- 1/** Quel est le premier outil de travail du masseur-kinésithérapeute aujourd'hui selon vous ?
- 2/** Pourriez-vous mener une séance entière sans poser les mains sur votre patient ?
- 3/** Depuis le début de votre carrière, comment votre pratique vous a-t-elle amené à changer la façon que vous avez d'appréhender le traitement de vos patients ?
- 4/** Est-ce que votre perception du toucher de vos patients a évolué depuis le début de ta pratique ? Si oui, comment ?
- 5/** Que confère le toucher à votre pratique dans le lien que vous avez avec votre patient ?
- 6/** Est-ce qu'il vous arrive d'hésiter ou de douter de la mise en œuvre d'une technique manuelle ou instrumentale pour un traitement ?
- 7/** Décrivez-moi la dernière séance que vous avez effectuée...

Figure 3 : Grille d'entretien non-retenue pour mener l'enquête

Grille d'entretien choisie pour l'enquête

1/ Si je te donne les mots « massage, toucher, techniques manuelles » à quoi penses-tu ? Qu'est que cela représente dans ta pratique, pour toi ?

2/ Qu'est-ce que permet l'approche du patient par le toucher tactile selon toi ?

3/ Qu'est-ce que cette approche t'apprend du patient ? Pourrais-tu t'en passer ? Dans quels cas ?

4/ Qu'est-ce que l'utilisation d'instruments t'apporte de différent dans ta pratique ?

5/ Que pourrais-tu dire / restituer du ressenti de tes patients lorsque tu leur prodigues des soins manuels ? Instrumentaux ?

Qu'en penses-tu ? Quels retours te font-ils ? Aurais-tu un exemple de prise en charge pour l'illustrer ?

6/ Que penses-tu de l'importance croissante des technologies dans l'approche de tes patients ainsi que dans leur traitement ?

7/ Comment imagines-tu l'avenir de notre profession à l'aune des propos que tu viens de développer ?

8/ Pourrais-tu me décrire la dernière séance de prise en charge d'un patient adulte atteint de troubles musculosquelettiques que tu as effectuée...

Figure 4 : Grille d'entretien

Entretien du Participant 1

Enquêteur : « Si je te donne les mots « massage, toucher, techniques manuelles » qu'est-ce que tu en penses ? Et qu'est-ce que ça représente dans ta pratique pour toi ? »

Participant 1 : « Massage, toucher, techniques manuelles et ? »

Enquêteur : « C'est tout »

Participant 1 : « et c'est tout ? euh... qu'est-ce que ça m'inspire ? Ça m'inspire uniquement la base de ce qu'on nous a appris à l'école en fait... et moi dans ma pratique à la limite le mot « techniques manuelles » qui va plus me parler, et à la limite qui va plus m'intriguer là comme tu le dis pour un peu plus ce que t'entends par « techniques manuelles » euh... mais sinon après « massage » c'est loin d'être le plus pertinent, je ne dis pas que c'est pas forcément utile mais c'est loin d'être le plus pertinent. »

Enquêteur : « Ok, ça marche. Pour toi, qu'est-ce que l'approche par le toucher du patient te permet ? »

Participant 1 : « Pour un premier rendez-vous des fois c'est vrai que les gens ils attendent peut-être que tu les touches, ils attendent voilà... que, ils aient l'impression que toi tu vas faire quelque chose sur eux, j'pense que ce côté passif un peu, ça peut intéresser un petit peu les gens, ils peuvent avoir un petit peu de besoin pour ressortir de la séance en se disant « ouais, j'ai eu quelque chose » : que tu les aies touchés. J'pense que euh, là dans la pratique qui a été pas mal utilisée dans ces dernières années, je pense que c'est plutôt ce qui ressort vachement. Donc effectivement, pour un premier rendez-vous à la limite voilà ça peut être un premier contact, un premier contact avec le patient qui peut être intéressant. »

Enquêteur : « D'accord, et du coup, est-ce que tu penses que toi ça t'apprend quelque chose sur le patient ce premier contact là ? Et, est-ce que tu pourrais t'en passer ? Si oui, dans quels cas ? »

