



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

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation
Département Masso-Kinésithérapie

Mémoire N°1943

Mémoire d'initiation à la recherche en Masso-Kinésithérapie

Présenté pour l'obtention du

Diplôme d'État en Masso-Kinésithérapie

Par

ESTILLE Tony

**L'IMPACT DE L'APPARTENANCE A LA COMMUNAUTE LGBT+ SUR LA PRISE EN
SOIN**

Point de vue des patients concernés et des Masseurs-Kinésithérapeutes

THE IMPACT ON BELONGING TO THE LGBT+ COMMUNITY ON CAREGIVING

Patients and physiotherapist's perspective

Directrice de mémoire

GABERSCEK Selva

Année 2023-2024

Session 1

Membres du jury

GABERSCEK Selva

GAUTIEZ Raphaëlle

CHAMBON Laurent

CHARTRE ANTI-PLAGIAT DE LA DREETS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

La Direction Régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités 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 charte 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 charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné(e) : ESTILLE Tony

atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DREETS 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 :

Fait à Pierre-Bénite Le 03/05/2024..... Signature



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

² 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

Direction régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS) Auvergne-Rhône-Alpes Service MPTS - Site Vivier Merle : 53 Boulevard Vivier Merle - 69429 Lyon cedex 03 - Standard : 04 72 68 29 00 <https://auvergne-rhone-alpes.dreets.gouv.fr>

Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation
Département Masso-Kinésithérapie

Mémoire N°1943

Mémoire d'initiation à la recherche en Masso-Kinésithérapie

Présenté pour l'obtention du

Diplôme d'État en Masso-Kinésithérapie

Par

ESTILLE Tony

**L'IMPACT DE L'APPARTENANCE A LA COMMUNAUTE LGBT+ SUR LA PRISE EN
SOIN**

Point de vue des patients concernés et des Masseurs-Kinésithérapeutes

**THE IMPACT ON BELONGING TO THE LGBT+ COMMUNITY ON CAREGIVING
Patients and physiotherapist's perspective**

Directrice de mémoire

GABERSCEK Selva

Année 2023-2024

Session 1

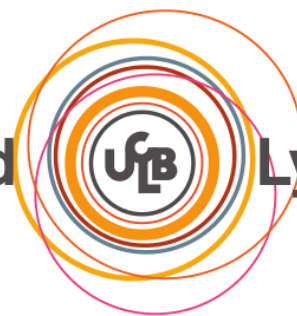
Membres du jury

GABERSCEK Selva

GAUTIEZ Raphaëlle

CHAMBON Laurent

Université Claude Bernard Lyon 1



Président

Frédéric FLEURY

Vice-président CA

REVEL Didier

Secteur Santé

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation

Directeur

Jacques LUAUTE

U.F.R. de Médecine Lyon Est

Directeur

RODE Gilles

U.F.R d'Odontologie

Directeur

Jean Christophe MAURIN

U.F.R de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux

Directrice

PAPAREL Philippe

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques

Directrice

DUSSART Claude

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine

Directeur

SCHOTT Anne-Marie

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (CCEM)

COCHAT Pierre



Institut Sciences et Techniques de la Réadaptation

Département MASSO-KINESITHERAPIE

Directeur ISTR

Jacques LUAUTE

Équipe de direction du département de Masso-kinésithérapie :

Directeur de la formation

Charles QUESADA

Responsable des travaux de recherche

Denis JAUDOIN

Référents d'années

Ilona BESANCON (MK3)

Edith COMEMALE (MK4)

Denis JAUDOIN (MK5)

Antoine YAZBECK (MK2)

Référente de la formation clinique

Ayodélé MADI

Responsable de scolarité

Rachel BOUTARD

« Combien de fois, au cours de notre existence, avons-nous l'occasion de renaître à notre vie ? »

Wajdi Mouawad – *Victoires*

Remerciements

Dans un premier temps, je tiens à remercier Mme Selva Gaberscek, ma directrice de mémoire, d'avoir eu de l'intérêt pour mon sujet et d'avoir voulu me suivre dans cette aventure enrichissante qui est la recherche. Merci de m'avoir aiguillé tout au long de ce travail et de m'avoir éclairé dans les moments les plus sombres.

Je remercie ma famille, Maman et Papa, mes sœurs, Mégane et Maureen, ainsi que mes beaux-parents, Annabelle et Christophe, pour m'avoir toujours soutenu dans mes choix d'études et de vie, et notamment dans celles-ci. Merci d'avoir cru en moi, quand moi-même je n'y croyais pas toujours. Merci aussi à mes sœurs de cœurs, qui sont elles-mêmes âmes sœurs, Inès et Julie Jennequin-Leroy d'être dans ma vie. Merci également à Maxime Bunel, un ami très cher, d'être présent depuis notre rencontre.

Merci à mes nombreux camarades de promotion, notamment mes proches amis et futurs confrères, Florie Rossi, Lola Brevet, Flore Vandebeuque, Léa Vilet, Rose Bruneau, Solène Murard, Yoann Guérin, Rémy Benetreau, Yorick Font, et Clément Dutour, pour leur joie de vivre au quotidien, leur sens de l'humour, et tous ces bons moments passés ensemble. Je rajouterai une mention spéciale à Laurine Guyennot, ma binôme de TD, qui a dû me supporter durant ces 4 années. J'espère garder contact avec chacun d'entre vous dans le futur.

Aux formateurs de l'ISTR, ainsi qu'à mes différents tuteurs de stage qui m'ont permis de discuter avec eux de mon sujet de mémoire, un grand merci. Merci également aux personnes qui ont répondu au questionnaire, ainsi qu'aux patients, Charles et Quentin, et masseurs-kinésithérapeutes, Antoine et Gwenaëlle, qui ont prêté leur voix pour l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie également Marianne Leu, Gérald Langlet, Valentin Dupuis, ainsi que Stephen Priest pour leurs retours constructifs et les corrections qu'ils m'ont permis d'apporter à mon travail lors de leurs relectures. Merci aussi à tous mes autres amis qui m'ont soutenu moralement dans cette épreuve.

Merci à Peggy Favier et ses trois enfants, une famille extraordinaire, qui m'a accueillie à Lyon lorsque je ne connaissais encore personne, pas même cette magnifique ville. Merci de m'avoir permis de me faire ma place et d'avoir participé à me donner du (ré)confort en attendant que

je trouve mon lieu de vie pour passer le concours et mes 4 années de formation en masso-kinésithérapie.

Enfin, et non je ne vous oublierai pas, d'abord, merci à toi, Mamour, Romain Luzy, de faire partie de ma vie depuis maintenant 9 ans, d'être l'un des piliers de mon existence, de m'aimer un peu plus chaque jour et de croire en ma réussite personnelle et professionnelle. La force que tu m'apportes pour avancer dans cette jungle qu'est la vie est inestimable à mes yeux. Et pour finir, merci à toi, ma marraine, Marie-Claude François, malheureusement décédée l'année où j'ai validé le concours, je sais que de là-haut tu es fière de moi, sache que souvent je pense à toi et qu'à jamais tu seras dans mon cœur.

Liste des acronymes :

BDK : Bilan Diagnostic Kinésithérapeutique

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSP+ : Catégorie Socioprofessionnelle +

DU : Diplôme Universitaire

HSH / MSM : Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes / Men who have Sex with Men

IFMK : Institut de Formation de Masso-Kinésithérapie

LGBT / LGBT+ / LGBTQIA+ : Personnes Lesbien(ne)s, Gays, Bisexuelle(s), Transgenre(s), Intersexuelle(s), Asexuelle(s). Le « + » désignant les autres minorités sexuelles ou de genre. Ces trois acronymes sont utilisés indifféremment dans cet écrit, il faut cependant comprendre qu'à chaque utilisation, il est sous-entendu à son extension complète pour plus d'inclusion.

MIPROF : Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

MK / MKDE : Masseur-Kinésithérapeute ou Masso-Kinésithérapie (fonction du sens de la phrase) / Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'Etat

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PASS : Parcours Accès Santé Spécifique

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PrEP : Prophylaxie Préexposition au VIH

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SPF : Santé Publique France

STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

1.	Introduction	1
1.1	Situation d'appel	1
1.2	Cadre conceptuel.....	2
1.2.1	Le Masseur-Kinésithérapeute, un soignant différent ?.....	2
1.2.2	La bienveillance : un prérequis aux soins ?.....	3
1.2.3	Les patients LGBTQIA+, des patients comme tout le monde ?	5
1.2.4	La discrimination, ça touche qui ?	8
1.3	Questionnements et hypothèses.....	11
2.	Méthode	12
2.1	Données quantitatives.....	12
2.1.1	Justification de la méthode par questionnaire.....	12
2.1.2	Méthode de diffusion et récolte des données	12
2.2	Données qualitatives.....	13
2.2.1	Les intérêts des entretiens	13
2.2.2	Critères d'inclusion et critères d'exclusion	13
2.2.3	Entretiens patients	14
2.2.4	Entretiens Masseurs-kinésithérapeutes.....	15
2.2.5	Contexte social des relations d'enquête et recueil de données	15
3.	Étude empirique	17
3.1	Questionnaire	17
3.1.1	Des répondants majoritairement de genre masculin, homosexuels et entre 26 et 45 ans. 17	
3.1.2	Une confiance envers le soignant fluctuante	19
3.1.3	La LGBTphobie présente lors des soins ?.....	20
3.1.4	Se renseigner auprès des autres pour se sentir plus safe	20
3.1.5	Un tiers des répondants discriminés par un soignant en France métropolitaine du fait de son orientation sexuelle ou de son identité de genre	21
3.1.6	Et si les soignants étaient plus bienveillants, cela réglerait-il le problème ?.....	22

3.1.7	Le MK un soignant bienveillant qui donne confiance	22
3.2	Paroles de patients	24
3.2.1	Les impacts des imperfections du système de santé sur les patients	24
3.2.2	La confiance envers le soignant : un prérequis au soin ?	25
3.2.3	Trouver le « bon » soignant.....	26
3.2.4	Le masseur-kinésithérapeute : un mécanicien du corps ? un ami ?	27
3.2.5	Représentation du corps et pudeur en soin	28
3.2.6	Qu'est-ce que le soignant doit savoir du patient ? Qu'est-ce qu'il doit écouter ?	29
3.2.7	Comment s'exprime la discrimination ?	31
3.2.8	La sensation de subir l'acte de discrimination	32
3.2.9	Est-ce que l'autorité de la personne qui discrimine à un rôle ?	33
3.2.10	Un manque de sensibilisation en formation initiale ?	34
3.2.11	Des soignants moins discriminants que d'autres ?	35
3.3	L'avis des masseurs-kinésithérapeutes	37
3.3.1	MKDE, un métier qui s'apprend par la pratique	37
3.3.2	Des freins inhérents au métier.....	38
3.3.3	Le système de santé vu de l'intérieur	39
3.3.4	Un métier intéressant	41
3.3.5	Accompagner les patients	43
3.3.6	Récupérer les informations primordiales	44
3.3.7	Etablir la bonne relation.....	45
3.3.8	S'adapter aux patients.....	47
3.3.9	Le rapport au corps en masso-kinésithérapie.....	49
3.3.10	Le manque de sensibilisation crée les discriminations.....	51
3.3.11	Se confronter aux minorités pour mieux les comprendre et devenir moins discriminant.....	55
4.	Discussion et limites	57
4.1	La discrimination dans les soins.....	57
4.2	Le manque de sensibilisation des professions du soin	57

4.3	L'influence de la société sur le monde de la santé	59
4.4	Travailler avec et pour les minorités	59
4.5	Subir un acte discriminatoire peut créer une forme de culpabilité.....	60
4.6	En finir avec les discriminations	61
4.7	Les limites de notre étude	61
4.8	Ouvertures	62
5.	Conclusion	63

Références bibliographiques

Annexes

Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Pronoms utilisés par les répondant·e·s.....	17
Figure 2 : Répartition en classe d'âge des répondant·e·s.....	17
Tableau I : Récapitulatif des entretiens patients.....	22
Tableau II : Récapitulatif des entretiens MKDE.....	28

Résumé

Ce travail de fin d'étude s'intéresse aux discriminations des patients LGBT+ vécues dans le cadre des soins de santé. Il questionne donc les notions de soignants, dont le masseur-kinésithérapeute, de bienveillance, de patients LGBT+, et de discriminations. Le but étant de comprendre comment s'expriment et sont vécues les situations discriminantes des patients LGBT+ lors des soins de santé.

Pour tenter d'être le plus exhaustif possible et avoir de la matière pour la rédaction de ce mémoire, nous avons dans un premier temps, mis en place un questionnaire à destination des patients, et nous avons ainsi recueilli des données quantitatives sur la question, ce qui nous a permis de légitimer notre recherche. Dans un second temps, nous avons pris soin de faire passer des entretiens qualitatifs à des patients ayant accepté de témoigner grâce au questionnaire, et qui ont eux-mêmes subis des discriminations lors de rendez-vous de santé. La parole de ces patients-témoins a pu être mise en perspective avec l'appui de l'avis de masseurs-kinésithérapeutes sensibilisés aux patients LGBT+.

Il s'avère donc, selon notre questionnaire, auquel 102 personnes ont répondu, qu'une personne sur trois a subi un acte de discrimination par un soignant en France métropolitaine du fait de son appartenance à la communauté LGBT+. Ce faisant, la figure d'autorité à laquelle le soignant fait référence joue un rôle dans l'acte discriminatoire, ainsi que dans la sensation de le subir. Il semblerait, compte tenu des dires de nos patients, ainsi que des masseurs-kinésithérapeutes, qu'il s'agirait avant tout d'un manque de sensibilisation des professions soignantes.

Ainsi, il faudrait trouver des outils qui permettraient de sensibiliser les soignants pendant la formation initiale et continue pour être toujours plus inclusifs. Ces outils pourraient d'ailleurs être utilisés pour pallier un manque de sensibilisation plus globale de la société elle-même. Il est également à noter que le fait de travailler avec et pour les minorités, comme le font déjà certains soignants, permet aux patients LGBT+ de se sentir plus sécuritaires lors de soins.

Bien que ces données soient limitées par la puissance de notre étude et par le manque de littératures scientifiques sur le domaine, il semble que nous sommes sur un véritable problème de santé publique au vu du nombre de personnes concernées (6 800 000 personnes LGBT+ en France (Ipsos, 2023)). Il nous faut donc devenir des soignants alliés aux minorités.

Mots clés : Discriminations, LGBT+, Masso-Kinésithérapie, Santé, Sensibilisation.

Abstract

This research project focuses on the discrimination experienced by LGBT+ patients in the context of health care. Questioning the notions of caregiver, especially physiotherapists, care, LGBT+ patients, and discrimination, the aim is to understand how discriminatory situations of LGBT+ patients are expressed and experienced during health care.

To be as thorough as possible, and to have material for writing this dissertation, we firstly set up a questionnaire for patients through which we collected quantitative data on the question, legitimizing our research. Secondly, we took care to conduct qualitative interviews with patients who agreed to testify, thanks to the questionnaire, and who themselves experienced discrimination during healthcare appointments. The words of these patients were put into perspective with the support of the opinions of physiotherapists aware of LGBT+ patients.

The results of our questionnaire show that out of 102 respondents, one in three people had suffered as act of discrimination by a caregiver in mainland France due to their belonging to the LGBT+ community. In doing so, the authority embodied by the healthcare professional plays a role in the discriminatory act, as well as in the feeling of being subjected to it. Considering the accounts given by patients, as well as physiotherapists, it would seem that discrimination experienced by LGBT+ patients is above all due to a lack of awareness among healthcare professionals.

Thus, we need to find tools that would make it possible to raise awareness among caregivers during initial and continuing training to be ever more inclusive. These tools could also be used to compensate for a lack of more general awareness in society itself. It should also be noted that working with and for minorities, as some caregivers already do, allows LGBT+ patients to feel safer during care.

Although this data is limited by the power of our study and by the lack of scientific literature in the field, it seems that we are dealing with a real public health problem given the number of people concerned (6,800,000 LGBT+ people in France (Ipsos, 2023)). We must therefore become caregiver allies to minorities.

Keywords : Awareness, Discrimination, Health, LGBT+, Physiotherapy.

1. Introduction

1.1 Situation d'appel

Du fait de mon appartenance à la communauté LGBT+, il m'est arrivé de parler de polémiques ou des mœurs de la société face aux problématiques LGBT+ médiatisées. On m'a questionné sur mon ressenti et sur la manière dont je me sentais accepté, à la fois par ma famille, mes amis, mais aussi par autrui en général. Il m'est alors d'abord venu la question de comment prendre en soin une personne transgenre. C'est dans un premier temps l'intérêt que je porte à autrui qui a primé dans ma réflexion.

Il est physiologiquement prouvé, qu'un homme et une femme ont des différences anatomiques. Celles-ci sont prises en considération lors de prise en soin kinésithérapique. La question qui découle de ce constat est donc la suivante : « De quelle manière doit-on prendre en soin, pour être en adéquation avec l'identité psychologique de la personne ? ». Sous-entendu, en s'adaptant à la pertinence pour le patient de le rééduquer, en prenant en compte le fait qu'il ne soit pas dans le bon corps initialement. La réponse à cette question a semblé sans réel intérêt dans le sens où, peu importe le genre de la personne, les objectifs de rééducation sont à spécifier avec le patient.

Mon questionnement initial autour de la transidentité m'est venu lors de discussions avec l'un de mes tuteurs de stage. Ces discussions dépassaient bien souvent la réflexion autour des séances que nous menions ensemble. J'ai tout de même souhaité effectuer quelques recherches sur le sujet de la rééducation chez les personnes transgenres et n'ai à ce jour rien trouvé de pertinent. J'ai cependant lu quelques mémoires d'anciens étudiants kinésithérapeutes de France et de Suisse qui s'intéressaient à la rééducation de cette population.

Mes recherches m'ont amené à discuter avec mes amis et mes professeurs pour essayer de m'orienter face à ce sujet dans lequel tout, ou presque, reste à faire. L'intérêt que je porte à la population transgenre, qui m'amenait finalement à me questionner sur l'acceptation de leur corps en changement d'un point de vue à la fois personnel, mais aussi sociétal, et la question d'un changement de pudeur lors de séances de kinésithérapie semblait quelque peu difficile. Il aurait convenu alors de réussir à trouver assez de personnes ayant consulté le kiné avant, pendant et après les changements corporels. Cela n'aurait sûrement concerné qu'une partie de cette population, notamment les femmes transgenres post-chirurgie ainsi que les hommes transgenres post-mastectomie, puisque c'est dans cette mesure que les séances de kinésithérapie sont surtout prescrites à ce jour pour ce groupe de personne.

Enfin, l'une de mes dernières discussions lors d'un TD de recherches m'a amené à revoir le sujet sur lequel je souhaitais travailler. C'est donc de cette manière qu'un nouvel entretien avec un professeur m'a amené à me questionner sur les discriminations en lien avec l'orientation sexuelle et l'identité de genre dans le soin. Il me semble d'ailleurs plus pertinent à explorer, compte-tenu du manque de données sur mon sujet initial. Cette voie me permettra d'aborder dans une partie de mon mémoire les potentielles discriminations en kinésithérapie.

M'étant moi-même senti jugé par un thérapeute du fait de mon homosexualité il y a quelques années, l'enjeu de ce mémoire apporte un côté personnel que je tenterai au maximum de mettre de côté. Ainsi, je me rends compte que d'une première question tournée vers autrui, ma réflexion ainsi que mes nombreuses discussions, m'ont amené à réfléchir à un sujet qui me touche aussi personnellement.

Cela m'amène ainsi à me questionner sur la manière dont les discriminations des patients LGBTQIA+ s'expriment et sont vécues dans les soins. Comment s'expriment et comment sont vécues les discriminations des patients LGBTQIA+ lors des soins ?

1.2 Cadre conceptuel

Dans le cadre de ce mémoire, nous souhaitons donc orienter le travail sur les discriminations des personnes LGBTQIA+ vécues lors de séances de soins médicaux et paramédicaux du point de vue des patients. Les actes de discriminations qui nous intéressent aujourd'hui sont donc ceux faits par les soignants envers les patients.

Nous allons donc voir dans un premier temps ce qui différencie le masseur-kinésithérapeute (MK) des autres soignants, puis nous définirons le soin, nous explorerons la place des patients LGBTQIA+ dans le système de santé dans un troisième temps, et enfin, nous aborderons la question de la discrimination.

1.2.1 Le Masseur-Kinésithérapeute, un soignant différent ?

Le soignant est un professionnel de santé dont l'intérêt est de graviter autour du patient, afin de l'accompagner au mieux dans les besoins inhérents à son état de santé, par le biais de techniques propres à chacun des métiers de la santé. Walter Hesbeen le définit également comme « un professionnel dont l'action est marquée par l'intention de prendre soin des personnes et pas seulement de faire des soins ». (Hesbeen, 1999)

Le masseur-kinésithérapeute est un professionnel de santé. Il est, à l'instar des infirmiers, pour ne citer qu'eux, un paramédical. Ce qui les différencie des médecins, qui eux font partie du corps médical. Il travaille principalement sur prescription médicale. Et tout comme l'ergothérapeute, ou le psychomotricien, il est rééducateur. Il est également prescripteur de dispositifs médicaux, ainsi que de substituts nicotiniques.

C'est le Code de la Santé Publique qui définit la profession de MK par les articles de loi L 4321-1 et les suivants. Ainsi le métier est légalement structuré, mais aussi protégé contre l'exercice illégal du métier. C'est d'ailleurs l'une des missions du Conseil de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, institution qui régit la profession, de vérifier que chaque personne exerçant le métier de MK ait bien reçu un diplôme – qu'il ait été obtenu en France ou dans l'Union Européenne.

Le MK intervient dans divers domaines médicaux, en musculo-squelettique, comme l'orthopédie, ou la traumatologie ; en neuromusculaire, pour les patients atteints de pathologies neurologiques ; et en cardio-respiratoire-tégumentaire-interne, en post chirurgie pulmonaire par exemple. Il est aussi à même de proposer des soins bien-être, de faire de la prévention, et la promotion de la santé. En tout état de cause, il se doit de faire un bilan diagnostic kinésithérapique lorsqu'il reçoit un patient en séance. C'est donc à l'issue du bilan que le thérapeute choisira, en lien avec les objectifs fixés avec le patient, le traitement qu'il jugera le plus adapté. Ce traitement ne peut lui être imposé, quel que soit son lieu d'exercice, car il exerce en indépendance et de manière responsable. La profession permet aujourd'hui également de faire de la recherche dans le domaine de la santé.

Le cursus amenant au titre de masseur-kinésithérapeute diplômé d'état (MKDE) se fait en 5 ans, dont 4 en institut de formation de masso-kinésithérapie (IFMK), public ou privée. L'accès à l'IFMK est déterminé par l'obtention du concours en Parcours Accès Santé Spécifique (PASS), anciennement Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES), ou sur dossier via la première année de licence des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) ou de biologie. En fonction des régions de France métropolitaine, d'autres filières santé peuvent donner accès aux IFMK sous forme de concours.

1.2.2 La bienveillance : un prérequis aux soins ?

La réflexion autour des soins d'un point de vue éthique a beaucoup été étudiée par des penseurs du soin dont certains sont issus de la profession infirmière.

Il nous semble intéressant de comprendre comment les notions de bienveillance et de bientraitance sont apparues dans la réflexion du prendre (en) soin. Le dictionnaire en ligne Le Robert (s.d.) définit ce premier terme comme la « disposition favorable à l'égard de quelqu'un » ; et il définit le second comme le « fait de traiter quelqu'un avec respect et humanité » (s.d.).

La locution latine « Primum non nocere », présente dans le serment d'Hippocrate auquel les médecins sont soumis, profession de laquelle nous, soignants paramédicaux,

sommes les descendants, nous semble être un point de départ qui présente un intérêt. En effet, cette locution qui peut se traduire par « Premièrement, ne pas nuire » semble aller dans le sens d'un soin bénéfique pour le patient.

Marie-André Vigil-Ripoche, à propos du concept de « prendre soin », fait l'état de son apparition en France sur la base des concepts anglo-saxons de « care » et « caring » (2012). Ce concept introduit par Marie-Françoise Collière en 1982 en France, se traduit à la fois en une attitude et en une action. « L'attitude du « prendre soin » fait appel à une responsabilité pleine et entière, empreinte de sollicitude et du souci des autres (aspect éthique du soin). L'action de « prendre soin » relève d'activités multiples sur les « nécessités vitales » et inclut, dans une situation de soins, le discernement de la nature des besoins dans leur analyse, leur compréhension et leur réponse (aspect activité de soin : travail nécessaire à la vie). » (2011)

Jean-Manuel Morvillers, dans un article, ajoute de la profondeur au terme de care en définissant la notion de caring. Ainsi, il nous dit que « s'il y a une dimension personnelle et une sensibilité qui fait émerger une capacité empathique à l'origine du care, se soucier des autres peut devenir le cœur d'une profession, celui (celle) d'infirmier(e). Le care devient alors le caring. Il nous apparaît essentiel alors, que celui-ci soit mis en perspective et reconnu comme une valeur par l'institution. Le caring n'est jamais acquis une fois pour toutes, car il s'exerce dans un environnement qui peut parfois le bousculer et le négliger. Il y a donc toutes une dimension, autant personnelle qu'institutionnelle, à promouvoir pour que le caring puisse garder son humanisme fondamental. ». (2015)

Walter Hesbeen propose une vision du soin dans un espace-temps qui doit permettre la bienveillance. « C'est ainsi qu'aucune technique, si sophistiquée soit-elle, n'empêche de prendre soin de l'être, n'empêche de lui porter une attention bienveillante et bienfaisante, si pas précisément durant l'acte, au moins durant ce qui le précède et durant ce qui le suit. » (2017)

Il distingue de cette manière l'action de soigner au fait de prendre soin, l'un ne devant pas exclure l'autre dans l'idéal. Il faut donc prendre soin quand on soigne, ou soigner quand on prend soin. Et c'est donc quand on prend soin qu'on est dans la bienveillance. « Concernant la distinction entre soigner et prendre soin, nous pouvons observer que c'est de considération dont il est ici question, c'est-à-dire de l'estime que l'on porte à autrui pour l'humanité qui est la sienne, à l'occasion des soins qu'on lui donne, de l'aide qu'on lui apporte. C'est la nature profonde de cette considération qui guide, qui anime la nature même de la relation de soin. Et c'est de la nature profonde de l'estime que l'on a pour autrui que se dégage une authenticité qui imprègne ainsi l'activité quotidienne d'un professionnel. » (Hesbeen, 2017)

Camille Roelens ajoute dans la notion de bienveillance le fait de rendre acteur celui qui est considéré dans une relation bipartite. (2019)

La notion de bientraitance quant à elle serait un tout dans la manière dont on prend en soin. Elle reste cependant peu étudiée, donc difficile à définir. Mais selon Nadia Péoc'h, « la bientraitance s'inscrit dans la quête du sens, dans la vigilance critique intemporelle et dans celle de questionnement qui soumet « les vieilles habitudes », les « on a toujours fait comme ça » et les « vieilles choses » à une interrogation constante de nos croyances, de nos attitudes, de nos comportements, de nos pratiques professionnelles... Nous dirons également que la bientraitance convoque des préalables autour des compétences professionnelles et des pratiques professionnelles, de la déontologie ; de la conscience de l'agir professionnel ; du rapport collégial au sein des équipes pluriprofessionnelles ; du respect de la personne soignée accompagnée... » (2011).

Ainsi, il nous semble que la bienveillance dans les soins est une thérapeutique à part entière que chaque soignant, quel que soit son domaine d'expertise, se doit d'utiliser dans son arsenal thérapeutique et sa pratique doit tendre de cette manière à la bientraitance.

1.2.3 Les patients LGBTQIA+, des patients comme tout le monde ?

La communauté LGBTQIA+ regroupe un ensemble de minorité, notamment les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queers, intersexes ainsi qu'asexuelles dans l'ordre de ce sigle. Le signe « + » du sigle, désignant toute autre minorité sexuelle et de genre. Ce sigle est d'ailleurs plus connu sous la forme abrégée LGBT(+).

Cette communauté est réunie autour de la question de l'orientation sexuelle, mais aussi de l'identité de genre : ces notions se définissent, pour la première comme l'attraction physique, sexuelle et/ou affective envers une personne de sexe identique, différent, ou les deux ; pour l'autre comme une construction sociale de l'identité dite féminine ou masculine, mais il existe d'autre façon d'identifier son genre.

On parlera alors principalement de personnes cisgenres quand on s'identifie dans le genre attribué socialement au sexe de naissance, et de personnes transgenres quand on s'identifie au genre attribué à l'autre sexe. Certaines personnes ne se sentant ni femme, ni homme, peuvent se définir comme non-binaire, ou encore *gender-fluide*, ce qui correspond à des personnes se sentant plus ou moins homme ou femme ou aucun des deux en fonction de situations de la vie courante. Il existe donc tout un nuancier se basant sur cette identification binaire de se sentir femme ou homme pour identifier son genre.

Le terme communauté est défini selon 3 sens majeurs, le premier faisant état de 6 autres sens mineurs, d'après le dictionnaire Le Robert, édition dico en ligne (s.d.). Il est

intéressant de voir que le premier sens mineur donné est « groupe social dont les membres vivent ensemble, ou ont des biens, des intérêts communs », et que nous retrouvons en cinquième sens mineur « ensemble de personnes présentant des points communs » avec comme exemple cité « la communauté LGBT ». Le deuxième sens majeur est défini comme tel : « Etat, caractère de ce qui est commun ». Il y a donc dans ces définitions une notion de partage, de quelque chose qui se vit ensemble, de quelque chose qui fait lien.

Claude Jacquier, à propos de la notion de communauté, nous dit « [qu']une communauté est formée indépendamment de la volonté de ses membres et sans qu'ils décident de leur implication, ce qui la distingue de l'association ou la société. » (Jacquier, 2011) ; et il ajoute « [qu']aujourd'hui, l'usage du mot communauté évoque souvent des collectivités historiques ou culturelles et renvoie aux notions de minorités ou de communautarisme » (2011). Les minorités sont donc tous les groupes de personnes qui échappent à la norme sociale, comme les personnes LGBT faces aux personnes hétérosexuelles et cisgenres ; là où le communautarisme serait « [la] tendance à faire prévaloir les spécificités d'une communauté, des communautés (ethniques, religieuses, culturelles, sociales...) au sein d'un ensemble social plus vaste » si on se base sur la définition que nous en donne le dictionnaire en ligne Le Robert (s.d.). Le dictionnaire Larousse en ligne (s.d.) ajoute le fait que le terme a une connotation péjorative, et le définit comme « [la] tendance d'une minorité à s'isoler du reste de la société et à revendiquer des droits particuliers ».

Jacquier, dans le même article, dit : « Bien évidemment, un groupe humain n'est jamais entièrement une communauté et jamais entièrement une société. À tout moment, on a affaire à une combinatoire des deux et c'est précisément, cette combinatoire qui fait problème pour certains observateurs, d'autant plus s'ils privilégient certains traits de la communauté et s'ils la réduisent à certaines de ses caractéristiques (signes de reconnaissance et d'appartenance) [...] » (2011). L'un ne peut donc pas exister sans l'autre.

Le site internet Sexosafe (s.d.), un dispositif de Santé publique France, a dédié un article sur la communauté homosexuelle. L'article définit la communauté gay comme « un ensemble de personnes qui partagent une même forme de sexualité et qui se regroupent autour [de] ce point commun ». Il précise même « [qu']il est plus juste de parler de « communautés », au pluriel ». Il fait aussi l'état que « [ces] communautés ont servi aux gays à lutter pour leurs droits ou à trouver des espaces où ils pouvaient être eux-mêmes. ». L'article permet de légitimer ces dites communautés que l'on peut retrouver dans le « milieu gay », terme qui permet de désigner les lieux qui accueillent un public LGBT-friendly, c'est-à-dire, des personnes elles-mêmes LGBT, ou des personnes qui les côtoient de manière amicale ou familiale.

Christophe Broqua, quant à lui, questionne l'affirmation de l'existence d'une « communauté homosexuelle » d'un point de vue anthropologique et sociologique dans un article pour la revue *L'Homme et la Société*, mais il dit « [qu']en revanche, elle existe largement dans les discours qui la promeuvent ou la stigmatisent, constituant en eux-mêmes un incontestable objet pour les sciences sociales » (2018). Ce qui sous-entend que la communauté LGBT n'existe que parce qu'elle pose question au reste de la société.

Broqua s'appuie sur les recherches de Stephen O. Murray (1979) qui légitime l'utilisation de la notion de « communauté homosexuelle » par le fait que « l'un des éléments constitutifs de cette « communauté » est le sentiment d'appartenance à un groupe (ou à un « peuple »), dont la principale manifestation serait le désir d'appartenance visible, à savoir le « coming out » ». Le terme « coming out », francisé par « sortir du placard », désigne le fait de s'identifier comme homosexuel devant autrui, et notamment son entourage. Cette identification va de pair avec une urbanisation du milieu gay par des infrastructures comme les « bars gays » (2018).

Le terme de « communauté homosexuelle » s'étend tout d'abord pour inclure les femmes lesbiennes et, toujours dans un même but d'inclusion devient LGBT+, nous dit Broqua. « La construction de la « communauté LGBT+ » (forme nouvelle du sigle permettant de couper court à la prolifération des lettres tout en restant fidèle au principe d'inclusion) repose en premier lieu sur une politique identitaire. ». Cependant, même si l'intérêt de cette politique identitaire est de lutter contre une forme « [d'] « hétérosexualité obligatoire » et [de] conformation aux normes de genre majoritaires », « [l'] hétérogénéité interne [du sigle] s'accompagne en même temps de hiérarchisations implicites et de rapports de pouvoir, régulièrement critiqués » (2018). Nous pouvons donc voir que cette volonté d'inclusion est toujours imparfaite, puisqu'elle soulève toujours d'autres questionnements. La discrimination positive induite par l'inclusion amènerait à de nouvelles formes de discrimination intracommunautaire.

Broqua explicite que c'est dans les années 2000 qu'est né le terme « HSH » désignant les « hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes », traduction du terme issu des pays anglosaxons « MSM » ou « men who have sex with men ». Ce terme a pour vocation d'inclure toutes les personnes, qui ne s'identifient pas comme homosexuelles et qui ne se sentent pas appartenir à la communauté LGBT, pouvant être concernées par la prévention au VIH (virus de l'immunodéficience humaine). La lutte contre le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) a amené à parler d'une « communauté LGBT+ transnationale » (2018). Ces termes nous montrent aussi l'impact toujours présent de l'épidémie de VIH des années 80, alors que ces termes sont nés vingt ans après. Il semblerait donc que le VIH,

véritable question de santé publique mondiale, reste attaché à la communauté homosexuelle masculine, ou des hommes qui ont des pratiques sexuelles entre hommes.

Ainsi, dans son article, Broqua conclut que « la critique du « communautarisme » comme la revendication « communautaire » relèvent d'une fiction politique visant à construire « artificiellement » des populations que l'on prétendra au choix représenter ou combattre ». (2018) Ce qu'il faut comprendre comme le fait que la « communauté LGBTQ+ », qui inclut les « homosexuels et les autres minorités sexuelles et minorités de genre », n'existe que dans l'action de lutte, qu'elle soit en faveur ou en défaveur de cette dite communauté.

1.2.4 La discrimination, ça touche qui ?

Nous nous sommes, dans un premier temps, questionnés sur la distinction entre les termes stéréotypes, préjugés et discriminations, afin de comprendre plus précisément ce que chaque mot permet de définir.

Le stéréotype est défini, dans le dictionnaire Le Robert en ligne (s.d.), comme une « opinion toute faite réduisant les particularités » et s'appuie sur l'exemple des « stéréotypes culturels » qu'il définit comme « préjugés répandus ». Nous sommes donc renvoyés au mot préjugé, qui est lui défini, dans ce même dictionnaire (s.d.), par une « croyance, opinion préconçue souvent imposée par le milieu, l'époque ; parti pris ». Il est donc intéressant, ici, d'observer que le terme de préjugé permet de définir celui de stéréotype.

La psychologie sociale, science de l'étude des individus et des groupes, a tenté à de multiples reprises de définir les préjugés et stéréotypes afin de discerner les subtilités de ses deux termes. Ainsi, Ruth Amossy et Anne Herschberg Pierrot se sont intéressées à ce sujet : « Ainsi le stéréotype apparaît comme une croyance, une opinion, une représentation concernant un groupe et ses membres, alors que le préjugé désigne l'attitude adoptée envers les membres du groupe en question » (2021). En somme, un stéréotype est une idée préconçue, concernant un individu ou un groupe d'individu, pouvant être transmis par le groupe culturel d'appartenance, alors que le préjugé est le comportement à connotation négatif dirigé vers les membres du groupe.

Le terme discrimination dans le dictionnaire Le Robert en ligne (s.d.) est défini, quant à lui, au sens premier comme l'« action de discerner, de distinguer les choses les unes des autres avec précision », et au second sens comme le « fait de séparer un groupe humain des autres en le traitant plus mal ».

C'est d'ailleurs par ce deuxième sens que la législation définit la discrimination par la loi n°2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations (Légifrance, s.d.)

(Annexe I). Elle fixe les critères des situations discriminantes faites en défaveur de personnes présentant des caractéristiques qui témoignent d'un traitement différent par rapport à une autre personne. Ces caractéristiques peuvent-être de plusieurs types comme le fait d'être une femme et/ou d'être enceinte, une personne racisée, une personne en situation de handicap, etc.

Ainsi, légalement parlant, les actes de discriminations sont répréhensibles et il est possible pour tous ceux qui rentrent dans cette définition de porter plainte. D'ailleurs, d'un point de vue pénal, l'acte de discrimination fait encourir entre 3 ans et 5 ans d'emprisonnement et entre 45.000€ et 75.000€ d'amende.

« Néanmoins, on peut supposer que tous les traitements inégaux infligés à autrui ne reflètent pas des discriminations. Dans son ouvrage, Allport (1954) met en garde contre de telles généralisations. [...] On ne peut parler de discrimination que lorsque, par nos initiatives ou nos conduites, des personnes ou des groupes de personnes sont empêchés d'accéder à l'égalité des droits à laquelle ils aspirent. En ce sens, ce qui marque les comportements discriminatoires, c'est l'initiative prise en vue d'exclure ou de traiter inégalement des individus qui appartiennent à des catégories sociales différentes ». (Ndobo, 2010) André Ndobo explique ici, que la discrimination correspondrait donc au passage à l'acte d'un individu ou d'un groupe mettant en péril les droits fondamentaux d'un autre groupe.

Ce même auteur nous amène à comprendre que la discrimination serait la finalité légitime des stéréotypes et préjugés probablement issus d'une forme d'apprentissage et de passation culturelle dans les divers groupes sociaux les amenant à perdurer dans le temps.

« Mais, plus généralement, la notion de discrimination est envisagée dans son rapport avec les notions de préjugé et de stéréotypes qui lui sont associées. Dans ces conditions, on doit considérer que la discrimination n'est pas un comportement isolé. Elle n'est que la simple actualisation d'une attitude négative (préjugé) et des croyances négatives (stéréotypes) que subissent des individus ou des groupes et qui justifient le traitement inégal dont ils sont l'objet. » (Ndobo, 2010) Pour Ndobo, nos termes de départ soit préjugés, stéréotypes et discriminations sont étroitement liés entre eux. Il était donc indispensable de les définir pour discerner les enjeux dégagés par le mot discrimination.

Pour approfondir nos recherches en liant la discrimination et la population LGBTQIA+, nous nous sommes intéressés à la partie « santé » du rapport 2022 de SOS homophobie (2022). Ce rapport souligne les avancées du système de santé en faveur des personnes LGBTQIA+, mais met également en lumière les points négatifs qui nécessitent encore d'être améliorés. Nous pouvons par exemple y lire que certains médecins pathologisent encore l'homosexualité, bien que l'OMS ait rayé l'homosexualité de la liste des maladies mentales le

17 mai 1990 ; ou qu'il a été conseillé à un couple de femme de se diriger en Espagne pour obtenir un don de gamète dans le cadre d'une procréation médicalement assistée (PMA), « le personnel médical [...] soutenant que leur démarche était illégale », « malgré la publication des décrets d'application [de la loi bioéthique du 4 août 2021] ». Ce rapport donne aussi la parole à des personnes LGBT+ dans des témoignages concernant des soins, mais aussi sur des situations de discriminations plus générales.

Il nous a aussi permis de trouver un rapport de Santé Publique France (SPF) sur l'ampleur et l'impact sur la santé des discriminations et violences vécues par les personnes LGBT en France (s.d.). Ce rapport de SPF nous indique qu'« en 2019, 35% des LGBT ont déclaré avoir fait l'expérience d'au moins une forme de discrimination au cours de leur vie en raison de leur orientation sexuelle ou identité de genre » ; « les lesbiennes, les gays et les bisexuel·les sont 2 à 3 fois plus souvent exposé·e·s à des violences psychologiques, verbales, physiques ou sexuelles que les personnes hétérosexuelles ; le phénomène est encore plus fréquent pour les personnes trans » ; « les discriminations et les violences subies ont des répercussions délétères et durables sur la santé des personnes, se traduisant par des indicateurs de santé mentale et de santé sexuelle dégradés, et des phénomènes de renoncements aux soins ». Cependant, « les politiques publiques visant à réduire structurellement les discriminations et les violences à l'encontre des LGBT ont un impact significatif sur la santé mentale et le bien-être de ces populations ». Enfin, « si les constats établis à partir des données françaises sont clairs et concordants avec les données internationales, ils reposent, pour certains d'entre eux, sur des données anciennes et/ou parcellaires qui traduisent un manque de recherches sur ces questions ».