Participant 1 : « Euh oui, tu peux t'en passer, tout dépend la pathologie en fait ! Tout dépend la pathologie et après ce que ça peut t'apprendre, c'est... tu peux arriver à voir

déjà si c'est des gens qui sont vachement stressé, ou alors au contraire beaucoup plus confiant, si c'est des gens qui peuvent avoir... ça te donne déjà une idée du schéma corporel des gens aussi. Parce qu'il y a des fois des gens juste en touchant euh, tu sens que les gens en fait ils comprennent rien de ce que tu veux faire ou va faire ou pourquoi tu vas faire ça parce qu'en fait au niveau schéma corporel ils se rendent pas forcément compte de ce que ça implique. Et après pour les gens qui sont vachement stressés bah pas de relâchement, euh grosses tensions musculaires tu le sens vachement. Donc à la limite ça peut te donner aussi des indications sur euh... soit la personnalité des gens soit sur l'état dans lequel ils sont au moment où tu les vois. Donc euh, pour moi tu peux t'en passer euh en fonction de la patho et de la technique que toi tu as décidé de mettre en place en fait. »

Enquêteur : « D'accord... ok. Après, qu'est-ce que l'utilisation t'apporte de différent dans ta pratique du coup ? »

Participant 1 : « Bah en fait ça dépend encore une fois de ce que t'as décidé de faire mais euh, mais ça te permet des fois d'être plus précis dans tes exercices et ça devient plus concret pour le patient aussi. Mais ça dépend de comment tu présentes les choses au patient en fait plus je pense. »

Enquêteur : « Ça marche ! Est-ce que quand tu donnes des soins, qu'ils soient manuels ou instrumentaux, est-ce que tu arrives à avoir un retour des patients ? Est-ce que tu arrives à déceler des différences quand tu utilises plutôt tes mains ou plutôt des outils intermédiaires ? Et est-ce que tu aurais un exemple de prise en charge ? »

Participant 1 : « Non, j pense pas que, enfin, pour moi euh, y'a pas forcément de différence en fait. J pense que vraiment le plus important c'est la manière dont tu vas amener les choses au patient, c'est la manière dont tu vas communiquer avec eux qui va être déterminante pour tout en fait. Pour les retours, là tu me parles des retours sur le traitement que tu mets en place, euh pour moi le plus pertinent c'est vraiment des choses hyper objectives, ça veut dire que je pourrais m'intéresser à l'intensité de la douleur, la localisation, le type. J pars avec cette base là sur un début de séance, j mets en place quelque chose, j fais plein de séances, je réévalue, je vois ce que ça a donné, et en fonction de ça j'ai mon retour en fait ! Et j'ai, il est pas, pour le coup il est purement objectif, alors ça peut être euh, ça peut être un... pour moi c'est un plus ! Ça

peut être vécu comme un moins aussi parce qu'effectivement j'ai pas forcément le ressenti subjectif du patient, mais finalement les ressentis subjectifs ils peuvent être aussi biaisés par euh un patient qui a envie de te faire plaisir ou des trucs comme ça donc euh... mais objectivement, ouais t'as des retours, pour moi t'a moyen d'avoir un retour sur ta séance euh en posant des questions simples aux gens euh et... en posant des questions précises qui appellent des réponses précises où tu peux avoir vraiment ce que tu recherches. »

Enquêteur : « *Oui, d'accord !* »

Participant 1 : « *Donc après les outils que t'utilises pour moi en fait ça va être euh... ça va être comment tu l'amènes, qui est déterminant. J pense que tu peux arriver à amener quelque chose aux gens si toi t'es convaincus, que tu leur amène vraiment bien, tu peux arriver à leur faire adopter quelque chose qui finalement vaut pas grand-chose mais si c'est bien amené j pense que tu peux arriver à faire ce que tu veux. »*

Enquêteur : « *Ça marche... Ensuite, qu'est-ce que tu penses de l'importance croissante des technologies qui prennent place dans notre profession maintenant, que ce soit dans l'approche diagnostic ou dans le traitement de tes patients ?* »

Participant 1 : « *Euh... J pense que avant que ça prenne vraiment de l'ampleur dans notre pratique de tous les jours l'aspect technologique, j pense qu'on a encore un petit peu de temps. Parce que euh... parce que le corps humain il se traite pas comme tu traites les voitures en fait. L'aspect qu'on a sur les voitures avec la technologie c'est que du coup voilà, ça a rendu les choses vachement plus euh... enfin complètement différentes d'avant et du coup avec énormément de protocoles et de trucs comme ça. Pour le corps humain c'est encore complètement différent parce que pour une même douleur, à la limite une même douleur décrite, tu peux avoir différents diagnostics, du coup différentes pathologies réellement et du coup différentes thérapies. Et euh... aujourd'hui la technologie elle est pas encore capable de mettre en place euh un traitement adapté, en fonction du patient, de son ressenti ou des choses comme ça. »*