La population LGBTQIA+ est sujette à des discriminations qu'on nomme, dans un terme générique, pour ne pas faire de distinction LGBTphobie. Elle est définie par le site internet questionsexualité supporté par Santé Publique France, comme « le mépris, le rejet ou la haine d'une personne en raison de son orientation sexuelle ou de son identité de genre » (Haine anti-LGBT Ou LGBTPhobie, Que Faut-il Savoir ?, s.d.). Il s'en détache par des spécificités l'homophobie, qui regroupe la lesbophobie et la gayphobie, la biphobie, ainsi que la transphobie qui touche à la fois les personnes transgenres et les personnes intersexes. L'homophobie est définie comme « [le] nom donné à la discrimination (rejet) des personnes homosexuelles ou de l'homosexualité de manière générale ».

Ce même site définit également deux notions intéressantes sur l'hétérosexualité, à savoir : l'hétéronormativité, qui exclue toute orientation sexuelle, autre que l'hétérosexualité, de la norme ; et l'hétérosexisme qui inclue à l'hétéronormativité « les discriminations et les préjugés à l'encontre des personnes LGBT ». Ces notions participent ainsi à l'hétérocentrisme,

c'est-à-dire le fait de penser que l'hétérosexualité est la norme. Elles concourent aussi à la marginalisation, l'exclusion, et l'invisibilisation des personnes LBGT, mais également à laisser penser que l'hétérosexualité est supérieure aux autres orientations sexuelles et ainsi que les personnes trans sont inférieures aux autres. (Haine anti-LGBT Ou LGBTPhobie, Que Faut-il Savoir ?, s.d.).

1.3 Questionnements et hypothèses

Il était important de se questionner, en premier lieu, sur les discriminations lors des soins, à savoir : y-a-t-il des discriminations à l'encontre des patients LGBT+ lors des soins médicaux et paramédicaux ? Et ainsi savoir comment s'expriment et sont vécues ces discriminations lors des soins.

Notre hypothèse générale face à cette problématique est de voir s'il y a des corps de métiers soignants plus discriminants que d'autres. Et à l'inverse, de voir si le métier de MK, de par son objet d'étude qu'est le corps humain, est amené à être moins discriminant. Ainsi que de se rendre compte de ce qui est déjà mis en place ou non pour y pallier.

Après l'exploration de ces différentes notions conceptuelles, qui nous aiderons à mieux comprendre et analyser la suite de ce travail ; nous allons à présent exposer la méthode employée pour le travail empirique.

2. Méthode

Mon idée initiale était de ne travailler qu'avec des données quantitatives sur les résultats d'un questionnaire à destination des patients LGBTQIA+. Après discussion avec ma directrice de mémoire, nous avons pris la décision de cumuler les deux types de données, quantitatives et qualitatives. Ainsi, nous avons également inclus des entretiens auprès de patients LGBT mais aussi avec des kinésithérapeutes.

2.1 Données quantitatives

2.1.1 Justification de la méthode par questionnaire

Dans l'intérêt d'avoir des données statistiques sur lesquelles se baser, nous avons créé un questionnaire qui a été mis en ligne et dont l'accès était public pendant plusieurs mois, pour obtenir un maximum de réponse (le modèle vierge du questionnaire est à retrouver en annexe II). Nous l'avons nommé « Questionnaire portant sur les discriminations des personnes LGBTQIA+ dans les actes de soins médicaux et paramédicaux ». Cette méthode nous permet de mettre en lumière l'existence de discriminations et de comprendre dans quel contexte elles surviennent. A aujourd'hui, nous avons reçu 108 réponses au questionnaire.

Cette méthode, par l'intermédiaire de l'outil internet, nous a permis de toucher un maximum de personnes. Ce questionnaire permet aux répondants de garder l'anonymat s'ils le souhaitent tout en donnant l'accès à des chiffres pour construire l'étude et les recherches.

2.1.2 Méthode de diffusion et récolte des données

L'élaboration du questionnaire s'est faite en janvier 2023. Il est construit en plusieurs parties : la première, dans laquelle nous demandons quelques informations de présentation aux répondants ; cela nous permet d'avoir des informations concrètes sur les répondants et nous permet pour l'analyse de pouvoir les catégoriser. La deuxième concerne la santé et la représentation des personnes LGBTQIA+ dans le soin ; ainsi, nous avons une vision globale sur la représentation de la santé par les répondants, mais nous récoltons également les ressentis que les personnes LGBTQIA+ ont sur les principales discriminations dans le système de santé. La troisième les questionne sur la kinésithérapie ; elle nous permet de connaître leur représentation du métier de masseur-kinésithérapeute, cette partie reprend la plupart des questions sur la santé globale, mais ciblée à la kinésithérapie. La quatrième et dernière partie dans laquelle nous demandons si les répondants veulent être recontactés pour un éventuel entretien ; de cette manière, nous avons pu mettre en place notre procédé de recrutement pour les entretiens avec les patients. Dans une volonté de toucher un maximum de personne, le questionnaire a été rédigé en écriture inclusive.

Nous l'avons créé sur la plateforme de Google sous format gform pour plus de facilité de partage. Après plusieurs relectures et suite à sa validation, nous l'avons d'abord partagé à quelques amis proches pour avoir des retours sur la compréhension et l'interprétation des questions dans le but de le perfectionner avant de le partager via les réseaux sociaux, Instagram notamment. Nous nous sommes permis d'utiliser un réseau d'ami de la communauté LGBTQIA+ présent sur ce réseau social pour diffuser au mieux le questionnaire.

L'extraction des données a une nouvelle fois été facilitée par la plateforme puisqu'elle nous a permis de créer un tableur Excel incluant toutes les données. Ce tableur nous permettant de mettre des filtres pour choisir les réponses aux questions à choix multiples, il nous a notamment facilité le repérage des personnes à recontacter pour effectuer les entretiens.

Nous avons donc fixé une date dans le courant du mois d'avril 2023 pour arrêter la diffusion du questionnaire et ainsi commencer l'analyse de ce dernier.

En plus de me permettre l'accès à des données statistiques, ce questionnaire nous a permis de prendre contact avec des personnes ayant été discriminées pour faire un entretien et obtenir des données qualitatives. Ainsi, l'analyse des réponses au questionnaire nous a également permis de cibler des questions plus pertinentes et également de creuser les questions présentes dans ce questionnaire lors des entretiens.

2.2 Données qualitatives

2.2.1 Les intérêts des entretiens

La littérature en sciences humaines et sociales concernant les patients LGBTQIA+ et notamment les discriminations qu'ils subissent dans le milieu de la santé étant limitée, il nous a semblé intéressant lors des réflexions initiales sur notre sujet de mémoire de creuser nos recherches des données qualitatives grâce aux entretiens semi-directifs. C'est de cette manière que nous avons créé des guides d'entretien à destination des patients mais aussi à destination de MK pour recueillir leur vision face aux discriminations de cette population.

Pour des raisons d'anonymat et de respect des règles RGPD, nous avons pris soin de changer les prénoms des interviewés. Pour ce faire, nous avons proposé à chacun d'entre eux de choisir le prénom d'anonymat que nous allons utiliser à l'issu de nos entretiens.

2.2.2 Critères d'inclusion et critères d'exclusion

Afin de sélectionner des candidats pour les entretiens, nous avons donc utilisé le questionnaire précité. Pour avoir matière à travailler, nous comptons prendre contact avec quatre personnes ayant été discriminées lors d'un soin pour leur appartenance à la

communauté LGBTQIA+. Ainsi, seuls les répondants ayant subi des discriminations dans le domaine de la santé et ayant été en séance de kinésithérapie durant les 2 dernières années ont été contactés pour faire un entretien.

Seuls 11 répondants étaient éligibles aux critères d'inclusion à un entretien en ayant répondu qu'ils acceptaient d'être recontactés. De ce fait, 97 personnes ayant répondu au questionnaire ont été exclues pour les entretiens.

Notre volonté étant de réaliser 4 entretiens « patients », nous avons donc pris contact avec quatre d'entre eux, deux hommes cisgenre homosexuels, une femme transgenre lesbienne, ainsi qu'un homme transgenre hétérosexuel. Ce choix de patients nous permet donc de représenter les quatre principales lettres du sigle LGBT+.

En ce qui concerne, les critères d'inclusion des entretiens avec les masseurs-kinésithérapeutes, seul le fait d'avoir obtenu le diplôme d'état nous importait. L'idée était de recueillir leur expérience sur la question des discriminations.

2.2.3 Entretiens patients

Après plusieurs prises de contact, seuls les deux patients cisgenres et homosexuels ont vraiment donné suite pour faire l'entretien. Ainsi, lors des rendez-vous que nous avons faits avec ces deux patients, nous nous sommes retrouvés chez eux pour être dans un espace de l'intime et qu'ils puissent se libérer plus facilement (un tableau récapitulatif est présent à la fin de l'annexe III). Lors de ces entretiens, j'ai préalablement présenté brièvement le déroulé de l'entretien, la durée prévue, et les sujets abordés. Je leur ai également annoncé que je leur demanderai oralement leur consentement pour l'enregistrement. J'ai donc eu pour chacun leur accord avant de commencer ce dernier puis à nouveau en début d'enregistrement. En agissant de cette manière, je ne les prenais pas au dépourvu, et ainsi, j'aurais pu, si un désaccord était intervenu, prendre des notes des entretiens.

La préparation du guide d'entretien a quant à lui suivi un plan similaire à celui du questionnaire (le guide exploratoire des entretiens patients est à retrouver en Annexe III). Celui-ci débute par une présentation personnelle pour mettre l'interviewé à l'aise. Il se poursuit en demandant une présentation de l'interviewé. Pour mieux comprendre le contexte du participant, le guide propose une partie sur la santé de manière globale, vient ensuite une partie spécifique sur la kinésithérapie pour en connaître leur définition du métier en tant que patient. Nous leur demandons qu'ils explicitent leur rapport à leur corps, puis de nous en dire davantage sur ce qu'ils attendent comme écoute du soignant qu'ils consultent, avant, enfin, de les questionner sur la discrimination et notamment de nous raconter la, ou les situations de soins discriminantes qu'ils ont subies.

2.2.4 Entretiens Masseurs-kinésithérapeutes

L'apport de la vision des MK dans ce mémoire face à la question de la discrimination nous a semblé également important, l'idée étant aussi de mettre en miroir les réponses de chacun pour tenter de comprendre comment des situations discriminantes peuvent se produire.

Ainsi, nous comptons faire des entretiens avec trois masseurs-kinésithérapeutes, l'un d'eux faisant partie d'une association de lutte contre les LGBTphobie, ainsi que d'autres masseurs-kinésithérapeutes, dans un service de réassignation de genre ; et un masso-kinésithérapeute spécialisé dans le sport. L'idée initiale du kinésithérapeute spécialisé dans la prise en soin de sportif était de comparer sa vision du corps avec celle des autres MK précédemment interrogés.

Tout comme pour le guide d'entretien patient, celui à destination des Masseurs-Kinésithérapeutes Diplômés d'État est construit suivant plusieurs parties (le guide exploratoire des entretiens MKDE est à retrouver en annexe IV). Une première dans laquelle je me présente pour que chacun se sente à l'aise, et permettre un discours plus libre de l'interviewé. Après m'être renseigné sur le parcours universitaire et professionnel, je me penche sur leur situation actuelle. Je les questionne sur leur métier ainsi que sur le système de santé, et je m'intéresse à leur patientèle, leur manière d'écouter le patient et ce qu'ils peuvent mettre en place pour que les patients se sentent à l'aise lors de la séance. A cela s'ajoute une partie sur la représentation du corps en général, ainsi que de leur propre corps, et enfin j'amorce la question de la discrimination par les soignants de manière générale puis spécifique de la population ciblée en y insérant des éléments de réponses du questionnaire.

Nous n'avons pu faire que deux entretiens sur les trois prévus (un tableau récapitulatif se trouve à la fin de l'annexe IV). Nous avons perdu beaucoup de temps à tenter de trouver la manière de prendre contact et le temps de retranscription d'un entretien pour l'analyse étant long, nous avons décidé de nous arrêter à deux entretiens avec les MKDE.

2.2.5 Contexte social des relations d'enquête et recueil de données

Chacun des entretiens m'a apporté une vision personnelle face à la question des discriminations des patients LGBTQIA+ dans les soins.

Les expériences de vie étant différentes d'une personne à l'autre, la parole de chacun sur ces expériences était enrichissante pour ce travail et nous a permis de faire évoluer notre réflexion. Le fait que les entretiens avec les patients se soient déroulés chez eux leur a permis de se sentir libéré dans ce qu'ils exprimaient bien qu'ils étaient enregistrés.

Charles est le premier patient témoin. Il est un homme homosexuel, d'une trentaine d'année. Il a contribué à ce travail en nous livrant son point de vue sur le système de santé en France, la manière dont il se sent en confiance lors des soins et en nous partageant ses expériences en kinésithérapie, et également les actes de discrimination qu'il a subis.

Quentin est, lui, le second. Il est également un homme homosexuel, plus jeune que Charles. Il a contribué à ce travail en nous livrant son point de vue sur les mêmes thématiques, avec un avis qui nous a semblé un peu plus politique.

Pour ce qui est des MK, nous avons donc pris contact avec le MK impliqué dans l'association de lutte contre les LGBTphobie par l'intermédiaire d'Instagram ayant croisé une de ces publications sur ce réseau social. Ayant accepté de participer à un entretien, celui-ci s'est déroulé chez lui lors d'un jour de repos. Celui avec la MK exerçant dans un service de réassignation de genre s'est fait au sein de son service de l'hôpital dans lequel elle travaille. Nous avons eu son contact par l'intermédiaire d'un ancien responsable pédagogique de l'ISTR qui nous a autorisé à la contacter en son nom. En ce qui concerne l'enregistrement des entretiens, nous avons procédé de la même façon que pour les patients, en commençant hors enregistrement par une présentation brève du sujet, puis en demandant l'accord pour enregistrer. De la même manière que pour les patients, si l'un des deux nous avait refusé l'enregistrement, nous aurions pu réajuster l'entretien en prenant des notes de celui-ci.

Antoine est le premier masseur-kinésithérapeute à avoir fait l'entretien. Il a non seulement contribué à ce travail, mais il m'a personnellement permis de prendre confiance en moi dans la conduite des différents entretiens. Son adhésion à l'association de lutte contre les LGBTphobie est une force dans la vision qu'il dévoile de la santé en France métropolitaine, et notamment sur la question des discriminations des patients LGBT+.

Gwenaëlle est, quant à elle, la seconde MK à avoir accepté de participer au jeu de l'entretien. Elle nous a ainsi permis de récolter sa vision sur la discrimination des patients LGBTQIA+, notamment sur celle des patients transgenres qu'elle reçoit dans son service hospitalier. Sa participation nous a permis d'avoir accès à une voix féminine.

Enfin, ce travail, sur le terrain, avec les patients et les masseurs-kinésithérapeutes, était humainement parlant très enrichissant. Il m'a permis de découvrir une autre manière d'écouter autrui, et de potentiellement pouvoir réutiliser cette écoute, notamment lors des bilans que j'aurai à pratiquer une fois que je serai diplômé, par l'intermédiaire de relances grâce à des reformulations.

3. Étude empirique

Toutes les données empiriques de ce mémoire de fin d'études sont analysées par thématiques. Ainsi, il est plus aisé de lier les données entre elles.

3.1 Questionnaire

3.1.1 Des répondants majoritairement de genre masculin, homosexuels et entre 26 et 45 ans.

Les cinq premières questions de notre questionnaire nous permettent de situer socialement les répondants.

La première question de notre questionnaire était une question ouverte dans laquelle nous demandions aux répondants un prénom. Elle a pour intérêt d'humaniser les réponses tout en sachant que chacun a pu mettre le prénom de son choix ; et elle peut être mise en lien avec la question 3 (figure 1) qui leur demande leurs pronoms d'usage.

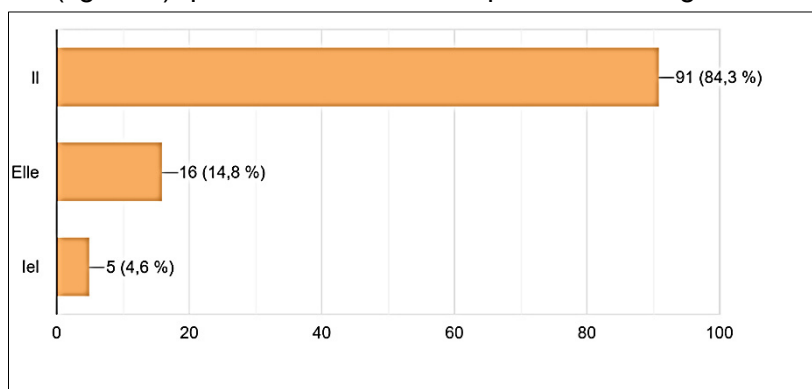


Figure 1 : Pronoms utilisés par les répondant·e·s

Ici, la majorité des répondants avec 84,3 % utilisent le pronom « il ».

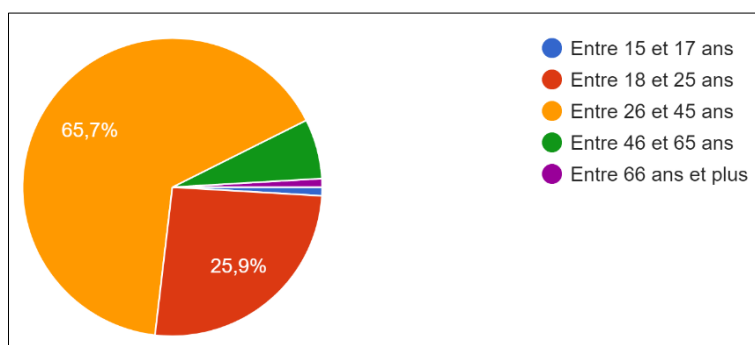


Figure 2 : Répartition en classe d'âge des répondant·e·s

La deuxième question (figure 2) nous permet de voir la représentation des classes d'âge que nous avons créée à cette occasion. Les 26-45 ans arrivent en première position et ils représentent 65,7 % des répondants ; ils sont suivis des 18-25 ans avec 25,9 %, puis des 46-65 ans avec 6,5 %.

Pour rappel, le questionnaire est à destination des personnes LGBT. Nous avons créé la question 4 de sorte qu'il n'y ait pas d'interprétation d'appartenance à la communauté LGBT, car pour certaines personnes qui sont LGBT, ils ne s'identifient pas au côté communautaire (voir, dans le cadre conceptuel, la question de communauté en supra 1.2.3). De cette manière, seules les personnes non-LGBT devaient répondre « non » à la question. Ainsi, toute personne n'étant pas une personne LGBT, mais qui avait commencé à y répondre, était amenée à un message de remerciements différents de celui final. Ce message leur expliquait que, ne faisant pas partie de la population d'intérêt pour ce mémoire, leur réponse ne serait pas comptabilisée dans les données et que le questionnaire s'arrêtait à ce niveau pour eux. Le questionnaire passe donc de 108 répondants à 102 à partir de la question 4.

Il nous a ensuite semblé important de voir qu'elle était l'orientation sexuelle et l'identité de genre de nos répondants (question 5). La majorité d'entre eux se définissent gay, ils représentent 65,7 % des répondants, contre 3,9 % de personnes lesbiennes, 15,7 % de bisexuels, et 22 % de personnes transgenres. Trois personnes se définissent hétérosexuelles, cinq comme pansexuelles ; et les catégories intersexuelle, omnisexuelle, queer, ainsi que polyamoureux représentent 1 réponse chacune.

Soit, sur 102 répondants, nous obtenons 121 réponses. Ce nombre de réponses est cohérent du fait qu'être une personne transgenre ne répond pas à une orientation sexuelle. C'est d'ailleurs pour cela que l'on retrouve la catégorie hétérosexuelle dans les réponses, être une personne transgenre et hétérosexuelle ne supprime pas le fait d'être identifiée comme une personne LGBT+. Ainsi, les répondants avaient la possibilité de cocher plusieurs cases. Cette question ayant été modifiée – bien qu'assez tôt au début de sa diffusion – après avis d'une personne transgenre, il se pourrait qu'elle n'ait pas permis à certains répondants de sélectionner toutes les propositions de réponses qu'ils auraient espérées.