Enquêteur : « *Oui oui, d'accord... Après, comment tu imagines maintenant l'avenir de notre profession avec tout ce que tu viens d'évoquer ?* »

Participant 1 : « *Bah du coup j pense que la technologie elle peut être intéressante aujourd'hui pour nous, pour avoir des infos plus, plus sur des infos vraiment*

anatomiques, structurelles, ... voilà des mesures qu'on peut faire, des choses comme ça, qui peuvent nous donner des indications sur quoi mettre en place, ou sur quand on a mis en place nous ça, ça a tel effet vraiment, physiologiquement. Ça la technologie elle peut nous aider, après j'ai pas l'impression que la technologie au jour d'aujourd'hui elle nous aide dans notre pratique courante... Ou du moins pas dans la kiné que moi je connais, peut être que y'a d'autres choses qui sont déjà mises en place et dont je n'ai pas entendu parler mais en tout cas, pour moi, dans ce qu'on fait 90% - 95% des kinés, ça a pas une place énorme. C'est ton diagnostic et ton raisonnement qui va être vraiment pertinent je pense. »

Enquêteur : *« D'accord, et dernière question ! C'est est-ce que tu peux me décrire la dernière séance que tu as effectuée pour un patient adulte avec un trouble musculosquelettique ? »*

Participant 1 : *« Euh, tu veux pas forcément une séance où j'ai touché quelqu'un ? »*

Enquêteur : *« La dernière séance que tu as faite pour un patient adulte, qui a une affection musculosquelettique... »*

Participant 1 : *« Un croisé par exemple pour toi c'est bon ? »*

Enquêteur : *« C'est bon oui, oui ! »*

Participant 1 : *« Euh bah ouais bah là du coup j'ai en tête, la je viens de terminer une prise en charge d'un croisé, j'ai fait sa dernière séance aujourd'hui. Un croisé à 7 mois et demi, donc effectivement euh... j'ai vu, quand il est arrivé je lui ai demandé comment il se sentait vu qu'il est retourné déjà un peu à l'entraînement et tout voilà j'ai fait un point avec lui rapidement sur ses sensations, comment il a été, euh... Si y'avait des douleurs particulières, si y'avait quelque chose dont il voulait me parler avant qu'on commence, et sinon après il est parti... Echauffement classique, une dizaine de minutes de vélo tranquille euh, petit échauffement après fonctionnel, avec des squats, des fentes, enfin voilà, des trucs... que des exos fonctionnels. Et après je lui ai donné une vraie séance qui se rapproche de la réathlétisation quoi, avec plein d'exos fonctionnels, du travail d'appuis, des changements de directions...un peu de récup' à la fin et puis terminer. »*

Enquêteur : *« Très bien ! Je te remercie beaucoup »*

Entretien Participant 2

Enquêteur : « C'est parti ! Alors première question, si je te donne les mots « massage, toucher, techniques manuelles » à quoi penses-tu ? et qu'est-ce que ça représente dans ta pratique ? »

Participant 2 : « Pour moi déjà c'est euh, c'est connaître le patient. C'est voir, ressentir où est-ce qu'il a mal et c'est vraiment contextualisé sa pathologie. Ce que ça, déjà on a métier qui est manuel, très très manuel et ça passe par là déjà pour apprendre à le connaître, vraiment ressentir déjà la texture de tous les tissus et après comprendre où est-ce qu'il a mal. Après c'est le manipuler, et c'est la base de tout kiné quoi. »

Enquêteur : « D'accord, donc t'as déjà un peu répondu mais pour toi qu'est-ce que te permet l'approche du patient par le toucher ? »

Participant 2 : « Par le toucher ? C'est la prise de conscience, après c'est le faire aussi prendre conscience de son corps, euh faut que lui aussi il comprenne pourquoi on le touche, lui faire comprendre pourquoi il a mal, à quel moment ? Par exemple tu lui mobilises, j'sais pas une épaule ? Il faut lui expliquer « ah bah vous avez mal à telle angulation parce que vous voyez tel tendons... » tu lui fais palper là où il a mal, pour qu'il comprenne. Faut que tu lui montres une image, voire un croquis de l'articulation avec tous les tissus qu'il y a autour parce que, par le toucher et par le fait qu'il comprenne pourquoi il a mal, et qu'est-ce qu'il a à cet endroit-là, c'est une partie du traitement. En tout cas ça va lui permettre justement de comprendre, et la prise en charge sera meilleure, pour la rééducation pour qu'il guérisse quoi. »