A cet instant, la question se pose de savoir si l'étude des discriminations des patients LGBT+ intéresse principalement les hommes transgenres et les hommes homosexuels, ou si cela est dû à un défaut de diffusion du questionnaire par le biais d'amis hommes et eux-mêmes homosexuels. Le fait que la grande majorité des répondants soit issue des classes d'âge 18-25 ans et 26-45 ans est probablement en lien avec le réseau social que nous avons utilisé pour la diffusion du questionnaire.

Il faut donc avoir à l'esprit ces détails pour la suite de l'analyse.

3.1.2 Une confiance envers le soignant fluctuante

La deuxième partie qui s'articule autour de la santé et la représentation LGBT+ contient 15 questions au total. Cependant, certaines questions n'intéressent pas tous les répondants et dépendent donc des choix faits aux questions qui les précèdent.

Pour la question 6 qui interroge sur le sentiment de confiance lors de la consultation d'un thérapeute, sur les 102 répondants, 53,9 % disent que leur sentiment de confiance dans un soin dépend du thérapeute qu'ils consultent. 44,1 % se disent en confiance, et seuls 2 % ne se sentent pas du tout en confiance lors d'un soin.

Le fait que 55,9 % (soit 53,9 % + 2 %) des répondants ne se sentent pas en confiance, ou qu'il soit fonction du thérapeute qu'ils consultent, montre un réel problème, et peut montrer un fossé dans les soins.

La question 7 porte sur la considération des patients LGBT. La majorité des répondants (42,2 %) pensent que les personnes LGBTQIA+ ne sont pas bien considérées dans le monde de la santé ; 30,4 % des répondants pensent au contraire qu'elles sont bien considérées, et les autres (27,5 %) ne savent pas.

Sur 102 répondants, 84,3 % soit 86 personnes pensent qu'il existe des discriminations faites aux personnes LGBTQIA+ dans le cadre de consultations médicales et/ou paramédicales (question 8). Les autres, 15,7 %, soit 16 personnes, pensent au contraire qu'il n'en existe pas.

42 répondants estiment qu'il existe un problème de représentation et de discrimination des patients LGBT, ce qui pourrait créer ce manque de confiance envers les soignants. Ce chiffre est composé des répondants ayant affirmé que les personnes LGBTQIA+ n'étaient pas bien considérées dans le monde de la santé et qui ont également affirmé que des discriminations existent à l'encontre des personnes LGBT+.

Ainsi, on voit que pour les répondants, la question de la confiance dans les soins peut être impactée par leurs représentations du monde médical et/ou paramédical. Si l'on prend en compte le manque de considération des personnes LGBTQIA+ dans le monde de la santé, projetée par 42,2 % des répondants, ainsi que les discriminations faites aux personnes LGBTQIA+ dans le cadre de consultations médicales/paramédicales, anticipées par écrasante majorité (84,3 %), on comprend que leur représentation du monde de la santé est relativement négative.

3.1.3 La LGBTphobie présente lors des soins ?

La question 9 est réservée aux personnes ayant répondu qu'ils pensent qu'il existe des discriminations faites aux personnes LGBTQIA+. Ainsi, la question propose une réponse ouverte sur les discriminations généralement faites aux patients LGBTQIA+. Dans les réponses des 86 répondants, soit 84,3 % de l'échantillon, il revient à plusieurs reprises les mots suivants : « stéréotypes », « clichés », « préjugés », « jugements », « remarques déplacées et questions indiscretes », « méfiance et peur des IST de la part des soignants », « difficultés de prise en soin des personnes transgenres », « mégenrage », « homophobie », « transphobie », « LGBTphobie », « stigmatisation », « pervers », « malveillance », « discours moralisateurs », « méconnaissance du monde LGBTQIA+ », « refus de prise en soin ».

Il semble donc, d'après ces réponses, que la discrimination des patients LGBT+ existe belle et bien.

3.1.4 Se renseigner auprès des autres pour se sentir plus safe

En ce qui concerne la question 10, il nous était évident de demander aux répondants s'ils se renseignaient auprès de leur entourage avant de consulter un professionnel de santé. 62,7 % soit 64 répondants ne demandent pas de conseil à leur entourage de la communauté LGBTQIA+ avant de consulter un thérapeute. Seuls 37,3 % soit 38 personnes le font.

Ayant connaissance de l'existence de safe list, anglicisme désignant un répertoire d'adresse, pour les personnes ayant besoin de consulter un gynécologue qui leur assure une prise en soin adaptée et bienveillante. Nous nous sommes posés la question de l'existence d'un répertoire à destination des personnes LGBTQIA+. La seule dont nous avons connaissance ne nous a pas permis d'avoir une liste de noms précis dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Nous pouvons la retrouver sur le site internet Médecin Gay-friendly LGBT (s.d.). Il nous a semblé nécessaire de demander sur le questionnaire si les répondants avaient connaissance de l'existence de safe list leur étant dédiée (question 11). Ainsi, seuls 15,7 %, soit 16 répondants disent en connaître l'existence.

Nous leur avons donc demandé de nous citer les noms des safe lists dont ils avaient connaissance (question 12). Fransgenre, BDD Trans sont les deux qui reviennent le plus. Et il semble qu'aucune safe list LGBT+, incluant toutes les personnes du sigle, ne soit connue pour tous les répondants.

Sur ces mêmes personnes, seulement 5 personnes sur les 16 répondants à la question précédente, indiquent avoir consulté des thérapeutes recommandés par une Safe List LGBTQIA+ (question 13).

Il paraît ici intéressant d'analyser que même si les patients LGBT+ ne se sentent pas toujours à l'aise lors de soins, tous ne font pas la démarche de se renseigner avant de consulter.

Peut-être aurions-nous dû, pour mieux comprendre cette donnée, formuler une question pour connaître les attentes de chacun dans leur recherche d'un thérapeute ? A savoir, quel est mon rapport à la santé ? Quels moyens je mets en place pour choisir mon thérapeute ? Quel est son niveau de compétence dans le domaine pour lequel je consulte ? Est-il géographiquement proche de moi ? Avant de penser au fait que le soignant va me discriminer pour mon affiliation à la communauté LGBT+.

3.1.5 Un tiers des répondants discriminés par un soignant en France métropolitaine du fait de son orientation sexuelle ou de son identité de genre

La question 14 concerne à nouveau tous les répondants LGBTQIA+, et demande s'ils se sont déjà sentis discriminés lors d'une séance de soin. Plus d'un tiers des répondants, soit 40 personnes, disent s'être sentis discriminés personnellement lors d'une séance de soin.

Ce chiffre, qui représente 1 personne sur 3 à l'échelle du questionnaire, indique qu'il peut s'agir d'un véritable problème de santé publique.

Pour ces 40 personnes ayant été discriminées, nous leur demandons dans la question suivante (question 15), quelle était la spécialité du thérapeute en question. Et dans 45 % des cas, soit pour 18 des répondants la discrimination a été faite par un médecin spécialiste. Pour 14 des répondants, soit 35 %, c'est le médecin généraliste qui les a discriminés. Le métier d'infirmière revient pour 27,5 %, soit 11 des répondants, s'en suit la profession de psychologue dans 12,5 %, soit 5 réponses ; et les pharmaciens pour 2 personnes. Il a été cité différentes spécialités de médecine, comme urgentiste, médecin du travail, psychiatre, radiologue, endocrinologue. Chacun des répondants avaient la possibilité de mettre plusieurs réponses, c'est pourquoi nous retrouvons des statistiques supérieures à 100 %.

Dans le cas des personnes discriminées et ayant répondu à ce questionnaire, il s'avère que la profession médicale semble être la plus discriminante. A l'échelle de notre questionnaire, elle représente 64 % (résultat du produit en croix de 80 sur 125 pour revenir sur 100 %).

La réponse de secrétaire médicale ne sera pas prise en compte car ne répond pas à la définition de thérapeute.

Il est à noter que dans le questionnaire la réponse de kinésithérapeute n'a pas été sélectionnée.

Pour 35 des 40 répondants, les thérapeutes discriminants connaissaient l'appartenance de la personne à la communauté LGBTQIA+. Cette réponse à la question 16 était nécessaire pour établir un lien entre la discrimination vécue et la cause.

Il était nécessaire par la question 17 de savoir aussi si le thérapeute était un soignant habituel, et pour 11 des répondants, c'était effectivement le cas. Pour les 29 autres répondants, il s'agissait donc d'une première consultation.

Nous avons donc demandé à ces mêmes personnes de nous raconter en quelques mots l'acte de discrimination (question 18). Ainsi, pour beaucoup des témoignages, les discriminations vécues s'apparentent essentiellement à de la stigmatisation, des jugements moraux, de l'homophobie, de la transphobie.

Etant donné que notre questionnaire allait être diffusé en ligne, et ce même s'il n'a été rédigé qu'en français, nous avons tenu à savoir si l'acte de discrimination s'était déroulé sur le territoire métropolitain (question 19). De cette manière, seulement pour 3 des répondants, l'acte de discrimination ne s'est pas déroulé en France métropolitaine.

3.1.6 Et si les soignants étaient plus bienveillants, cela réglerait-il le problème ?

Enfin à la dernière question de cette partie sur la santé en général (question 20) qui demandait de choisir parmi une série de proposition – « être à l'écoute », « être bienveillant·e », « être doux·ce », « être sûr·e de soi », « être honnête », « être respectueux·se » ou « octroyer les meilleurs soins » – l'atout principal d'un soignant ; c'est le fait d'être bienveillant qui est revenu à 50%.

Pour la majorité de nos répondants, il y a donc une attente de bienveillance dans les soins qu'ils reçoivent.

3.1.7 Le MK un soignant bienveillant qui donne confiance

La troisième partie du questionnaire se concentre sur l'expérience que les répondants ont avec les masso-kinésithérapeutes. Il était important de cibler une partie du questionnaire sur la profession pour laquelle nous effectuons ce mémoire. De même, elle nous permet d'exclure pour les entretiens les personnes qui auront été discriminées, mais qui n'auront jamais fait de kinésithérapie. C'est donc en ce sens que la question 21 leur est adressée, pour savoir s'ils ont déjà été en séance de MK, et 1/3 ne l'a jamais été.

Pour des raisons d'inclusion pour les entretiens, la question 22 permet de ne garder que les personnes ayant eu leur dernière séance de kinésithérapie il y a moins de deux ans. C'est le cas pour 61,8 % des 68 répondants à la question, soit 42 personnes au total.

Pour faire un parallèle entre le soin en général et la kinésithérapie, il était nécessaire de poser des questions auxquelles ils avaient déjà répondu, mais spécifiques à la discipline. Ainsi, 63 personnes sur les 68 se sont senties en confiance lors de la consultation en kinésithérapie (question 23), contre 4 qui ne l'étaient pas tout le temps et 1 pas du tout.

Ces réponses nous montrent que, bien que le masseur-kinésithérapeute n'ait pas été cité dans les thérapeutes discriminants, le sentiment de confiance dans les soins n'est pas toujours de mise avec tous les patients.

La question 24 leur permet, de manière libre, de me raconter ce qui leur a procuré un sentiment de confiance ou non ; ainsi, les répondants semblent quasiment unanimes sur le fait que les kinésithérapeutes sont à l'écoute et bienveillants. Seules 3 réponses sur 59 paraissent ne pas aller dans ce sens.

La question 25 concerne à nouveau tous les répondants LGBTQIA+, ainsi, nous leur demandons leur définition en quelques mots du métier de masseur-kinésithérapeute, qu'ils soient déjà allés en séance ou non. L'idée générale du métier que nous retenons des différentes réponses est que c'est un thérapeute centré sur le corps et qui est à l'écoute.

Enfin, pour finaliser cette troisième partie, nous leur demandons parmi un choix de réponse, comme pour les soignants en général, quel devrait être l'atout principal d'un MK (question 26). Cette fois-ci, « être bienveillant·e » reste l'atout principal d'après les 102 réponses, mais à 32,4 %. Le fait « d'octroyer les meilleurs soins » arrive en deuxième position avec 26,5 % des voix, suivi par « être à l'écoute » et « être doux·ce », avec 14,7 % et 11,8 % respectivement. La bienveillance dans les soins attendue par les MK n'est pas un atout exclusif à la profession, c'est une attente générale envers les professionnels de santé, comme vu au 3.1.6.

Enfin, la dernière partie se consacre à un accord préalable pour faire un entretien avec ceux désirant aller plus loin dans l'élaboration de ce mémoire. Sur les 102 répondants, 44 personnes sont d'accord pour être recontactées et nous ont ainsi laissé des coordonnées.

Il leur a été possible, dans une ultime question, de me laisser une remarque ou un commentaire sur le questionnaire, seules 7 personnes l'ont fait.

Ainsi, l'analyse du questionnaire, permet d'émettre l'hypothèse que le MK est un soignant bienveillant, à l'écoute du patient et qui ne serait pas particulièrement discriminant d'après notre échantillon. Il faut quand même prendre en considération que seulement 102 personnes ont répondu à ce questionnaire, ce qui, au regard de la population LGBT+ en France, ne représente qu'un faible échantillon de cette population. En effet, selon l'étude

LGBT+ PRIDE 2023 d'Ipsos (2023), 10% des Français s'identifient comme LGBT+, ce qui représenterait environ 6 800 000 personnes.

3.2 Paroles de patients

L'une des ambitions de ce travail de fin d'étude étant de pouvoir donner la parole aux patients et recenser les problématiques principalement rencontrées dans les soins, nous allons analyser les entretiens de ces derniers pour en ressortir leurs visions face à nombre de questions que nous leur avons posé. Les transcrits des entretiens avec Charles et Quentin sont à retrouver en annexe V et VI.

Nous retrouvons donc Charles, un homme cisgenre de 34 ans, homosexuel, et ingénieur en chimie ; ainsi que Quentin, un homme cisgenre de 27 ans, homosexuel, et responsable des achats dans deux restaurants. Tous les deux ont eu diverses expériences dans le domaine de la santé, dont certaines en séance de rééducation avec des MK. Chacun d'eux nous livre dans l'entretien leur vision sur le système de santé, nous parlent de la question de la confiance envers le soignant, la manière dont ils prennent rendez-vous avec un soignant. Ils nous donnent également leur définition du métier de masseur-kinésithérapeute, nous parlent de la représentation de leur corps, et expriment leur ressenti face à ce que le soignant a besoin de savoir sur eux. Ils s'expriment aussi au sujet de la discrimination et notamment par l'intermédiaire de ce qu'ils ont eux-mêmes vécu. Enfin, ils émettent des hypothèses qui expliqueraient pourquoi la population LGBT+ subit des discriminations lors de soins.

3.2.1 Les impacts des imperfections du système de santé sur les patients

Il nous a semblé important, pour comprendre le ressenti des patients face aux discriminations LGBT+, de connaître leurs représentations du milieu de la santé en tant qu'utilisateur. Ils répondent donc aux questions ciblées sur le système de santé en qualité de patient.

Pour Charles, le patient doit être acteur, voire un peu instruit, pour être soigné au mieux. Et il pense que les soins peuvent être différents d'un patient à l'autre, en fonction du lieu où on est soigné.

« En fait, il faut que tu sois vachement acteur, enfin, il faut que tu sois conscient et aussi euh acteur, ouais et moteur dans la manière dont tu vas être soigné. Enfin, il faut que tu puisses t'instruire un petit peu et que tu fasses attention, parce que le risque est quand même qu'on te soigne pas forcément du mieux que c'est possible. »

Quentin, quant à lui, souligne une dégradation de la qualité des soins due aux politiques publiques françaises. Bien que les soins soient accessibles à tous, un avantage du système français, selon lui, il note de longs délais d'accès aux soins. Il cherche également à apporter

des solutions aux problèmes qu'il perçoit : un manque de formation, des disparités régionales, qui pourraient être compensées par des politiques d'attraction du personnel médical.

« Si ! L'argent. Ça, c'est toujours un problème que tout le monde a, donc euh... voilà. Mais oui. Après, je ne suis pas du milieu, donc voilà, mais euh... ouais. Nan. Une meilleure revalorisation, je pense, des postes, que ce soit soignants, infirmiers, médecins... pas spécialement, ils sont déjà bien payés, fin pour certains, mais voilà. Revaloriser cette catégorie de travail. »

Enfin, il éclaire son point de vue d'une expérience personnelle, considérant que lorsque les soignants sont en désaccord sur l'évolution de la prise en soin d'un patient, c'est le patient lui-même, au centre du désaccord, qui subit.

Tous les deux semblent conscients que le système de santé tel qu'il est conçu permet aux patients d'avoir accès à tous les soins nécessaires, mais qu'il existe cependant, en fonction du lieu où nous nous trouvons, des disparités. Ils font donc le constat des imperfections qu'ils ont pu rencontrer ou dont ils ont entendu parler.

3.2.2 La confiance envers le soignant : un prérequis au soin ?

Est-ce que c'est en répondant aux attentes des patients que le soignant donne confiance ? Ou au contraire, est-ce la relation de confiance instaurée par le professionnel qui crée des attentes particulières de la part du patient ?

Lorsque Charles se rend à un rendez-vous médical ou paramédical, il se sent en confiance dans un premier temps. Il est de ceux qui écoutent le soignant comme étant le sachant. Cependant, il n'hésite pas à devenir acteur a posteriori. Face au professionnel de santé, il ne remet pas en question ce qu'il dit, mais n'hésite pas à devenir proactif en dehors du cabinet et à demander un deuxième avis si la première solution proposée lui pose question. La nécessité du deuxième avis dépend, pour lui, de l'impact de l'intervention proposée.

« Tu es là pour écouter le professionnel de santé qui est sachant, que tu vas consulter pour le croire. Mais c'est plus en dehors du cabinet de ce dit professionnel que l'acte réellement de proactivité de comment est-ce que tu gères ta santé, de comment est-ce que tu... tu... conduis ou mènes, intervies... mais euh... mais face au professionnel de santé, tu vas pas remettre en question ce qu'il te dit sur le moment.

[...]. Ce qui m'a alerté, c'est que ça avait l'air hyper invasif, le truc qu'il me proposait de faire. [...]. J'avais pas l'impression qu'il y avait vraiment un problème non plus, c'était plus pour l'aspect euh potentielle dégradation de de de mon intégrité physique de ma bouche, quoi. (rires) »

Il y a aussi la notion de fréquence des soins qui impacte la relation de confiance de Charles avec son soignant.

« J'ai été très marqué par le kiné que j'ai eu après toute cette euh toute cette affaire en fait, parce que j'ai... ça a été... ça a été mon meilleur pote, on se voyait quotidiennement pendant... enfin pas quotidiennement, mais genre trois fois par semaine pendant peut-être 6 mois, 9 mois après l'accident quoi. Donc, ça a été une relation forte. »

Pour Quentin, lorsqu'il consulte un soignant, c'est qu'il a un besoin, des attentes de résultats et de solutions. Il n'a pas une confiance totale, et pourtant il n'a pas d'a priori non plus. Pour lui, la première séance avec un soignant permet de se rencontrer et de se faire un avis. Ainsi, si les solutions proposées n'ont, pour lui, aucune utilité, alors il ne continuera pas le suivi. Il y a, chez Quentin, une envie de comprendre ce qui lui arrive, d'avoir des réponses claires de la part des soignants qu'il rencontre sur le problème qui l'amène à consulter.

« Je n'ai pas de ressenti particulier. Tant qu'il arrive à me soigner à la fin. Ça me va, quoi. [...] Après si, il n'a pas forcément de solutions à mon problème. Bah, c'est plus de la perte de temps qu'autre chose, quoi. »

[...]. Après, si, oui, clairement, si ça ne va pas avec elle. Que les solutions qu'elle propose. Bah, à la fin, ça ne sert à rien. Bah... Je ne vais pas forcément la recontacter pour aller la revoir, quoi. »

Ces deux avis sur la question de la confiance envers le soignant montrent que les attentes ont un réel impact à court et long terme dans la prise en soin.

3.2.3 Trouver le « bon » soignant

En ce qui concerne le fait de trouver le soignant qui va les prendre en soin, Charles et Quentin sont unanimes sur le sujet. Tous deux utilisent la plateforme Doctolib, ainsi que les recommandations de proches ou de la famille. Lors de leurs recherches, il y a avant tout une question de disponibilité et de proximité géographique.

« Quand j'avais choisi mon kiné pour euh pour la période où j'étais vraiment pas bien, euh, le choix s'est fait sur la base de : le mec habite, littéralement, à une minute de chez moi. Donc, euh, c'était la proximité qui avait joué. Et euh, par chance, c'était quelqu'un de vraiment super. [...] Recommandations de proches aussi. [...] Du coup, les éléments, c'est disponibilité, proximité, et euh... et du coup, si l'expérience est pas positive, avis d'un ami ou d'un proche, c'est conseil d'un proche ouais. »

Charles introduit tout de même la sensibilité au public LGBT pour des soins avec un psychologue.

« Pour le psy par exemple, c'était euh... je pense que c'est euh... là où j'ai le plus regardé sur ce qu'est-ce que pouvait être euh... son ba... son pédigrée ou en tout cas c'qu'il connaissait, est-ce qu'il était proche du public LGBT, est-ce que il comprenait... [...]. Celle d'avant n'était pas du tout sensible au public LGBT et je voyais quand je lui racontais des trucs (rires) qu'elle était complètement perdue (rires). Elle était complètement perdue, je pense que j'l'ai (rires), je pense que j'l'ai choqué. »

Bien que Charles cherche une sensibilité au public LGBT chez son psychologue, il n'a, tout comme Quentin, pas connaissance de safe-liste à destination des patients LGBT. Cependant, il leur arrive à tous les deux de se rendre dans des centres de soin LGBT spécialisés en santé sexuelle. Ce qui a un réel impact positif pour Quentin, par exemple.

« Je suis allé dans un centre de soins... fin oui... dans un centre de soins qui était spécialisé LGBT. Et là, du coup, oui, mentalement, c'était déjà... Je ne vais pas dire que c'était un poids en moins, mais c'était une... une pensée en moins qui allait pas forcément venir perturber les soins qu'il allait me donner. [...]. En sachant ça dès le départ, tu n'as pas le... Fin, tu peux parler sans être forcément jugé. »

Ces exemples nous montrent qu'il y a une certaine recherche de sérénité dans les soins par la recherche de soignants avertis au public LGBT+ en fonction de la raison de la consultation.

3.2.4 Le masseur-kinésithérapeute : un mécanicien du corps ? un ami ?

Charles, lors de l'entretien, nous définit le MK comme un mécanicien, ce qui rejoint le point de vue de Quentin qui nous parle de quelqu'un qui va « réajuster le corps ».

« C'est un professionnel de santé qui a pour objectif de faire en sorte que tu récupères euh... ce que t'as pu perdre à cause d'un... bobo (rires). Sur des aspects fonctionnels... fin... retrouver l'amplitude, ou retrouver des... Mais ça joue sur la partie mécanique du corps. »

Tous les deux ont eu des séances avec plusieurs MK pour des besoins différents. Et ils ont tous les deux une certaine reconnaissance pour au moins l'un d'entre ceux qui les ont suivis en rééducation. C'est ce que nous dit, ici, Charles :

« Je pense que c'est un métier, c'est ouf. C'est le... enfin, moi, je suis hyper reconnaissant sur le kiné que j'ai rencontré. »

Cependant, pour Quentin, l'adhésion aux soins semble plus compliquée, il a la nécessité de comprendre et de voir les bénéfices de ce qui lui est proposé.

« Quand tu découvres un nouveau soignant, spécialiste ou autre, tu es un peu obligé de faire confiance à la personne au départ. Parce que tu n'y connais pas forcément grand-chose,

c'est euh... si tu vas le voir, si on t'indique d'aller le voir, c'est qu'il y a un besoin. Que ton corps a un besoin, donc potentiellement, tu veux que la personne en face vienne t'aider. Après, si oui, bah si le soin qui est apporté, tu n'as pas forcément de, de bénéfice ou d'utilité, bah prrr (onomatopée), tu switches. »

Là où Quentin reste plus distant dans ses relations avec les soignants, Charles se sent en confiance. Une confiance digne de celle d'un ami. Il nous explique que c'est la fréquence des séances qui établit cette relation amicale.

« C'était amical. (Amical ?) Ouais, enfin, vu qu'au bout d'un moment, tu vois la personne quand même très souvent, tu... tu parles de ta life, tu parles de plein de trucs avec le kiné. Donc, c'était une relation plutôt amicale, ouais. »

Il y a même chez Charles une notion de famille, le MK pouvant jouer un rôle maternant avec son patient.

« La relation avec le kiné, elle était super importante. Parce que y'a plein de choses qui se jouent, enfin, y'a des enjeux de ouf. [...]. Je me sentais très bien, et en fait, il se moquait un peu de moi. Enfin, il avait adapté aussi son comportement à mon (rires), ou alors à ma personnalité. Et à la fois, il te pousse un peu dans certains retranchements pour que tu dépasses, que tu regagnes un petit peu aussi les choses. Il t'engueule parce que t'as pas fait tes exercices correctement à la maison et que du coup, tu aurais dû gagner, mais t'as pas gagné. Enfin, tu fais un peu la maman, en fait, sur certains points ... »

3.2.5 Représentation du corps et pudeur en soin

En ce qui concerne la question de la représentation du corps, nos deux patients n'expérimentent pas leur corps de la même manière. Ils n'ont pas non plus le même rapport à l'activité physique actuellement, même s'ils ont tous deux la même notion du corps qui change par l'intermédiaire de celle-ci. Pour Quentin, il est question d'une forme de souffrance dans certaines activités qu'il est bon, pour lui, de partager avec des amis ; quand pour Charles, il est plutôt question d'un défouloir personnel et d'aide à la conscientisation de son corps.

« Le fait de faire cette activité physique m'a, a conscientisé l'existence de mon corps, alors que avant, j'étais genre dedans, mais je n'm'en étais pas vraiment rendu compte quelque part (rires). »

Pour Quentin, qui nous dit ne pas avoir de vision négative de son corps, il est important selon lui de ne pas se comparer aux autres.

« Après oui, je suis loin d'être le plus grand, d'être le plus musclé, machin etc. Si je commence à me comparer aux autres, c'est pas forcément les meilleures pensées positives qui vont arriver, mais bon, si on ne le fait pas, ça va. »

Charles lui, a recours à l'effet des réseaux sociaux pour accepter son corps. Il nous dit utiliser le réseau social Instagram pour se fixer des objectifs physiques, en se mettant en concurrence mentalement avec d'autres hommes. Cependant, il accuse également son utilisation du réseau social comme étant le lieu même de l'essence de sa « morphophobie ».

« J'ai utilisé Instagram comme outil de reprise de confiance en moi. Et, et donc, poster, poster des vidéos et obtenir des likes, euh... venait quelque part augmenter, enfin, était un outil d'acceptation de soi, de confiance en soi, de redécouverte de l'estime de soi. Et donc ça, c'est le côté potentiellement vertueux, mais en réalité, en réalité, c'est hyper addictif, tu es constamment mis en face à des mecs qui ont un physique inatteignable, ça te pousse à la fuite en avant, et peut-être qu'il y a un peu de ça dans les objectifs, dans cette euh, dans la morphophobie, et dans la pression que j'exprimais auparavant. Donc la réponse est oui, je pense que y a un truc, mais que au début, dans ma tête, j'avais commencé mon compte Insta pour euh, plus comme un outil de, genre... affirmation de soi, pas affirmation de soi, mais de reprise de confiance en soi.

[...]. Tu fais des efforts pour arriver à un certain objectif et puis ton cerveau se concentre sur encore de nouveaux trucs à devoir faire, t'es... ouais quand je suis, quand je suis trop sec, j'ai l'impression de ressembler à une crevette et du coup d'être tout petit et du coup, je trouve que c'est pas bien. Quand je commence à être moins sec, euh, je suis pas content de moins être sec. T'as toujours l'occasion d'être insatisfait. »

Enfin, ils ont une vision similaire de la pudeur, en rapport avec l'intime ou le côté du soin. Tous les deux arrivent à mettre de côté leur pudeur pour un soin en fonction de la demande du soignant. Charles ajoute même l'idée que son cerveau se mettrait en mode off.

« J'ai toujours eu l'impression sur les situations de soins, c'est comme si le cerveau se débranchait sur l'aspect pudeur et je peux me retrouver... On me dit « mets-toi en slip », je me mets en slip, et puis du coup... Même si il peut y avoir un peu de gêne, tu dis à ton cerveau : « bah c'est un soin donc mets-toi en slip », et bah, du coup, tu te mets en slip. (Rires). »

3.2.6 Qu'est-ce que le soignant doit savoir du patient ? Qu'est-ce qu'il doit écouter ?

Sur cette question, Charles et Quentin sont unanimes également. L'important de ce que doit écouter et savoir le soignant est ce que le patient a envie de dire. Charles ajoute tout de même la notion de questionnements et d'appréhensions du patient.

« Les, les éventuels questionnements du patient. Les éventuelles appréhensions. Euh... ce que veut bien exprimer le patient. »

Il y a d'ailleurs chez Quentin la notion d'aide du patient envers le soignant.

« Bah, je pense que tout ce que le patient peut dire peut-être bon à prendre. [...]. Tout ce qui pourrait l'aider à comprendre pourquoi on en est arrivé là. Le problème et ce que j'ai envie. »

Pour Quentin, l'écoute du patient, quel que soit le soignant à qui il a affaire, a un effet thérapeutique.

« Je pense déjà de base que l'écoute sur certains types de soins. Bah déjà, c'est un... soit déjà, c'est... Je vais pas dire que c'est un soin, c'est pas une délivrance non plus. Mais c'est, c'est... mouais. T'énonces les faits, en fait. Ça fait partie du soin... Autant du côté, du côté du patient, le côté de pouvoir parler, fin, ouais. J'allais revenir sur délivrance, mais pas spécialement. C'est d'expliquer les choses. Lui, il peut ressentir un poids en moins. Alors, que certaines questions soient posées directement par le soignant ou que ce soit le patient qui parle de lui-même, c'est déjà des trucs qui sont connus. Après, de la part du professionnel, le fait d'écouter, déjà, lui, il peut comprendre un peu mieux le... bah déjà, de un, il comprend mieux son patient et pourra mieux gérer les soins, de, le type d'aide à apporter après. »

Alors que pour Charles, l'écoute du MK n'est pas un soin.

« L'écoute qui va pouvoir y avoir pendant la séance de kiné, c'est genre deux êtres humains qui papotent, je le dissocie du soin, du contexte du soin.

*[...]. Mais c'est marrant parce que moi, je le voyais comme quelque chose d'annexe, mais pas, c'est pas ce qui est marqué sur l'ordonnance quand tu vas voir ton professionnel de santé. Mais euh, la discussion, au même titre que des séances de psy, est utile dans le sens où fin, moi ça me, je me souviens que les discussions que j'avais avec euh, avec ****, était euh, enfin ça me faisait réfléchir sur certaines choses.*

[...]. C'est clairement pas un critère que j'imaginai chercher chez un kiné, sa capacité d'écoute. »

Leurs avis convergent à nouveau sur la question de l'orientation sexuelle qui ne doit pas avoir d'impact dans la prise en soin, sauf dans le cadre précis de la santé sexuelle.

« Dans le cadre du suivi, par exemple pour la PrEP [(Prophylaxie préexposition au VIH)] ou des choses comme ça, là y a un sens de partager des, du, de l'intime. Mais hormis ce cas particulier du suivi de la santé sexuelle, je ne vois pas trop. Mais ça fait écho à la situation que j'avais pu décrire dans le formulaire, qui est le médecin du travail hyper intrusif. »

Quentin ajoute même l'idée que l'orientation sexuelle n'est pas une source d'identification de la personne.

« La sexualité d'une personne, ça reste personnel. On n'est pas vu, on n'y est pas. Ça va paraître con, mais euh... dans ma famille, il n'y a pas tout le monde qui est au courant, pour euh... du fait que je sois gay. Mais de mon côté, je ne vois pas l'intérêt de dire que je le suis non plus. Donc, pour le médecin, c'est absolument pareil. [...]. Dans le centre LGBT, bah, c'est, on sait que je le suis, c'est bien. Mais, ce n'est pas forcément parce que je suis gay que je vais avoir ça ou ça. C'est... C'est une meilleure acceptation. »

3.2.7 Comment s'exprime la discrimination ?

À cette question, Charles et Quentin ont la conviction que les discriminations vécues par les personnes LGBT sont surtout de l'ordre du moral et du psychologique.

Pour Charles, il s'agit de *« présupposer des, des choses, sur le fait d'associer un patient homosexuel à un ensemble de comportements typiques de la communauté homosexuelle par le, par le médecin. C'est ça, un élément de discrimination que j'imagine. »*.

Il y a même pour Quentin la notion de jugement qui intervient dans les discriminations.

« Moral, plus particulièrement. Parce que les mots blessent plus facilement que les actes physiques, je pense. Et que quand on, quand on utilise ta sexualité contre toi, bah c'est... Bah, t'es en dehors... fin, la personne en face qui te juge est en dehors de, de, de son point de vue qui est censé être impartial de base. »

Charles ajoute même que cela fait écho à la notion d'écoute et que lorsque le soignant use de stéréotypes, de préjugés, il rompt avec celle-ci.

« Je suis en train de réfléchir en même temps parce que ça fait écho à la notion d'écoute. Et clairement, quand le médecin adopte ce comportement, il est pas en train d'écouter son patient, il est en train d'écouter un stéréotype de patient qui n'existe que dans sa tête pour adapter son comportement. [...], à partir du moment où tu évoques cette homosexualité, enfin ta sexualité, ça normalise le fait qu'on te pose des questions qui peuvent être hypers, enfin sur des sujets que t'as pas forcément envie d'aborder, hyper intimes, qui auraient jamais été abordés si euh... peut-être un peu intrusives, ou en tout cas où tu ne te sens pas forcément safe quand on te les pose. Et c'est des choses qui auraient pas été abordées si l'idée de ton homosexualité, enfin si tu avais pas été homosexuel, et si ça avait pas été dit. »

Ici, Charles nous définit donc clairement, par cet exemple, la définition de la discrimination. Le fait que si l'homosexualité n'avait pas été évoquée, alors il n'y aurait pas eu de questions intrusives liées à l'intime.

« La définition que j'ai adoptée sur cette notion de discrimination, c'était par rapport au comportement que j'ai trouvé déplacé. [...]. La discrimination, c'est la, la manière... Pour moi, c'est la... J'ai été traité par ce médecin différemment que un autre de ces patients. »

Définition qui revient également chez Quentin, qui lui appuie sur la notion de différence.

« Qu'est-ce que c'est qu'une discrimination ? C'est... Le fait de traiter quelqu'un différemment parce qu'il y a une chose qui fait qu'elle va être différente. [...]. Quand tu te prends une réflexion et que dans cette réflexion, on te renvoie au fait que tu sois gay. Oui. Voilà, je ne sais pas si tu prends euh... Tu prends deux personnes qui ont la même pathologie. Tu mets un hétéro. Tu mets un gay. Bah l'hétéro, tu ne vas pas lui dire : « Bah, t'as ça parce que tu es hétéro ». Bah voilà. Comme un gay, lesbienne ou autre. On ne va pas dire : « T'as ça parce que t'es gay et c'est normal ». Bah non, ce n'est pas normal. Donc, tu la fermes et puis tu me soignes. Voilà. Comme tu le ferais pour tout le monde. »

3.2.8 La sensation de subir l'acte de discrimination

Pour l'un comme pour l'autre, dans les actes de discrimination qu'ils ont subis, tous deux décrivent un moment où ils n'ont pas su comment répondre. Mais ce moment reste quand même gravé, et c'est le fait de repenser à celui-ci qui leur a permis de comprendre qu'il s'agissait de discrimination. C'est, en tout cas, ce que Charles nous raconte ici :

« Je me suis pas rendu compte sur le moment que il était en train de se passer quelque chose qui était, enfin, sur lequel j'aurais dû être plus ferme en disant « STOP ». Hormis le sentiment, ce sentiment un peu bizarre qu'on est en train de te, enfin, qui a un truc qui se passe quoi, mais genre... en repensant à ces échanges, et le truc qui est arrivé plusieurs années de suite avec ce médecin qui était hyper euh, enfin hyper intrusif sur ma sexualité, qui sous-entendait que, fin, que c'était sans doute peut-être à bon escient que, en gros, c'est parce que, parce que j'étais gay, bien que en couple, non libre, il fallait que je fasse des dépistages tout le temps, il fallait que je fasse... enfin, il était tout le temps... il faisait des sous-entendus sur euh... enfin, il sous-entendait que nécessairement mon ex et moi étions profondément infidèles. C'est ça qui était... mais c'est pas hyper grave en fait en soi. Mais ça n'a rien à faire dans une consultation de médecine du travail comme ça, en fait.

[...]. Entretien avec le médecin qui, qui voit dans le dossier que la personne à contacter en cas d'urgence, c'est, euh, un mec qui a la même adresse que moi, en gros, et euh, enfin, qui sneaking tout en fait, et qui fait des hypothèses sur euh... sur notre euh... enfin, sur nos pratiques. Et, enfin, qui aborde des trucs intimes avec pleins d'hypothèses sur euh... sur ce que tu fais quoi. C'est assez choquant, je sais pas si... enfin du coup voilà. Et le mec l'a fait sur plusieurs entretiens de médecine du travail que j'ai pu avoir. »

Il y a même, chez Charles, une forme de surprise qui rend inerte.

« C'est pas arrivé qu'une fois avec ce mec-là. Et en fait, moi, je n'ai pas... su répondre. Euh... sur le, de poser des limites, par exemple. Je me suis pas... j'ai pas été capable. »

Quand Quentin parle des discriminations qu'il a vécues, il en ressort de la colère et de l'incompréhension. Dans un précédent paragraphe que nous n'utilisons pas en verbatim, il nous explique qu'il a d'abord été discriminé par un médecin, lors d'une consultation en urgence, et ensuite par une pharmacienne lorsqu'il lui a présenté l'ordonnance du médecin.

« Les deux, en fait, ont découlé en très peu de temps parce que c'était suite à... Bah, suite à une agression, quoi. Euh... Le médecin, c'était euh... c'était : « Ah oui. Ça, c'est parce que vous êtes gay, donc c'est normal. » Non. Non. Non. Tu ne sors pas ça. Tu ne sors pas ça comme excuse. Et, en pharmacie, c'était euh... « Ah, mais ça, c'est un truc de PD, on n'en a pas ». D'accord. Bah, merci. »

Et c'est donc un malaise qui se crée lorsqu'on demande à Quentin son orientation sexuelle.

« Bah, mal à l'aise. Parce que... en vrai, c'est comme tu as dit, ça n'a rien à voir là-dedans. Donc, en quoi ma sexualité vient dans le problème de santé pour quoi, pour lequel je viens consulter en fait. C'est deux trucs qui n'ont rien à voir. C'est... T'as mal à la jambe, mais t'es roux. Oui, bah voilà, c'est bien. On s'en fout ! On s'en fout. Donc, si... c'est... c'est... Sur le principe, ça n'a rien à voir donc ne vient pas me... me... vient pas te renseigner sur ça. »

3.2.9 Est-ce que l'autorité de la personne qui discrimine à un rôle ?

Il semble intéressant de souligner le lien de subordination dont fait mention Charles dans son entretien.

« J'ai pas envie de me fritter avec le médecin du travail qui va dire si je suis apte à faire mon boulot. Enfin, au tout début, j'avais pas envie de faire de vague. »

[...]. Je pense que j'avais pas suffisamment de confiance en moi pour lui dire : « Mec, tu as dépassé le truc, quoi ».

[...]. Sur le moment, sur le moment, tu as ce sentiment de, y a un truc bizarre qui se passe, mais c'est plus après que tu te dis : « mais putain, mais enfin, en fait, c'est pas ok, ce qui, c'est pas ok qu'il y ait ce genre de discussion. » [...]. Sur le moment, sur le moment, tu te rends pas forcément compte de à quel point c'est pas ok, hormis le fait que tu te sentes bizarre un peu. C'est après coup que tu... voilà. »

C'est également un fait que Quentin aborde lors de l'entretien et qui, selon lui, va jouer sur la confiance qui sera donnée au soignant.

« Donc, si même, que ce soit à tous niveaux, ceux qui représentent... Ceux qui vont représenter l'ordre. Ceux qui représentent, qui sont censés représenter l'impartialité dans les soins et autres, ont ce jugement-là sur notre personne. Bah... tu fais confiance à qui ? Est-ce que tu dis... fin, est-ce que tu vas avoir besoin de consulter ? Est-ce que tu vas consulter ? Et après, c'est comme ça qu'il y en a qui ne vont pas consulter alors qu'ils en ont besoin. Donc après, heureusement, tu en as qui ne jugent pas, tu en as qui, tu en as qui n'ont pas cette mentalité-là devant toi et qui, et heureusement. »

Il insiste alors sur le fait que les centres de soin LGBT peuvent être une solution.

« Et après, oui, le fait qu'il y ait des centres LGBT, comme ça, de soins qui ouvrent. Bah, déjà, tu te dis, je ne vais pas voir ça. Je peux parler librement. Et je ne vais pas... Fin, on ne va pas me renvoyer un truc parce que je suis différent.