Enquêteur : « Ok, alors pareil, tu anticipes un peu sur la question d'après c'est vraiment qu'est-ce que ça t'apprend du patient cette approche ? Et du coup, est-ce que tu pourrais t'en passer ? Si oui, dans quels cas ? »

Participant 2 : « Clairement, non. Tous mes patients je les aie touchés, parce que faut savoir ce qu'il a. Tu manipules, par exemple il vient pour une cheville, tu la manipules pour voir les signes cliniques : douleurs, inflammation, comment ça bouge, là où je dois aller travailler, là où j'ai pas besoin d'aller travailler. Comprendre pourquoi il a mal. Essayer d'expliquer pourquoi est-ce qu'il a mal. Surtout en fait, c'est notre schéma thérapeutique, c'est là où on va en fait mettre en place notre diagnostic. On passe

toujours par le bilan, tu fais ton diagnostic kiné, donc tu regardes les problèmes donc les déficiences. Tu vas en induire après les problèmes que ça va induire à son quotidien et à son travail, et en fait tu vas mettre en place ton plan de rééducation pour compenser ou rééduquer pour gagner sur ses problèmes, pour que lui derrière ça aille mieux. »

Enquêteur : *« Ok, très bien. Dans ta pratique, qu'est-ce que l'utilisation d'instruments peut t'apporter de différent du toucher ? »*

Participant 2 : *« Pour moi les instruments c'est surtout des adjuvants. D'accord ? Ce qui veut dire qu'en fait ça va t'apporter un plus dans la pratique mais en aucun moment c'est vraiment l'objet, comme un ultrason, ou de la cryo, ou du tape qui va guérir le patient. C'est pas le matériel qui va vraiment faire en sorte que le patient aille mieux. Ça va être des outils, que tu vas utiliser, enfin dans les exercices ou à un moment donné dans la séance, sur de la j'sais pas, de la physio (comme la cryo, le tape) pour apaiser les douleurs. Pour justement diminuer en fait les épines irritatives, comme ça il est un peu sur un état de confort, pour passer à une autre phase dans ta rééducation. Phase de renforcement, phase de reprise de sport ou autre. En fait, c'est vraiment une aide. Mais faut penser intelligemment sur comment les utiliser pour que ce soit vraiment à bon escient pour le patient pour progresser. »*

Enquêteur : *« Ok. Et du coup, lorsque que tu fais des soins à tes patients, qu'ils soient manuels ou instrumentaux, qu'est-ce que tu sens du ressenti de tes patients ? Est-ce que tu as l'impression que tu as les mêmes retours dans les deux cas ? »*

Participant 2 : *« Alors c'est pas que j'arrive à avoir des retours, c'est que je me fais toujours à ce que mon patient dit. Je lui demande, séances après séances. A chaque fois que l'on se voit d'une semaine à l'autre : « comment ça va ? » Déjà pour voir son état général, est-ce que ça s'améliore ? Est-ce que ça s'aggrave ? Du coup, comme ça, ça me permet de m'adapter sur mon traitement et sur mon plan de rééducation. J'explique toujours en fait pourquoi j'utilise telle technique, tel matériel. Exemple ultrason bah voilà on va exciter un peu la zone inflammatoire, on va la sur-inflammer euh après utiliser du froid, de la cryo pour casser ce cycle inflammatoire... Et c'est vraiment pour qu'il prenne conscience de pourquoi je fais ça et qu'il adhère, pour que je lui fasse. Et je lui demande séances après séances, « comment ça va ? » est-ce*

que ça va dans le mieux ? est-ce que ça s'est stabilisé ? est-ce que ça a augmenté les douleurs ? C'est lui en fait qui va me guider. C'est comme ça. Moi je travaille vachement sur le questionnement. C'est « comment vous vous êtes ressentis après la séance ? Les jours suivants ? Est-ce que ça a pas trop tiré ? Est-ce que vous avez sentis une différence ? Niveau douleurs ? Est-ce que vous avez pu faire plus de choses ? Moins de choses ? et c'est ça qui va me guider en fait. Si il me dit « bah écoutez, ça va vachement mieux, j'ai moins mal » bah là du coup je me dis bah c'est très bien, on va continuer sur cette lancée là, mais on va réduire peut-être un peu la physio et du coup, potentiellement commencer la phase un peu plus active où on va commencer des exercices un peu doux, mais à chaque fois vraiment c'est le questionnement. Toujours moi je questionne toujours, toujours mes patients. Parce que c'est eux qui vont m'amener les informations. C'est pas à moi vraiment d'aller, enfin... je viens les chercher, en les guidant, mais c'est eux qui vont vraiment me donner la trame de ma rééducation. »

Enquêteur : « *Ok, ça marche ! Pour la suite, qu'est-ce que tu penses de l'importance que prennent les technologies dans notre profession autant dans l'approche diagnostic de nos patients que dans leur traitement ?* »

Participant 2 : « *Alors je pense que pour le diagnostic c'est très très bien. Ça donne toujours des informations complémentaires, tant sur l'imagerie que sur euh... l'état pathologique d'une articulation, tissus ou autre. Après, ça doit pas empêcher le kiné de faire son travail. Dans le sens où, nous on est un peu comme des chefs d'orchestres : on a plein, on a un éventail d'outils et c'est toujours au kiné de choisir les bons outils, pour sa rééducation. Et je reste vraiment persuadé que les technologies c'est des adjuvants qui vont nous aider, mais que c'est le kiné et le patient qui doivent être au centre de la rééducation. C'est des petits plus et c'est des aides, pur soit améliorer, soit faire des points pendant la rééducation mais que c'est pas ça qui va rééduquer et guérir le patient. C'est pas l'ultrason qui va éradiquer complètement une tendinite. »*

Enquêteur : « *Ok, ça marche ! Et du coup, comment tu imagines l'avenir de notre profession par rapport à tout ce que tu viens de développer ?* »

Participant 2 : « J pense que petit à petit on va un peu plus se déplacer. Parce que là on est beaucoup dans le traitement, et on n'a pas assez de place sur la prévention. Et je pense que c'est une place qui est très très importante sur le plan déjà social et économique, ce sera très intéressant parce qu'on verra moins de prise en charge sur des gens qui ont des lombalgies chroniques ou des pathologies du soit à du surmenage, soit à des mauvaises postures. J pense qu'on a vraiment une grande place à prendre dans la prévention sur les postures. Comment se tenir... dès le plus jeune âge ! Je pense qu'il faut faire des sessions dès le collège, lycée sur comment se tenir, comment porter son sac, comment se baisser... Montrer les bons gestes parce que... prévenir c'est mieux que guérir. Pour le moment on est trop dans... à voir les patients sur la fin, ils ont déjà le problème qui est là, et on doit traiter le problème. Je pense que si on arrive à dire « voilà, pour éviter le problème, il faut faire ça » on aura toujours des patients avec une pathologie, mais on arrivera quand même à réduire une grande partie du grand mal du siècle hein, par exemple de la lombalgie, de la cervicalgie, la tendinite d'épaule... voilà. C'est des pathologies je pense qu'on peut vraiment avoir un impact dessus et réduire grandement la prévalence de certaines pathologies. »

Enquêteur : « Ok. Dernière question, simplement est-ce que tu pourrais me décrire la dernière séance que tu as faite d'un patient adulte, avec des troubles musculosquelettiques ? »

Participant 2 : « Dernier patient... c'est un homme, la cinquantaine, qui a eu une chute à ski au mois de novembre. Il s'est fait une fracture un peu en « v » au niveau du tubercule majeur de l'épaule gauche. Mmh, il y a eu un arrachement osseux, non opéré, traitement fonctionnel par une attelle coude au corps simple pendant 1 mois et donc là on est à 4 mois et demi post-trauma. On fait donc beaucoup d'exercices d'échauffement pour assouplir et échauffer l'articulation. Il a pas spécialement de douleurs au quotidien mais il lui reste un manquement au niveau articulaire, donc il lui manque 5-10° d'élévation et on travaille vraiment sur l'assouplissement de son articulation par des exercices. Là on fait beaucoup d'exercices actifs, beaucoup d'actif, de postures, donc c'est des auto-postures qu'il maintient à l'aide de TRX, de sangles, on échauffe, on fait pas mal de réveil musculaire. On travaille les interscapulaire, le

deltoïde post, le deltoïde pour justement améliorer son élévation. Ça reste des exercices productibles, pas de travail en forçement pour le moment. »

Enquêteur : « *Et bien très bien, je te remercie beaucoup ! »*

Entretien participant 3

Enquêteur : « C'est parti ! Alors première question, c'est si je te donne les mots « massage, toucher, techniques manuelles » qu'est-ce que t'en penses ? Qu'est-ce que ça représente pour toi dans ta pratique ? »

Participant 3 : « Alors, les trois mots ensembles ? »

Enquêteur : « Oui ou tu peux les dissocier, tu en parles comme tu le souhaites... »