[...]. Il en faudrait plus parce que si on prend la communauté LGBT, si on suit les statistiques de l'Etat, on est dix pour cent. Ouais, bah dix pour cent, ça fait six millions en France, hein. C'est la moitié de Paris. Donc, il y en a de partout. Donc, il faut que tout le monde puisse avoir ou que tout le monde puisse avoir les moyens de se sentir vraiment safe euh... de ce côté-là. Surtout que la santé, le corps, etc., ce sont des trucs qui sont personnels. Donc les gens savent déjà que, enfin nous-mêmes, on sait déjà qu'on a des problèmes, on n'a pas envie de se taper le jugement en plus de la personne en face. Oui, on est gros, oui, on est gays, oui, on est... oui, on a un handicap, on sait. On sait déjà qu'on a tout ça, vient pas rajouter un truc en plus. Donc voilà. »

3.2.10 Un manque de sensibilisation en formation initiale ?

D'après Charles, la raison de la discrimination qu'il a subie serait un manque de sensibilisation des professionnels de santé. Et le fait de ne pas avoir su répondre au thérapeute, lorsqu'il a subi la discrimination, éveille en lui une forme de culpabilité. Cette culpabilité est principalement due au fait qu'il n'a pas su (in)former le thérapeute sur le sujet.

« Parce que le médecin était un vieux médecin. Non, je pense que, il était pas, euh... il était passé à côté de l'évolution de la société, je ne sais pas, sur certains aspects, enfin je... Peut-être même qu'au fond de lui, il pensait bien faire en abordant ce sujet de cette manière-là. [...]. Le fait que je ne lui ai pas fait de retour n'aide pas. Parce que si je lui avais dit, peut-être qu'il aurait adapté son comportement. [...]. Je pense que c'est un manque de sensibilisation.

[...]. Je pense qu'il est pas professionnel quand il adopte cette posture et du coup, on peut associer ça à un manque de formation. »

Une culpabilité que l'on retrouve également chez Quentin.

« D'un côté, il y a eu une partie un peu con parce que...si tout le monde fait comme moi et ne réagit pas. Bah, en fait, ça va laisser, ça va laisser le soignant dans, après que oui, il peut continuer avec ces questions-là et ce genre de comportements avec les autres. Parce que si personne, si personne ne l'ouvre, bah, c'est ça qui met la norme. C'est ça le problème. »

Il propose de cette manière que les soignants, mais aussi la société entière, soient mieux formés.

« Donc, il faut plus de soignants, mais il faut une meilleure formation à tous niveaux. Et ça après, c'est la qualité. C'est à tous les niveaux. Ce n'est pas que les soignants. C'est l'éducation... c'est l'éducation de la famille qu'il faut revoir. C'est l'éducation au niveau de l'école. C'est à n'importe quel point qu'il faut changer le système. »

Le message est clair pour Charles : pour ne pas discriminer un patient, il faut l'écouter et ne pas se baser sur des a priori.

« C'est plus une question de fond sur le patient qui est en face de toi est un être humain et avec une spécificité qui est propre. Enfin, écoute le, fait en sorte que tu le soignes, lui, et pas l'image que t'as dans la tête quoi.

[...]. Faites pas de... d'hypothèses sur la personne que vous avez en face de vous, sur la base d'éléments qui vous ont été partagés [...]. Le, l'homosexuel en face de vous, n'a pas les attributs de cet homosexuel stéréotype que vous imaginez. Et intéressez-vous à cette personne-là plutôt qu'à ce que vous pensez que cette personne est du fait de son orientation sexuelle. »

3.2.11 Des soignants moins discriminants que d'autres ?

À cette question, l'un comme l'autre citent les centres de soin LGBT. Mais, il en revient que les soignants qui y sont, sont donc déjà formés, sensibilisés à la question. Charles évoque également les infectiologues des CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic), comme étant des soignants avertis et légitimes, du fait de leur fonction, à poser des questions de l'intime. Il n'en reste pas moins la manière dont est accueillie la parole lors de la consultation.

« Ça légitime le fait de rentrer dans cette intimité-là. Parce que c'est l'objet du soin, ouais. Et par contre, la manière dont c'est accueilli. Euh enfin, c'est, du coup, un terrain hyper miné ou dangereux, parce que du coup, y a de l'hyper intime qui est échangé. Et en même temps,

la manière dont c'est accueilli fait que c'est fait dans des bonnes conditions. Que la personne te met, enfin, fait des efforts pour te mettre en... que tu te sentes en sécurité ou que tu puisses exprimer des trucs sans être jugé. Te, t'accompagne dans cette... dans ce partage d'info hyper intime. »

Ainsi, c'est surtout une manière de se comporter, qui à la fois crée le contexte du soin et permet de recevoir l'information, qui importe dans les soins d'après lui.

« Dans un contexte où, en plus du coup, tu es amené à livrer énormément d'intime, c'est le comportement du professionnel de santé est hyper important. »

D'après nos deux patients témoins, la sensibilisation à la population LGBT+ que nous pouvons retrouver dans les centres de santé sexuelle semble permettre d'être moins discriminant. Cette sensibilisation, dans un contexte où l'intime est au centre des consultations, permettrait de ne pas se sentir jugé.

3.3 L'avis des masseurs-kinésithérapeutes

Il nous a également semblé intéressant de prendre l'avis des masseurs-kinésithérapeutes à propos de la discrimination dans les soins et de voir ce qu'ils mettent en place de leur côté pour y pallier chaque jour. Les transcrits des entretiens avec Antoine et Gwenaëlle sont à retrouver en annexe VII et VIII.

Nous retrouvons donc Antoine, un homme cisgenre de 27 ans, homosexuel, MKDE libéral depuis 3 ans, et investi dans une association de lutte contre les LGBTphobies ; et Gwenaëlle, une femme cisgenre de 49 ans, hétérosexuelle, MKDE hospitalière qui exerce depuis une quinzaine d'années, et qui travaille actuellement dans un service spécialisé en urogynécologie qui reçoit des patients transgenres.

Nous avons, durant ces entretiens, exploré plusieurs sujets pour comprendre leur manière de penser le soin. Ces sujets interrogeaient l'approche qu'ils ont de leur métier, leur point de vue sur le système de santé, les rapports qu'ils ont avec les patients et le corps, les discriminations LGBT+, ainsi que des potentielles pistes d'amélioration.

3.3.1 MKDE, un métier qui s'apprend par la pratique

Lors des entretiens, nous nous sommes renseignés sur leur parcours, les situations qui les ont surpris lors de leurs premières expériences professionnelles. Que ça soit pour Gwenaëlle ou Antoine, ils sont unanimes : le métier de kinésithérapeute est une profession qui s'apprend par la pratique et que nous continuons d'apprendre une fois le diplôme obtenu.

« Ce que je me suis dit, c'est que j'avais encore beaucoup de travail. Euh... beaucoup de choses à apprendre plutôt. Qu'au final, dans les études, on apprend beaucoup de théories, mais qu'en fait, on a un métier pratique et qui manque quand même beaucoup de connaissances et que finalement, c'est en travaillant qu'on apprend beaucoup. »

Antoine rajoute à cela que, malgré le manque d'expérience du début, le fait d'être soignant implique que le patient écoute et ne remet pas en cause ce qu'il peut dire. Ce qu'il trouve dans un sens dommageable pour le patient.

« [...] le deuxième truc qui m'a surpris en fait les gens font confiance, les patients font confiance, en tout cas les premiers que j'ai rencontrés étaient vraiment en confiance dans le sens où je crois pas que je leur ai dit que je commençais tout juste, mais ça se voit un peu à la tête des gens quand il débute non ? en tout cas, il y a 3 ans, j'avais pas la tête d'un mec de 40 ans donc euh... il pouvait se douter que je sortais un peu des études. Et c'était assez surprenant de voir que les gens, ils étaient en totale confiance, que peu importe ce que je leur aurais dit. Il y avait un peu ce côté-là, de, c'est lui qui est professionnel de santé. Il sait donc

eah... Je vais lui faire confiance et pas trop discuter. Ce n'est pas forcément une bonne chose. Ne pas discuter de ce que les gens proposent. »

Ce que nous dit ici Antoine résonne avec la parole de nos patients, sur la confiance accordée aux soignants et à leurs discours.

Cet apprentissage par la pratique est aussi explicité par le fait que tous les deux ont continué à se former post-diplôme, soit par des diplômes universitaires (D.U.), ou autres formations, congrès, auxquels ils ont pu participer.

3.3.2 Des freins inhérents au métier

L'impact des freins rencontrés dans leur pratique quotidienne était un sujet nécessaire également à aborder avec eux. Lors des entretiens, nous sommes restés le plus évasif possible sur la question, afin que les freins qu'ils abordent avec nous puissent être exhaustifs. Nous pouvons donc retrouver des freins administratifs, organisationnels, liés aux patients, au système de santé français. À ce propos, Gwenaëlle, grâce à sa double expérience, libérale et institutionnelle, pense que les freins sont surtout administratifs, organisationnels et patients dépendants.

« Donc, les freins, ils peuvent être parce que soit un frein parce que je veux faire une formation, parce que je veux un truc, donc ça peut être un frein administratif, hiérarchique. Ça peut être un frein aussi auprès du patient parce qu'il y a une raison pour que je ne puisse pas prendre en charge mon patient pour X ou Y raison. Soit, il ne veut pas ou autres choses. Ça peut être ça. Dans la vie de tous les jours, on ne fait pas toujours ce qu'on veut, ça peut être aussi un frein lié au fonctionnement du service. Parce que le patient, il est en soin, il est vu par plein d'autres intervenants. Et que moi, ce patient, je ne peux pas le voir. Parce qu'il a des examens. C'est des problèmes inhérents à l'hôpital et surtout en chirurgie où les patients, ça peut être aussi la douleur du patient. Ça peut être plein d'autres choses. Les visites aussi des patients. »

Nous pouvons nous apercevoir que ces freins liés à l'institution semblent entraver, en quelque sorte, l'indépendance du MK dont il est censé jouir.

Antoine a, quant à lui, trouvé le moyen d'enlever ce frein administratif en passant par une association de kinésithérapeutes qui s'occupe de la gestion de son emploi du temps pour son travail à domicile. Il remarque plutôt un frein relatif à la santé publique, mais aussi générationnel avec ses patients gériatriques.

« Oui. Il y en a plusieurs. Il y a un frein, il y a un frein d'accès démographique, parce que j'ai beaucoup de patients, quand je les vois, qui me disent que ça fait des semaines, voire des mois, qu'ils cherchent des kinés à domicile et qu'ils en trouvent pas. Et du coup, il y a ce frein-

là. Après, moi, en rapport avec les patients, il y a, comme j'ai une patientèle gériatrique, principalement, il y a un petit frein, euh... générationnel parfois. Où il y a des remarques qui ne sont pas toujours bien placées de la part des patients. Donc ça demande toujours un peu de réflexions en termes de communications. Et après, euh... voilà, j'ai pas l'impression de rencontrer des difficultés particulières. »

Le frein d'« accès démographique » énoncé par Antoine est un aspect que l'on retrouve par ailleurs dans les imperfections du système de santé dont nous a parlé Quentin.

3.3.3 Le système de santé vu de l'intérieur

Antoine et Gwenaëlle, à leur tour, nous livrent leur point de vue sur le système de santé français. Tous les deux pensent que la base du système de santé est bonne, mais que son évolution est arrivée à un point de rupture. Antoine insiste même sur l'intérêt de la cotisation de ce système par ceux qui travaillent et qui permet l'accès aux soins des plus démunis.

« Je pense qu'il y avait du potentiel et euh... et il est intéressant. Je pense que c'est un système qui est... en tout cas qui est fondé sur des bases qui, que je trouve nécessaires qui euh... sont sur l'égal accès aux soins, sur l'égal traitement des personnes, quelque chose comme ça, avec un format par cotisation qui est quand même assez intéressant. Qui permet certaines choses. Je pense que il aurait fallu aller plus loin et qu'il faut aller plus loin dans la part d'accessibilité aux soins. »

Ils pensent également que les mutuelles occupent une part trop importante dans le système et que leurs prix ne permettent pas à tous d'y avoir accès. Ce qui, d'après Gwenaëlle, mènerait à une médecine à deux vitesses.

« Fin à deux vitesses, dans le sens où les mutuelles augmentent pour pallier ce déficit au niveau de la sécu. Donc les gens qui n'ont pas d'argent, c'est bien d'un côté, ils ont ça, mais ils ne peuvent pas se payer une mutuelle pour d'autres remboursements. Donc finalement, l'un dans l'autre, on commence à être dans une situation qui est quand même un petit peu compliquée. Parce que je trouve qu'il y a quand même beaucoup de gens qui n'ont pas de moyens d'avoir une mutuelle. »

Pour Antoine, il y a par ailleurs un problème avec la régulation des professionnels de santé. Il pense, en effet, qu'il faut que ça soit cadré, mais que cette régulation a participé à la formation des déserts médicaux d'aujourd'hui.

« L'accès aux professionnels de santé est quand même assez compliqué quand tu discutes avec les patients. En terme à la fois géographique, financier et euh... temporel, quelque chose comme ça. Je sais pas à quel moment et je sais pas comment on aurait pu faire mieux les choses, mais j'ai l'impression qu'à un moment, on a choisi de réguler les

professionnels de santé. Ce qui en soi n'est pas forcément une mauvaise chose parce que, parce qu'il faut cadrer les choses comme on cadre les fonctionnaires. Mais en même temps, la façon dont on a cadré fait que maintenant on a des déserts médicaux, on n'a pas assez de renouveau en termes de professionnels de santé. »

Pour lui, l'une des réponses à ce problème qu'il soulève serait d'améliorer l'interprofessionnalité, la délégation d'actes, actuellement médicaux, qui permettraient aux médecins de se recentrer sur des aspects plus essentiels à leur métier.

« Après, je pense aussi qu'il faut qu'on travaille sur euh... La, l'interpro et comment on coordonne les soins entre les professionnels de santé parce que la réalité montre que les médecins traitants, il y en a pas assez pour répondre à l'ensemble des besoins de la société, de la population. En tout cas géographiquement. Et en plus de ça, les médecins n'arrêtent pas de dire qu'ils n'ont pas assez de temps pour faire du soin de qualité. Euh... Et donc, il faut qu'on travaille sur comment est-ce qu'on utilise au mieux l'ensemble des professions pour avoir des parcours qui sont adaptés, limités les tâches inutiles comme les certificats de non-contre-indications au sport chez les jeunes ou des trucs comme ça. Je pense qu'il y a plein de choses qui peuvent se travailler, mais en fait, il faut qu'on arrive à sortir de ce côté paternaliste médical où le médecin est chef tout-puissant et où c'est lui qui prend toutes les décisions. Ça évolue un petit peu parce qu'il y a des choses qui se mettent en place, mais euh... Il faut qu'on aille plus loin et plus vite sur le développement des structures pros, que ce soit les CPTS [(Communauté professionnelle territoriale de santé)], les MSP [(Maison de santé pluriprofessionnelle)], les équipes de soins primaires, pour qu'il y ait un vrai travail libéral qui soit coordonné et que on ait des tâches qui soient bien réparties. »

Et il ajoute aussi, que l'accès direct, qui est pratiqué dans d'autres pays, sans pouvoir l'extrapoler à la France, pourrait être une solution, pour libérer du temps aux médecins.

« Et donc oui, l'accès direct, ça peut être une des solutions pour libérer du temps, parce que la problématique à l'heure actuelle, c'est que on a... les patients ont une difficulté à entrer dans le système de soins. En général, une fois que t'es dedans, t'es pas trop dans l'urgence, ça va. Tu peux finir par te retrouver à aller voir qui tu veux. Ce qui est difficile, c'est de rentrer dans le système de santé parce que la seule, la porte principale c'est les médecins généralistes et qu'il y en a pas pour tout le monde. Et donc d'ouvrir des portes différentes, comme il y a une porte « dentiste », « sage-femme », on pourrait avoir une porte kiné pour répondre à ses questions et donc ça libère du temps. Ça permet de soigner les gens plus vite. »

L'avis de nos deux professionnels de santé rejoint donc celui de nos patients témoins. Le système de santé est initialement bien pensé, mais il s'essouffle du fait des politiques

précédentes. L'accès aux soins, prôné par les gouvernements, n'est pas idéal en l'état. Il faudrait donc trouver des solutions pour retrouver une certaine égalité dans les soins. Et sortir du « *paternalisme médical* », comme nous le disait Antoine, pourrait être une solution. En donnant plus de pouvoir aux thérapeutes, par l'accès direct par exemple, nous pourrions renvoyer les patients vers le médecin en cas de nécessité, c'est-à-dire, dans le cas de la masso-kinésithérapie, si le patient ne relève pas de son champ de compétence.

3.3.4 Un métier intéressant

Gwenaëlle et Antoine sont unanimes sur le sujet. L'adjectif qui représente le mieux, pour eux, le métier de kinésithérapeute, c'est « intéressant ».

Cependant, pour Gwenaëlle, tout dépend de ce qu'on en fait, et de quel soignant on devient. Celui qui cherche juste la rentabilité en libéral et qui prend plusieurs patients en même temps, celui qui fait de la « marchothérapie » dans le service, et ceux qui prennent le temps de rééduquer.

« Parce que, en fonction de la personne qui prend en charge. Il y a la personne qui veut s'investir et qui va faire de la vraie rééducation, la personne qui en a rien à foutre et qui fera le strict minimum et euh... c'est un peu ça aussi la problématique de notre prise en... de notre métier et de notre prise en charge. »

Selon elle, il serait également question du lieu où s'est effectuée la formation, en France ou à l'étranger. Et que, le savoir en France n'est pas le même qu'ailleurs.

« Le problème aussi, c'est comme on manque de kiné en France, on a beaucoup de kiné qui viennent d'autres pays et en fait, on n'a pas le même cursus. On n'a pas les mêmes connaissances. On n'a pas le même savoir. Donc, ils arrivent dans... chez nous, travailler. Donc, c'est très bien, hein. Mais, ils n'ont pas tous les acquis que nous on a et du coup, il y a des lacunes et on voit que la prise en charge est quand même bien différente par rapport à un kiné qui est en France ou même en Belgique. Alors Belgique, Italie, Portugal, ça se ressent quand même beaucoup par rapport aux études par rapport à la France. »

Antoine rejoint la pensée de Gwenaëlle concernant la diversité et la multitude des possibles dans l'exercice de la kinésithérapie. Il insiste de son côté sur l'attrait humain de son métier.

« Et après, moi, je trouve qu'il a un côté très humain que j'aime beaucoup. Le fait qu'il y a beaucoup de patients qu'on voit régulièrement, qu'on suit sur le long court. Ça permet d'avoir des relations qui sont quand même plus humaines au travail que des formes d'abattages où tu vois le patient qu'une fois par an. Quand tu le vois une fois par an. Ou tu traites un peu à la chaîne, sur des trucs un peu bâclés. Et après, je sais plus qui m'avait dit ça, mais c'était une

phrase qui est intéressante, mais c'était que « les médecins sauvent des vies, et les kinés la rendent supportable derrière ». Dans le sens où, on est quand même un métier où le but principal de notre vie, c'est de faire en sorte que les gens aillent mieux. »

À cela, ils rajoutent que la perception du métier n'est pas optimum. Pour Gwenaëlle, le MK hospitalier est encore moins connu que le MK libéral.

« Je trouve que des fois, on est un petit peu oublié et qu'on n'est pas très bien perçu ou mal perçu. Je ne suis pas sûr qu'on sache vraiment ce qu'on fait. Et je ne pense pas qu'on soit, je pense qu'on n'est pas si bien connu que ça et d'autant plus les kinés qui travaillent en structure. Aussi bien à l'hôpital qu'en centre de rééducation ou quoi que ce soit. L'image du kiné, c'est le kiné en libéral, voilà. »

Pour Antoine, il est plutôt question de moyens alloués qui empêcheraient le développement de certaines compétences. De plus, le sujet de la prévention reste un thème encore sous-exploité.

« Moi, je pense qu'on est un peu sous-exploité. Que nos compétences pourraient être plus développées. Notamment l'accès direct, par exemple. Mais même en termes de prévention ou d'actes de sensibilisation. Comme en fait, on a aucun système pour être rémunéré pour faire ça. Beh, il y a très peu de gens qui le font. Mais on sait que l'activité physique, c'est primordial, que c'est une des meilleures façons d'à la fois guérir et prévenir l'apparition des troubles dans la population. »

En ce qui concerne la définition qu'ils donnent de leur métier, ils s'accordent à dire que le patient y est central. Ainsi, pour Antoine, il est question de : *« Travailler par le mouvement pour améliorer la qualité de vie des gens. »*

Là où Gwenaëlle décrit surtout un métier adaptatif, polyvalent et d'apprentissage.

« Si on veut rester un petit peu, fin, continuer à être au mieux avec son patient. Il y a tout plein de nouvelles choses qu'il faut apprendre et c'est ça qui est intéressant aussi. »

Elle fait d'ailleurs de l'adaptabilité une des valeurs de sa pratique. L'écoute, la patience, ainsi que le célèbre « primum non nocere ».

« L'écoute, euh... la patience aussi. Euh... l'adaptabilité. Voilà, c'est surtout ça.

[...]. Et surtout, ne jamais être néfaste pour le patient. Jamais être délétère pour le patient. Ça, c'est le plus important. »

Antoine, lui, a à cœur de véhiculer des soins empathiques, à l'écoute des patients, avec un accueil de l'autre sans condition et de manière non discriminante, mais aussi d'être dans le partage.

« La première, c'est l'accueil inconditionnel et non discriminant. Fin, inconditionnel dans le sens où toutes origines, tous milieux financiers, toutes identités. Et non discriminant, ça rejoint un peu ça. Et après, il y a une partie d'écoute et d'empathie qui, à mon sens, est nécessaire, d'autant plus à domicile où il y a des gens qui sont très isolés et une grande partie de leur problème vient du fait qu'ils soient isolés. [...] »

« Écoute, empathie, non-discrimination, accueil et après partage. Je pense que les patients, ils ont beaucoup beaucoup de choses à nous apprendre. À la fois de leur vécu de la maladie, mais aussi de leur perception de notre métier et aussi du système de santé, et donc, je pense que c'est un partage. »

Nos deux MK trouvent donc l'intérêt dans leur métier grâce aux multiples techniques possibles, ainsi qu'aux multiples possibilités d'exercice, mais surtout grâce aux rapports humains qui sont créés dans chaque prise en soin. Il n'en reste pas moins que l'aspect négatif principal, qu'ils expriment tous les deux, est le côté administratif, qu'ils n'hésitent pas à qualifier de « lourd ».

3.3.5 Accompagner les patients

Qu'importe la manière dont nos deux MK rencontrent leurs patients, ceux-ci ont à cœur de les accompagner lors des soins qu'ils vont prodiguer. Cette notion semble importante, notamment pour Gwenaëlle qui a l'opportunité de suivre ses patients avant, en consultation préopératoire, et après opération, en chambre.

« Parce qu'en fait, ils sont... Moi, je les vois dans un parcours, donc ils sont, voilà. Là où ils sont contents, c'est qu'en fait, ils sont dans un parcours qu'ils n'ont pas à revenir quinze fois à l'hôpital. Voilà. Donc là, ils sont contents de ça. Je leur explique plein de choses, donc je pense qu'ils sont satisfaits de la prise en charge que je peux leur donner. Ceux que je vois en post-opératoire, eux, ils sont contents de me revoir parce qu'ils connaissent quelqu'un, parce que je les ai déjà vus avant et que je les connais aussi. Donc pour eux, c'est rassurant. Donc ça, il y a ce côté-là qui est rassurant pour les patients. »

Elle note que la préparation qui est apportée est une plus-value dans la confiance qui lui est accordée. Confiance qu'elle estime aussi due au fait même d'être kinésithérapeute.

« Mais du moment que l'on dit que l'on est kiné, bah ça rassure vachement les gens. Voilà. Ils ont confiance. Je trouve qu'il y a une confiance qui va s'établir. »

Par son exercice à domicile, auprès de populations plutôt isolées, l'accompagnement d'Antoine se fait surtout par la parole et l'écoute.

« Dans beaucoup, beaucoup de cas, c'est des gens qui n'ont des contacts avec l'extérieur qu'au travers des professionnels de santé. Et du coup, il y a ce côté-là qui est très solitaire des gens que je rencontre dans leur état d'esprit. Ou il y en a qui sont très seuls et qui sont vraiment en rupture sociale, qui fait que du coup, les prises en charge, il y a quand même beaucoup de temps où tu parles et t'écoutes. Ça fait déjà beaucoup dans le soin pour ces personnes-là. Donc, il y a à la fois... il y a les deux côtés... Il y a les gens qui sont très reconnaissants qu'ils aient enfin quelqu'un [...]. »

Ces exemples nous montrent que la relation avec le MK peut avoir un impact bénéfique sur l'état émotionnel du patient. En contrepartie, nous pouvons facilement imaginer l'impact émotionnel négatif d'une discrimination exercée par un professionnel de santé dans ce contexte de prise en soin.

3.3.6 Récupérer les informations primordiales

Comme évoqué plus haut dans ce travail, le cadre législatif du MK demande que nous fassions un bilan diagnostique kinésithérapeutique (BDK). Ce BDK nécessite une anamnèse et de récupérer des informations, à la fois biologiques, mais aussi psychologiques et sociales, qui nous amènent à une prise en soin globale du patient. À ce sujet, Gwenaëlle, dans le cadre de ses consultations, n'emploie pas de stratégie particulière, mais elle recueille ce dont elle a besoin par des questions directes.

« Donc, en fait, la première consultation, c'est comment vivent les gens, est-ce qu'ils sont seuls, pas seuls. Est-ce qu'ils travaillent ? Voilà. Donc, c'est à partir de là que je vais apprendre à connaître le patient, comme ça, je le saurais pour la fois d'après si je les revois. »

Antoine lui pose des questions plus ouvertes pour laisser la parole à ses patients et va creuser au fur et à mesure sur les points qui l'intéressent plus particulièrement. L'expérience lui a d'ailleurs appris à changer la formulation de certaines questions.

« Pour savoir avec qui ils vivent, donc je vais poser la question : « Est-ce que vous vivez avec quelqu'un ? » J'ai arrêté... Je pense qu'au début de ma pratique, peut-être que je demandais naïvement : « est-ce que vous vivez avec votre femme ou votre mari ? » Et avec le temps, j'ai arrêté. Déjà parce qu'il n'y a pas que des couples hétéros. Déjà. Et surtout parce qu'il y a, des fois, des gens qui vivent avec des enfants, qui vivent avec des amis, des choses comme ça. Donc maintenant, je pose la question : « Est-ce que vous vivez avec quelqu'un ? » »

Ces questions, qui paraissent parfois de l'ordre de l'intime, peuvent être nécessaires dans l'élaboration du bilan et permettre de comprendre plus précisément qui sont les patients et à quel point nous pouvons les aider dans la rééducation. Et c'est dans la façon de poser ces questions que les soignants peuvent être plus inclusifs.

3.3.7 Etablir la bonne relation

Pour nos deux MK, le soin apporté aux patients implique d'accéder à un niveau relationnel qui n'est pas toujours aisé. Chacun d'eux a l'ambition de créer la meilleure relation possible avec leurs patients. Et c'est la relation de confiance que cherche Gwenaëlle avec ses patients. C'est ce type de relation qui, pour elle, mène à bien une rééducation et qui apporte des résultats.

« Rééducation de confiance. Moi, ce que je veux, c'est que le patient... J'ai une confiance avec le patient, que ce soit réciproque, et grâce à ça, on peut faire beaucoup de choses. Si le patient me fait confiance, on pourra faire beaucoup de choses. Si le patient, il est réfractaire, il ne me fait pas confiance, ça va être compliqué. Ça, c'est primordial. Si on n'a pas la confiance du patient, on n'arrivera jamais à faire quoi que ce soit. Voilà. »

Bien qu'elle nous annonce qu'il y a quelque chose d'innée dans sa façon d'aborder les patients, elle peut tout de même être amenée à mettre en place des stratégies pour avoir accès à une relation de confiance lorsqu'elle se heurte à des patients plus réfractaires.

« Ça a toujours été chez moi, euh... quelque chose... j'ai eu ce contact. Voilà. Euh... Ce n'est pas toujours... Voilà... au moins une chose euh... beh voilà... Mais euh... j'essaie déjà de faire, tant que faire se peut, plutôt souriante. Voilà. Et euh... si je vois que c'est compliqué de passer par de l'humour.

[...]. De dédramatiser une situation, passer par un autre système pour obtenir ce que je veux. Voilà. Je vais arriver à mes fins, mais je vais détourner l'attention du patient pour arriver à mes fins. »

Là où, pour Antoine, l'idée de la relation de confiance semble plus complexe et marquée par un aspect péjoratif, notamment dans le domaine de la kinésithérapie. Il voit la relation de confiance comme quelque chose qui donnerait les pleins pouvoirs au soignant, alors que lui estime que c'est le patient qui est pour beaucoup dans sa rééducation.

« Je pense pas parce que euh... fin, c'est un peu quitte ou double, je pense qu'il y a des gens avec qui c'est trop facile et qui vont avoir trop vite confiance en nous et euh, y a ce côté-là que euh, qui m'exaspère un peu, où parfois on est un peu placé sur un piédestal. Où on va dire : « wahoo le kiné il va sauver ma vie et ça va être incroyable. » Et ça marche avec les autres professionnels de santé aussi et... et je pense qu'il faut relativiser la place qu'on joue

dans la vie des gens. Parce que encore une fois bah même si tu les vois deux fois par semaine, ça fait une heure, une heure sur une semaine, c'est négligeable dans une vie. [...]. Euh donc moi, les gens qui ont trop confiance, bah, je pense pas que ce soit une relation de confiance parce que j'ai envie qu'il y ait aussi de l'échange, qu'il y ait de la discussion, qu'il y ait du partage. Et les gens qui vont croire aveuglément ce que dit euh le kiné, ils vont moins partager, j'ai l'impression. Parce qu'ils vont s'dire, c'est bon, il sait tout. Et même si ça correspond pas euh vraiment à leur vie, bah euh des fois, ils vont pas oser le dire.

Et à côté de ça, on a des gens qui sont, euh, tellement soit en errance, soit en désespérance, que c'est assez difficile de leur f... rendre... de... de créer une relation de confiance. D'autant plus, dans la kiné où on n'a pas des... on a rarement des... des résultats miracles. Et euh, c'est souvent long et du coup bah... ça peut être, c'est ass... je trouve qu'avec les patients, c'est... y'en a beaucoup qui ont du mal euh... à... enfin, c'est assez difficile d'avoir une relation de confiance quand tu dois leur dire euh : « Promis, vous aurez des résultats, mais pas avant euh 6 mois 1 an » et alors que c'est des gens qui souffrent et qui ont envie de gens qui leur disent euh : « Bah v'nez m'voir et dans deux séances, vous aurez plus mal ». Donc, j'trouve que c'est assez difficile, puis en plus, même une fois qu'elle est faite, il faut l'entretenir et euh... et ça demande du travail et donc, c'est euh... jamais euh... jamais facile une relation de confiance. »

Il préfère donc parler d'une relation professionnelle qui peut devenir amicale, tout en gardant un certain cadre, avec des règles préétablies avec ses patients. Du fait que ses séances de rééducation se déroulent à domicile, Antoine veut que ses patients prennent du plaisir tout en travaillant. Ainsi, il crée une relation amico-professionnelle.

« C'est à la fois une relation que je veux professionnelle parce que j'ai pas envie d'être leur ami. Euh... parce que c'est pour moi, c'est aussi être au travail... et euh... du coup, euh... ça doit rester sur des temps de travail. [...]. Si y a une urgence, euh, on en a discuté avant et si y a une urgence, ils savent que c'est le 15 ou le médecin ou la famille et que de toute façon, je n'vais pas gérer les urgences. Euh donc euh... une relation professionnelle, mais... mais en même temps, comme c'est des gens que je vois deux fois par semaine, y a de fait cette relation, y a une relation un peu plus... amicale qui se crée aussi où l'idée c'est quand même que bah... qu'on passe du bon temps en séance quoi. Parce qu'à domicile bah t'es face à la personne, et en général y a que elle et toi, donc euh si si vous vous appréciez pas, c'est long quoi. Donc euh, j'essaye de faire ça, euh... y a des patients, enfin y a des personnes avec qui c'est plus facile que d'autres, y a des gens avec qui ça accroche plus, mais euh comme dans toute relation humaine. »

Pour ce faire, Antoine utilise l'écoute pour créer de l'échange et être dans une relation humaine et thérapeutique. Et c'est par ce canal qu'il veut que ses patients aient confiance.

« J'ai envie de croire que je passe beaucoup de temps à les écouter et que du coup ça aide à créer une relation parce que les gens, ils sont... j'ai envie de leur offrir un espace où ils peuvent parler et euh... et du coup euh... j'me dis que s'ils se sentent à l'aise de parler sans être interrompu et bah, ils auront plus confiance en moi parce que ils vont se dire que : « Lui, il m'écoute vraiment » et c'est ce que je fais. »

Il place le patient au centre de la rééducation qu'il propose et il n'hésite pas à se remettre en question et à proposer de laisser place à un confrère pour ne pas être délétère s'il n'arrive pas à donner confiance.

« Je sais que moi ça m'arrive de leur dire : « bah si ensemble ça fonctionne pas, on peut trouver quelqu'un d'autre. » Et je préfère largement que les patients aillent voir un autre kiné avec qui ça collera peut-être plus, plutôt qu'on s'engluie dans une relation où on n'arrive pas à se parler, où on se comprend pas et... les rapports humains fonctionnent pas. Ou parfois j'ai pas la compétence aussi pour être le mieux placé pour les aider, et au bout d'un moment, quand tu vois que ça fait euh, 7 mois que tu les suis et qu'y a zéro progrès sur des pathologies où théoriquement y a du progrès possible, bah y faut aussi se dire que peut-être ça fonctionne pas et qu'il faut aller voir un autre kiné. Euh et donc j pense que ça, c'est mon autre solution quand vraiment ça colle pas avec des patients et qu'on arrive pas à créer de l'échange. Voilà. »

La bonne relation avec le patient semble donc être une question individuelle, même si l'idée de l'écoute du patient revient entre les deux MK et qu'elle semble, à les croire, primordiale, et qu'on retrouve cette même idée avec Quentin et Charles, sur ce que le praticien doit savoir. Il paraîtrait donc qu'il faille avoir assez d'empathie pour se mettre à la place du patient et comprendre ce qu'il recherche pour pouvoir répondre à ses attentes.

3.3.8 S'adapter aux patients

Un des savoir-faire inculqués à l'IFMK de Lyon est l'adaptabilité du MK aux besoins du patient. Et c'est ce qui ressort de nos entretiens avec les MK. Qu'il s'agisse de Gwenaëlle en service hospitalier ou d'Antoine en libéral à domicile, tous les deux cherchent à s'adapter aux besoins de leurs patients, quels qu'ils soient. Et c'est par l'écoute que Gwenaëlle met en place cette adaptation.

« Je suis toujours à l'écoute du patient. Du début à la fin, je suis là pour écouter les patients. En fait, je m'adapte. Chaque patient. Je m'adapte à chaque patient. Ma rééducation en globalité, elle est toujours... fin, la même pour une même patho, mais adaptée à chaque

patient. Donc, je suis toujours à l'écoute du patient. Dans ses besoins. Dans ce qu'il veut. Dans comment il se sent. »

Antoine insiste sur le fait que ses patients puissent garder à l'esprit qu'il est là pour les aider, et c'est ce qu'il souligne dans le fait de les écouter, de s'adapter à eux.

« Que chaque séance se termine où la personne, elle a toujours cette idée en tête que : y vient pour m'aider, vraiment, et pas juste y vient pour travailler.

[...]. Bah euh... en gros euh... le psychologique, il est important, le relationnel aussi et que... et c'est pour ça que je donne autant d'importance à l'écoute euh... parce que euh... parce que je pense que je peux apporter plus en discutant avec les gens de leur problème que en leur disant soit « venez, on va faire dix squats », soit en les touchant. »

Pour Gwenaëlle, s'adapter c'est aussi accepter les refus de prise en soin de ses patients.

« Après bah voilà, y a toujours le fait de du patient qui en a ras-le-bol, qui aime pas être hospitalisé, qui est fatigué, qui euh... pour X raison qui peut être euh... un peu en disant « bah non, je ne veux pas vous voir ». Ça, ça arrive aussi. Donc il faut respecter aussi le refus du patient parce que euh... bah parce qu'il veut pas. Donc dans ces cas-là, ton patient refuse, parce que c'est un refus de, pour X raison. »

Pour Antoine, s'adapter, c'est aussi se rendre compte des limites de son métier et proposer au patient de le réorienter.

« Euh, quand les patients commencent un peu à se confier et que, qui commencent à te raconter leur vie. J'essaye de glisser : « Ah, vous savez, y a des gens dont c'est le métier qui pourraient vous aider et tout, ça s'appelle des psychologues ». Mais après y a aussi, y a... y a... ouais comme je dis j pense que les gens le font pas parce que 1, faut trouver, faudrait trouver des psychologues qui aillent à domicile, et bah les soins c'est pas pris en charge euh et donc y en a beaucoup qui peuvent pas se permettre de... d'avoir des séances de psy euh... ouais, d'avoir des séances de psy tout court.

[...]. Et bien sûr, on n'est pas formé à accompagner les personnes dans ce cas-là et en même temps, c'est pas mon métier de... enfin, je ne règle pas les problèmes psy, je ne suis ni psychologue, ni psychiatre. »

Nous remarquons donc que notre profession de santé a ses limites, à la fois, nous permettons aux patients de pouvoir parler et se livrer s'ils en ressentent le besoin, en fonction de la relation qui s'est créée, mais nous nous heurtons également à des situations pour lesquelles nous ne pouvons pas agir directement, ou en les réorientant vers les bons professionnels.

3.3.9 Le rapport au corps en masso-kinésithérapie

Antoine et Gwenaëlle sont unanimes au sujet du corps de leur patient. Les patients ne sont pas qu'un corps, mais leur corps fait bel et bien partie de l'identité de la personne. C'est donc sur cette approche que l'un et l'autre travaillent avec les patients. Et c'est comme cela qu'Antoine le verbalise.

« C'est une partie de leur identité, euh... qui traduit une problématique pour laquelle ils ont besoin d'aide et que j'essaie de les aider. »

Gwenaëlle fait état d'une non-pudeur en ce qui concerne les patients à l'hôpital. Alors, elle fait en sorte, lors de ses séances, de leur attribuer un maximum d'intimité. C'est, pour elle, une question de leur rendre de la dignité.

« Alors la pudeur, je le fais de façon, par exemple, si je soulève, si je veux faire un truc, je mets toujours le drap pour faire attention aux parties génitales. Une femme au niveau de la poitrine. J'essaie toujours de faire attention au respect de la personne et de son intimité. Après, il y a des fois où l'on ne peut pas faire et si la personne, elle est là, et pof (onomatopée), elle enlève la chemise. Elle a pas de pudeur. Bah voilà. On fait avec, hein. Et des fois, la non-pudeur, beh, j'essaie de mettre un truc parce que voilà. Je veux dire, c'est bon, à l'hôpital, on est déjà à poil toute la journée. Je veux dire, c'est bon, au bout d'un moment. On en a un peu marre, quoi. On essaye de tout faire pour qu'il soit un peu plus pudique, quoi. On va dire : bien fermer une chemise derrière. Faire en sorte de garder la dignité de la personne, quoi. »

Alors qu'Antoine, à domicile, se sent moins heurté à la question de la pudeur. Il fait en sorte de toucher le moins possible ses patients, surtout si cela n'est pas nécessaire, puis ne cherche pas à les faire se déshabiller pour la séance. S'il était amené à le faire, alors il passe toujours par le consentement, ne serait-ce que pour prendre le bras d'un patient.

« Euh, en tout cas, je trouve qu'y a quand même beaucoup de choses qu'on peut faire à travers un t-shirt ou à travers un pantalon. Surtout à domicile, ils sont quand même rarement euh... avec euh... des vêtements très épais et des trucs compliqués. Et... et après, on s'adapte, enfin, je m'adapte toujours au patient. Y a des patients qui sont plus à l'aise que d'autres du fait de montrer ou d'être touchés. Donc, euh... on essaye de s'adapter un maximum. »

L'ambition d'Antoine, lors de ses prises en soin, est de faire prendre conscience à ses patients des capacités physiques qu'ils ont et de travailler sur leur acceptation de soi.

« Donc en fait moi ce que je veux à travers ma façon de pratiquer, c'est de leur faire prendre conscience de leur capacité physique et donc de leur... et donc ça passe un peu par une perception de leur corps qui... en tout cas, j'ai l'objectif de leur faire comprendre qu'il est

plus solide et souple que ce qu'ils ne pensent. [...]. Mais l'idée, c'est vraiment, dans ma pratique, c'est vraiment changer leur perception de leur corps en termes de compétence. »

Quant à Gwenaëlle, l'impact de la rééducation qu'elle propose sur l'acceptation du corps du patient est limité, selon elle, au changement induit par la chirurgie. Et c'est par un travail autour de la cicatrice qu'elle va impacter le patient.