Participant 3 : « Alors moi j'pense qu'il y a des bonnes et mauvaises choses dans les trois. Le massage c'est bien mais j'pense que c'est quelque chose de très particulier, il faut que ce soit quelque chose de euh... comment dire... à un moment T et pas en permanence. Parce que sinon ça met le patient dans le confort et il demande que ça parce que c'est son bien être qui passe avant tout. Par rapport au toucher, je pense que c'est important de toucher les gens parce que ça les met en sécurité, ça les mets en confiance, ils ont besoin d'être comment... suivi et d'avoir un ressenti par rapport au kiné euh... et puis j'pense que c'est un besoin aussi de savoir toucher pour le kiné, pour savoir palper, pour savoir où on est, pour savoir qu'est-ce qu'on touche, quelles sont les structures qui sont atteintes et puis le patient mine de rien, il prend conscience qu'on n'est pas là pour rien et qu'on va les prendre en charge correctement. Après, y'en a beaucoup qui veulent absolument qu'on touche les zones douloureuses alors que c'est pas forcément utile alors ça faut arriver à le gérer aussi par rapport au patient, c'est compliqué. Mais j'pense que c'est important de toucher les gens. Et j'pense que les gens ne sont pas assez touchés aussi des fois, parce qu'ils appréhendent... Rien que poser les mains sur une épaule, sur un coude, ou sur quelque chose... Des fois ils ont déjà un petit peu de mal, ils arrivent pas à se détendre, ils ont pas l'habitude... Voilà c'est vraiment quelque chose de particulier et je pense que les gens sont pas assez touchés en général, et j'pense que c'est bien de le faire. Et le troisième mot c'était quoi ? »

Enquêteur : « C'était « techniques manuelles » »

Participant 3 : « Les techniques manuelles ? Eh bah pour moi ça se regroupe avec le toucher, parce qu'en gros c'est à peu près la même chose pour moi. Je fais beaucoup de techniques manuelles aussi. Ça permet de discuter en même temps que tu fais une

technique avec le patient, il oublie un peu sa douleur. Il oublie un peu... c'est un peu comme de l'hypnose tu vois, de décaler un peu, de mettre de côté ta douleur et de te laisser aller, de te laisser faire... donc c'est pour moi important. Les deux derniers mots sont importants, le massage l'est un peu moins pour moi. »

Enquêteur : *« Oui d'accord, ok. Du coup tu as un peu anticipé sur la deuxième question, c'était voilà qu'est-ce que ça te permet cette approche tactile du patient ? Dons tu as déjà un peu répondu quand même, tu dis que finalement peut-être que le patient se livre un peu mieux sous tes mains, que tu le comprends mieux aussi... »*

Participant 3 : *« Complètement ! Après y'en a aussi enfin ça dépend tu vois, c'est ça qui est bien aussi c'est que y'a des gens ils sont vraiment pas à l'aise quand on les touche, donc ça après faut le sentir, faut que tu sentes que la distance avec le patient tu as besoin de la faire aussi parce qu'ils sont pas à l'aise quand tu les touche. Donc tu vas passer plus sur une autre technique, tu leur dis « on va plutôt faire de l'actif », tu vas l'aider à faire de l'actif, de l'actif-aider du coup c'est plus ce terme. Mais voilà, pour détendre le patient, pour qu'il se livre à toi, pour qu'il prenne confiance tout simplement. Tout simplement, c'est important. »*

Enquêteur : *« Oui ! Du coup la question d'après c'est est-ce que tu pourrais t'en passer ? Et si oui, dans quels cas ? »*

Participant 3 : *« Alors, j pense que je pourrais m'en passer : oui et non. Oui, dans des cas par exemple on vient de faire la formation à la méthode McKenzie qui est pas du tout manuelle, où on fait justement beaucoup plus d'actif voilà. C'est très intéressant. Mais je pense qu'il faut pas oublier les deux tu vois. Tu peux faire un peu des deux. McKenzie, ils ont aussi peu des techniques où tu poses un peu les mains hein c'est sûr mais tu pars beaucoup du principe de pas trop toucher les patients. Et c'est après, à force d'exercices, que tu passes sur des manipulations un peu plus poussées au fur et à mesure. Mais dès les premiers instants, tu touches pas du tout le patient. J pense que c'est bien et pas bien... parce qu'il faut arriver à doser un peu des deux voilà. [Pause] Pouvoir toucher un petit peu... et sinon dans d'autres cas, par exemple des patients très douloureux, que même si tu les touches ça les sensibilisent à mort... Bah je les touche pas et je leur dis qu'on va faire autre chose, du passif mais du passif-aidé avec l'autre membre, c'est aux qui s'auto-gèrent, qui gèrent leur douleur. C'est*

plus quand ils sont très douloureux que j'utilise pas le toucher. Mais je pense que dans beaucoup de cas je l'utilise le toucher. »

Enquêteur : *« D'accord, et du coup quand tu utilises plutôt les instruments, que ce soit de l'électrothérapie ou en tout cas un intermédiaire, qu'est-ce que ça t'apporte de différent ? »*

Participant 3 : *« Alors, j'utilise pas souvent l'électrothérapie. Je l'utilise que dans des cas très précis. J'ai l'exemple d'une patiente qui n'a pas le droit de prendre d'anti-douleurs, elle m'avait dit déjà dans ses antécédents qu'elle avait eu des problèmes de genou et que son kiné précédent lui avait fait de l'électrothérapie et ça l'avait beaucoup soulagé. Je lui ai dit bah on va partir sur ça. Parce que dans son contexte, elle n'a pas d'anti-douleurs, je pense qu'elle se développe une algoneurodystrophie, on a essayé, ça l'a beaucoup soulagé donc je lui ai dit on va rester sur ça. Je lui ai dit que c'était pas le traitement de fond, mais ça peut nous aider pour le traitement futur. Mais je pense que ça apporte, oui et non, parce que justement on entend beaucoup se reprocher des « kinés qui mettent sur des machines » et de plus toucher les gens, de prendre 5 min par patient et basta. Je ne suis pas du tout dans cette optique-là donc je touche les gens, je les mobilise, je les accompagne dans leurs mouvements et puis ça les soulage bien, ça les aide bien. »*

Enquêteur : *« Qu'est-ce que tu pourrais dire de la restitution du ressenti de tes patients ? Quand tu leur donne des soins que ce soient des soins manuels ou instrumentaux, est-ce que tu as l'impression de pouvoir avoir un retour de tes patients par rapport à ça ? Est-ce qu'il est similaire ou différent ? »*

Participant 3 : *« Je demande à chaque fois. Je ne fais rien par obligation... Parce que c'est obligatoire, parce que c'est mieux, non je fais complètement au ressenti du patient. S'il me dit que la dernière fois massage l'a soulagé, il était bien l'après-midi, il n'avait plus de douleur pendant un jour ou deux... Bah ok, on va recommencer une fois, deux fois, si ça le soulage plusieurs et au de plus en plus long terme on va continuer. Mais si par exemple, j'ai pu utiliser la physiothérapie et la personne me dit « j'ai l'impression que ça m'a rien fait » bah ok, je stoppe, ça sert à rien, on va pas perdre du temps. Donc c'est vraiment plus selon le ressenti du patient, je demande*

toujours leur avis et je demande toujours ce qu'ils en pensent... On adapte. Être adaptable je pense que c'est un critère très important pour le kiné. »

Enquêteur : *« Oui, du coup, dans notre métier aujourd'hui et dans la santé en général, il y a une certaine importance maintenant des nouvelles technologies... qu'est-ce que tu penses de l'importance croissante que ça prend dans notre métier ? Autant dans l'approche diagnostic que dans le traitement ? »*

Participant 3 : *« J'en pense que... il y a du marketing derrière, qu'il y a beaucoup de business aussi derrière. Je pense pas que ce soit très utile, c'est un traitement qui est pas forcément utile pour les patients. En termes de diagnostic, euh... je pense que la clinique suffit souvent largement. T'as pas besoin de faire d'imagerie, si t'es bon dans ton diagnostic, dans tes tests cliniques, dans tes bilans ; tu peux déjà très bien t'orienter sans imageries, sans tout le reste. Rien qu'en te servant de ce que tu vois, de ce que les gens te décrivent parce que la mine d'informations c'est le patient en fait, c'est lui qui te dit tout. Par rapport aux machines qu'on peut avoir dans le traitement, je pense que c'est beaucoup de business pour pas beaucoup de bons résultats. Typiquement, on se fait tout le temps aborder dans les conférences, par les K-Laser ®, les machins... J'attends de voir des études qui me prouvent que c'est efficace par rapport à un autre traitement. Par contre, il y a certaines technologies qui sont malheureusement dans les meurs... Par exemple les ultrasons, on a encore prouvé que ça ne marchait pas. Pourtant, j'ai encore eu une ordonnance d'un rhumato qui disait « rééducation cheville droite + US »... Tu te dis mais t'es rhumato ?! Bah tu me laisses faire en fait. Donc ça c'est un peu contraignant enfin c'est une très grosse contrainte dans ces cas-là d'être soumis à la prescription médicale en fait. Donc finalement on adapte à chaque fois... »*

Enquêteur : *« Du coup, une autre question et c'est pas mal qu'elle arrive maintenant, comment tu imagines l'avenir de notre profession aux vues de toutes ces réflexions ? »*

Participant 3 : *« J pense qu'on est en phase d'avoir un changement de mentalité. Parce qu'on a envie de donner aux gens ce qu'on aimerait recevoir. Tout simplement, si moi ou toi on a mal au genou et bien on aimerait être soignées correctement, donc pas avoir vu que 5min le kiné. Je pense que les kinés actuellement ont cette façon de penser, on n'est plus de la vieille école, les anciennes techniques on les a un peu*

mises de côté, donc ça s'est très bien. En maintenant avec tout ce qui est l'aspect EPB (Evidence Based Practice), ça devient de plus en plus important, donc on prend de plus en plus de valeurs. Mais on pâties encore des anciens et des nouveaux aussi, y'a des nouveaux qui font des choses pas top : 5 minutes par patient, c'est pas génial... Mais ça va valoriser surtout les cabinets qui prennent le temps de faire du soin, plutôt que les « cabinets d'usines » comme on les appelle... mais j'pense qu'on est en phase de changer de mentalité complètement, et de se dire faut arrêter de faire n'importe quoi. On a un beau métier qui a plein de facettes et qui a de l'avenir, si on arrête le travail comme les « cabinets usines », c'est surtout ça. »

Enquêteur : *« Ça marche... Dernière question, c'est simplement si tu peux me décrire la séance que tu as donné un patient adulte pour un trouble musculosquelettique... »*

Participant 3 : *« C'était cet après-midi, une patiente, ma patiente dont je t'ai parlé avec l'algoneurodystrophie... euh donc je te décris la séance. C'était un contexte un peu particulier cette fois parce qu'elle venait de reprendre le boulot cette semaine. Fracture du talus, qui a été mal diagnostiquée dès le départ donc pas d'immobilisation, appui complet. Pas de béquilles, en sur-poids, un côté un peu... qui cache une petite dépression. Justement c'est avec elle que j'utilise pas mal de physio parce que ça la soulage à défaut qu'elle ait des anti-douleurs parce qu'elle peut pas en prendre. J'utilise aussi beaucoup le massage, parce que la mobilisation c'est trop douloureux, massage ça lui fait du bien, ça désengorge un peu son pied qui est très enflé. Je lui ai mis du k-taping aussi quelques fois, pas tout le temps... Tu vois je pense justement que le k-taping c'est un très bel outil... J'ai bien aimé quand on a fait la formation de k-taping, le mec nous a dit « c'est la continuité de la main du kiné ». Donc tu vois un peu la mentalité, ça permet de continuer le traitement même après la séance et de garder cette sensation sur la peau... donc c'est intéressant !*

Mais après j'avais un autre patient en fin de rééducation pour un genou, il fait du renfo à fond et je le touche plus moi ce patient, il va très bien et c'est bientôt fini donc chaque prise en charge est différente quoi. »

Enquêteur : *« et bien parfait, merci beaucoup ! »*

Résumé

Dans un contexte de modernisation de la masso-kinésithérapie, cette recherche étudie les différentes facettes de l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat. Il semblerait qu'elle soit définie par plusieurs compétences et techniques de soins. Ces dernières, entre approches manuelle et instrumentale, feraient l'objet d'une mise en tension chez les praticiens libéraux.

C'est pourquoi l'on s'interroge sur les effets ressentis et les représentations du toucher dans la relation kinésithérapique soignant-soigné aujourd'hui, face à l'avènement des nouvelles technologies.

Dans cette perspective, un certain nombre de prérequis théoriques sont mobilisés afin de dessiner les contours des enjeux de cette problématique. Suite à cela, des entretiens sont conduits auprès de masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

Les données recueillies font apparaître que les représentations du toucher et sa légitimité seraient questionnées par les praticiens masseur-kinésithérapeutes actuels, et pour cause. Elles seraient même bousculées par les représentations des professionnels de santé en général. Enfin, les nouvelles technologies seraient des modificateurs des dimensions spatio-temporelles de l'interaction soignant-soigné.

En définitive, cette étude viendrait peut-être ouvrir sur des enjeux où, au-delà de la place du toucher dans la pratique masso-kinésithérapique, face à l'émergence des nouvelles technologies, ce serait celle du masseur-kinésithérapeute lui-même qui serait mise en question.

Mots-clés

corps, masso-kinésithérapie, nouvelles technologies, soins kinésithérapiques, techniques manuelles, toucher