« Pour une femme qui a eu une mastectomie. Oui. Ça peut avoir un impact parce que je vais leur expliquer les gestes qu'il faut faire. Je vais leur montrer des choses, donc il y a un impact par rapport à ce qu'elles ont et elles me disent : « Oui, j'ai pas vu ma cicatrice », donc je vais essayer de faire... alors ceux qui ont aussi une cicatrice. Alors oui, je rebondis là-dessus. Ceux qui ont une cicatrice, ils me disent : « Je veux pas voir ma cicatrice. » Donc, je leur donne des conseils pour comment se laver, pour certains trucs, va falloir que j'intervienne. Sans voir leur cicatrice parce que justement, c'est une partie de leur corps qui les... Ouais, qu'ils me disent qui les dégoûte quand même. Et qui leur font peur. Ils veulent pas voir. Donc, euh... ouais, ça peut avoir un impact là-dessus. »

D'ailleurs, le métier de masseur-kinésithérapeute, ainsi que les études qui les y ont amenés, ont un impact sur la perception qu'ils ont eux-mêmes de leur propre corps. L'une comme l'autre, se servent de leur corps comme outil de travail.

Gwenaëlle, dans une anecdote, nous dit que si elle a besoin, elle n'hésite pas à retenir de tout son corps un patient plus grand pour qu'il ne chute pas. Et le toucher est un fait qu'elle a appris à accepter, notamment dans le cadre de son travail.

« Quand j'étais ado, machin. Je supportais pas qu'on me touche. Je dis pas que je suis fan encore que un inconnu, voilà. Mais dans mon métier, ça ne me gêne pas. Du moment que je suis en blanc, je suis soignant. »

Pour Antoine, il y a aussi l'activité physique qui a participé à l'évolution de la perception de son corps.

« Elle s'est améliorée ces derniers temps. Déjà, en reprenant le sport, je me sentais plus à l'aise dans ce que j'étais capable de faire que quand j'avais beaucoup plus arrêté. Euh... après euh... le temps aide à plein de choses. »

Les études semblent l'avoir un peu plus impacté, et particulièrement la question de la représentation du corps masculin.

« Mais euh... du coup, ouais, ça évolue, en fait, quand on prend le temps d'essayer de poser des regards un peu plus bienveillants sur ce qu'on est capable de faire et ce qu'on attend de soi. C'est quand même important et euh voilà, je suis quand même plus à l'aise avec mon

corps. Je pense que les études de kiné ont quand même beaucoup joué. Euh... parce qu'on nous a un peu jetés dans le bain euh... en TD, il faut être en sous-vêtement devant tout le monde. Et du coup, par la force des choses, tu... on va pas dire tu... J'ai pris confiance en moi, euh... dans le fait d'être regardé. Et euh voilà, et c'était aussi, y avait à la fois un côté, c'était présenté comme nécessaire dans les études et à la fois un côté d'acceptation sociale. Parce que quand t'es bah, je sais pas si c'est le cas partout, mais j'ai l'impression que dans les groupes masculins y a une présentation du corps qui est nécessaire. Y a une valorisation de certains types de corps et du coup, euh... ça force un peu le fait de travailler sur sa confiance parfois. »

Cette question de la représentation du corps masculin est d'ailleurs similaire à ce que nous disait Charles et à son utilisation des réseaux sociaux comme outil d'acceptation de soi.

Là où on peut voir un consensus entre nos deux MK sur le corps, outil de travail, il n'en reste pas moins que la perception de son corps en tant que personne est individu-dépendant et fonction du parcours de vie (Bessin, 2009).

3.3.10 Le manque de sensibilisation crée les discriminations

Au sujet des discriminations LGBT+, Gwenaëlle et Antoine répondent qu'il s'agit d'une problématique qui est réelle, qu'ils s'agissent de stéréotypes, de préjugés, ou de mégenrage dans des services conventionnels, comme le souligne Gwenaëlle qui a pu le voir dans sa pratique hospitalière ; ou encore de la méconnaissance aux sujets LGBT+, comme nous l'indique Antoine par son expérience associative de lutte contre les LGBTphobies.

Gwenaëlle pense que les discriminations sont dues à des stéréotypes, des préjugés, à la non-connaissance. Elle nous dit qu'elle a espoir en la bienveillance de la part des soignants.

« Alors, oui, je pense qu'elle existe parce que les gens ont des aprioris et ont des stéréotypes et des images préconçues et euh... voilà. Qui je pense évolue quand même, mais qu'il y en reste quand même et que c'est toujours compliqué. Euh... après, en tant que soignant, je pense qu'il y a quand même, je le souhaite du moins, une bienveillance par rapport à l'autre. Puisqu'on est quand même là pour soigner, normalement. Qui dit soignant, soigne tout le monde et sans discrimination quelle qu'elle soit. Après... euh... je pense qu'il y en a eu quand même. »

Antoine pense que les discriminations LGBT+ en santé sont de deux types : une auto-discrimination du patient par peur de jugement, et une discrimination par les soignants, soit de manière volontaire, soit involontaire.

« Je pense qu'elle est plus que réelle, de deux côtés. À la fois, du côté des patients qui vont s'auto-discriminer de faire certaines choses par peur d'être jugés. Et je pense qu'il y a

beaucoup de gens qui vont renoncer à consulter à cause de la peur de jugement. Donc, il s'auto-discrimine. Et je pense qu'elle est aussi réelle du côté des professionnels de santé. À la fois des gens qui sont volontairement discriminants. [...]. Mais, je pense qu'il y en a plein d'autres qu'on ne voit pas passer sur des gens qui sont volontairement discriminants sous couvert de la médecine. Et après, je pense qu'il y a aussi plein d'autres qui sont involontairement discriminants du fait de pas être vraiment formés à ces questions-là. Et ce qui en même temps est normal. »

Il ajoute qu'il y a une forme de discrimination liée à la précarité, notamment des personnes trans qui ont donc moins accès aux soins. Puis il parle des jugements qui existent concernant les travailleurs et travailleuses du sexe, qui sont principalement des HSH. Il instaure un passage sur les « chemsexuels » qui peut également amener à de la discrimination. Le terme « chemsexuel » permet de désigner les personnes qui ont recourt à la pratique du chemsex qui se définit, selon le site *drogue-info-service*, comme « la prise de drogue lors de rapports sexuels ». Toujours selon ce même site, cette pratique concernerait surtout les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ainsi que dans les milieux libertins hétérosexuels. (*Le Chemsex : La Prise De Drogues Lors De Rapports Sexuels – Drogues Info Service, s.d.*).

« On sait qu'une personne LGBT, notamment les personnes trans, sont souvent des personnes précaires qui ne vont pas avoir accès au professionnel de santé du fait de leur précarité financière. Donc, il y a aussi une discrimination de ce côté-là. Il y a aussi beaucoup de jugements sur les pratiques. Il y a beaucoup de personnes, de personne LGBTI... en tout cas, il y a beaucoup de personnes qui ont des rapports, on va dire, homosexuels qui sont aussi travailleurs et travailleuses du sexe. Et du coup, ça entraîne des jugements de la part des professionnels de santé, parfois qui peuvent être discriminants. Sur la pratique du chemsex aussi, ça peut entrer en difficulté dans des prises en charge soignantes qui peuvent amener des pratiques discriminantes. »

Il termine enfin en citant le rapport annuel de SOS homophobie et en résumant que la principale discrimination qui ressort des témoignages des personnes LGBT+ dans le milieu de la santé est surtout du rejet.

« Et c'est, en grande majorité, des situations où les personnes ont été rejetées par les professionnels de santé du fait de leur orientation sexuelle et/ou identité de genre. »

Selon Gwenaëlle, qui travaille dans un service dans lequel elle est amenée à rencontrer des personnes transgenres, il serait question de sensibilisation. Dans son service, les personnes qui y travaillent y sont sensibilisées et ont développé une forme de bienveillance pour cette population précise. Mais elle nous fait part que l'arrivée de stagiaires dans le

service, bien qu'ils puissent être briefés au préalable, peut amener à du mégenrage involontaire. Le mégenrage est le fait de ne pas genrer une personne par le genre auquel elle s'identifie. (SOS Homophobie, s.d.). Mégenrage qui, d'après elle, est commun dans les services conventionnels.

« Ça, je l'ai vu dans d'autres services. Parce que nous, on est un service trans. Donc, il y a quand même, si on travaille ici, on sait que... Il y a quand même une bienveillance et on est au fait de ce qu'il se passe ici. Voilà. Euh... après, on a des stagiaires. [...]. Donc, on essaye quand même à chaque fois de briefer les stagiaires pour justement éviter cette problématique et essayer quand même de garder, bah, le souhait aussi de ces patients de les appeler Madame. Parce que c'est maintenant des femmes. Voilà. Mais c'est vrai qu'ailleurs, dans les autres services, ils ne se posent pas la question de savoir si c'est Monsieur/Madame. Il y a le nom qui est écrit. Ils appellent le nom qui est écrit. C'est Monsieur Machin, c'est une femme, bah, ce sera Monsieur Machin. On se pose pas de questions, quoi. »

À la lecture des principales réponses de notre questionnaire sur les discriminations LGBT+ communes dans la santé, Antoine ne semble pas étonné, et c'est ainsi qu'il le formule. Au vu de l'ambiance générale dans la société à ce propos, cela lui paraît logique qu'elle se retrouve dans le monde de la santé. Et il exprime un manque de sensibilisation dans les formations initiales et continues.

« Moi, ça m'étonne pas que les gens aient ces retours-là du questionnaire. Parce que ça traduit une ambiance générale, j'ai l'impression. Il y a toujours beaucoup d'actes LGBTIphobes en France. Pas que dans le monde de la santé. Donc, forcément, ça paraît logique que ça se retrouve aussi dans le monde de la santé. Et en même temps, ça montre aussi tout le travail qu'il y a à faire. À la fois en formation initiale et à la fois en formation continue pour un peu sortir de cette norme que, en fait, tout le monde est forcément hétérosexuel et cisgenre. Et aller questionner ça. Et en fait, ça s'apprend de parler avec les gens et notamment avec les personnes trans et avec les personnes LGB, donc il y a quand même beaucoup de choses à faire. Oui, il y a beaucoup de travail. »

Ces notions se retrouvent dans les entretiens avec les patients également. Quentin insistait même sur une éducation générale aux questions LGBT+, avant d'aller sensibiliser spécifiquement le monde de la santé.

Et pourtant, bien que sensibilisé à la question de la discrimination, Gwenaëlle et Antoine pensent avoir pu être discriminants un jour de façon involontaire. Et ils nous l'expliquent par le fait que nous sommes tous humains et donc tous influencés par une culture, une éducation, que nous avons acquise et que lorsque nous nous confrontons à des situations que nous ne

connaissons pas, il est parfois difficile de rester dans sa posture de soignant. Ainsi, d'après eux, il n'y aurait aucune profession du soin qui serait moins discriminante qu'une autre.

« Parce que dans une même profession, ça reste quand même individu-dépendant, moi, je vais dire. Parce que, dans des mêmes professions, j'ai vu des gens qui pouvaient porter une discrimination et que d'autres n'en portaient pas quoi. Fin, je pense qu'il y a le côté... c'est pas le côté soignant qui va ressortir, c'est l'individu en tant que tel qui va ressortir. Ça va dépasser le côté soignant.

[...]. Si la personne fait ça, c'est parce qu'elle a ses convictions et qu'elle n'est plus soignante. Elle est individu avec ses propres convictions. Donc, ce n'est pas un soignant qui va parler. C'est l'individu avec ses propres convictions. »

Antoine nuance un peu les propos de Gwenaëlle en disant qu'aucun soignant n'est neutre lorsqu'il met sa blouse de soignant. Et qu'ainsi, nous nous confrontons toujours à nos idées préconçues.

« On a tous des idées préconçues et des préjugés sur plein d'aspects de la vie. Ces préjugés, ils arrivent forcément dans notre pratique, contrairement à ce que pourraient dire certaines personnes. Et que quand on met sa blouse de soignant, on ne devient pas neutre de tous nos préjugés, même s'il y a des gens qui aimeraient le croire. Et donc, forcément, tu commences les soins en arrivant avec des préjugés que voilà qui sont véhiculés du fait de notre éducation, de notre système qui n'est pas exempt de préjugés non plus. De nos rapports sociaux. Et qu'il y a plein de choses que l'on n'a pas connues. »

Il ajoute donc qu'il faut se confronter à nos idées préconçues pour les comprendre, et que l'aspect social est important à considérer, notamment dans nos formations initiales. Le problème de la discrimination serait donc dû à l'histoire de la France dans notre cas.

« Et c'est aussi pour ça qu'il y a un besoin de visibilité dans la pratique sur les différentes situations des gens. Et que, en formation initiale, il faut qu'on laisse plus de poids à ce côté social dans la prise en charge. Parce que ce n'est pas la même chose de soigner quelqu'un qui est CSP+ [Catégorie socioprofessionnelle supérieure], qu'une personne qui est issue de l'immigration, qu'une personne LGBT, qu'une personne racisée, même juste entre un homme et une femme, si on reste binaire, c'est différent. Quand on voit, il y a quand même des aberrations où l'on se dit : Ouais, on a tellement pensé la société, notamment la société française autour de l'homme blanc cis, qu'il y a plein de choses qu'on n'a pas fait.

[...]. Et du coup, en fait, on est tellement dans ce format-là depuis tout petit que l'on a forcément des préjugés qu'on promène en séance. Et à ce propos, il y a un podcast qui est incroyable de programme B qui s'appelle « Le raciste en moi », qui évoque que le fait de

grandir dans une société blanche, notamment en France. On a forcément des biais racistes du fait de notre éducation et du système et de l'histoire française qu'il faut combattre. Donc, je pense que la discrimination, elle vient de là. Parce que j'ai envie de croire que les gens ne sont pas foncièrement méchants. Il y en a qui sont méchants, mais j'ai envie de croire que l'être humain n'est pas foncièrement méchant et que beaucoup de choses reposent sur des méconnaissances et le fait de s'arrêter aux premières impressions. »

La personne discriminante serait donc une personne qui aurait appris à le devenir par la culture qui lui aurait été enseignée. Cela laisse donc présager qu'en changeant l'apprentissage, la discrimination pourrait donc faiblir.

« Le contexte socioculturel dans lequel on grandit, pour moi, il influence notre vie. Et il s'avère qu'en France, le contexte socioculturel, c'est un contexte occidental, blanc, riche, hétéro, cis majoritairement. Et du coup, on a des préjugés sur toutes les autres minorités qui fait que ça peut entraîner des actes discriminants. Mais ce qui est une bonne chose parce que ça veut dire que si on fait changer notre point de vue social et culturel, on peut combattre ça.

[...]. C'est acquis par ton éducation, mais ce n'est pas inné. Ce n'est pas biologiquement quelque chose qui fait que tu es forcément discriminant, donc c'est une bonne nouvelle. »

Cependant, même s'il n'y aurait pas une profession moins discriminante qu'une autre, le fait que les soignants puissent s'orienter dans des filières qui touchent les minorités induirait, de fait, d'être moins discriminants. C'est un fait qu'on retrouve chez nos deux patients lorsqu'ils nous parlent des centres de santé sexuelle LGBT ou des CeGIDDs.

« Je pense que les personnes qui travaillent dans les milieux auprès des minorités sont quand même moins discriminants, parce qu'ils ont choisi de travailler dans ces milieux-là. Par exemple, je pense aux personnes qui travaillent dans les permanences d'accès aux soins de santé, dans les PMI [(Protection Maternelle et Infantile)], les gens qui travaillent dans les centres d'addictologie. Je me dis que si tu fais le choix d'aller travailler dans des endroits qui s'intéressent à une part minoritaire, souvent discriminée, de la population, tu peux être moins discriminant. »

Il s'agirait donc peut-être de pouvoir sensibiliser tous les professionnels de santé à ces questions minoritaires pour agir sur la discrimination.

3.3.11 Se confronter aux minorités pour mieux les comprendre et devenir moins discriminant

Pour Gwenaëlle, il est utopiste de croire en un monde sans discrimination, parce qu'il y aura toujours des personnes qui auront leur manière de penser et qu'elles ne voudront pas regarder le monde différemment.

« L'Homme est tel qu'il est, et l'Homme a une part de bonté et une part de méchanceté. Il n'y a qu'à voir les enfants. On voit les tout-petits déjà, il y a quand même une certaine discrimination déjà entre eux. Je pense que l'Homme est tel qu'il est, et que dire que tout sera parfait et qu'il n'y aura plus jamais de discriminations, ça, j'y crois pas. Parce que ça fait partie de l'individu, l'être humain en tant que tel et que ça a toujours existé et que ça existera toujours.

[...]. Mais après, si on peut améliorer certaines choses, je pense qu'on peut, mais l'éradiquer non. »

Antoine se montre quand même plus optimiste. Même s'il ne parle que de lutte, il y a tout de même l'espoir d'arriver à changer les mentalités.

« Pour moi, il faut se confronter aux idées et aux vécus des personnes minoritaires. Dans le sens où il faut se forcer à aller écouter des podcasts, regarder des documentaires, lire des livres qui parlent des personnes minoritaires, qui sont construits, produits, créés par des personnes minoritaires. Et c'est en se confrontant et en allant toujours chercher à rencontrer les personnes que, du coup, on peut aller à l'encontre des idées préconçues qu'on a. Et donc, du coup, de fait, être moins discriminant. Plus on va connaître les gens et plus on sera à même d'être moins discriminant, je pense. »

Et c'est par un outil de discussions, d'échanges et d'interactions humaines qu'il pense que ce changement de mentalité peut avoir lieu. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il a intégré une association de lutte contre les LGBTphobies pour améliorer cet échange.

« Je pense que c'est en créant de l'échange entre les gens que on arrivera à faire évoluer les choses. C'est un peu ce qu'on fait avec [REDACTED] aussi. J'ai peut-être ce côté-là qui m'influence ou alors, j'ai rejoint [REDACTED] parce qu'il propose ça et que c'est ce qui m'a plu. Un peu des deux. Mais oui, je pense que c'est en créant... pas du débat, parce qu'on ne fait pas de débat sur l'existence des gens, mais c'est en créant de l'échange et de la discussion qu'on arrivera à lutter contre. »

Bien que nos deux masseurs-kinésithérapeutes n'aient pas exactement une vision qui soit sur la même longueur d'onde concernant ces changements, ils estiment tous les deux que ceux-ci, avec du travail, sont possibles.

4. Discussion et limites

4.1 La discrimination dans les soins

Au premier regard sur l'analyse de nos données, nous pouvons affirmer qu'il existe bel et bien de la discrimination envers les patients LGBTQIA+ lors des soins. Ce constat va de pair avec la littérature utilisée dans notre cadre conceptuel, mais également avec de nouvelles sources que nous avons découvertes lors de l'élaboration de ce travail.

Le livre *Santé LGBT, Les minorités de genre et de sexualité face aux soins*, d'Arnaud Alessandrin et al., édition Le bord de l'eau (2020), va dans le sens de nos résultats et montre l'impact que peuvent avoir les discriminations LGBTQIA+ sur la santé de cette population.

« Les violences et les discriminations homophobes, biphobes et transphobes nuisent à la santé (Dayer, 2012). Le silence aussi. Il étouffe la possibilité d'exister et de se projeter. L'hétérosexisme, en tant que système idéologique qui bicatégorise et hiérarchise les sexualités (partant du principe que toute personne est hétérosexuelle), et le cissexisme, en tant que système idéologique qui bicatégorise et hiérarchise les identités de genre (partant du principe que toute personne est cisgenre), affectent la construction identitaire et confisquent les supports d'identification. » (2020, p.6)

4.2 Le manque de sensibilisation des professions du soin

Le point principal que nous avons retrouvé, à la fois dans le questionnaire, ainsi que dans nos entretiens, patients et masseurs-kinésithérapeutes, est le manque de sensibilisation à la population LGBTQIA+ des professionnels de santé. Il s'agirait donc d'agir dans ce sens et commencer à sensibiliser les soignants de manière générale en intégrant des modules de formation sous la forme de « prise en soin inclusive et non discriminante » où il pourrait être abordé toutes les catégories minoritaires quelles qu'elles soient. À l'instar de ce que proposait Antoine lors de notre entretien, d'accentuer le côté social dans les cours. L'idée serait donc de déconstruire les stéréotypes liés aux personnes LGBTQIA+, pour leur assurer une bonne prise en soin. C'est aussi l'une des propositions de Caroline Dayer dans la préface du livre que nous venons de citer. (2020, p.8).

« Dans ce sens, une formation des professionnel·le·s de la santé permet d'affiner les connaissances relatives aux questions LGBTIQ, de comprendre les réalités vécues, de saisir leurs spécificités, de faire émerger les besoins des personnes afin d'agir de manière adéquate. Il s'agit de renforcer le développement de compétences et d'une posture professionnelle qui créent un environnement accueillant et consolident l'alliance thérapeutique (Bize et al., 2011) satisfaisante et de qualité. »

Et pour reprendre une formulation de l'un des chapitres de ce livre, bien que ce dernier s'appuie spécifiquement sur la cancérologie, il s'agirait de « *queerir* » la santé (2020, p.71).

« Quoi qu'il en soit, le binôme normal/pathologique qui se dit dans le couple trans/cis ou hétéro/homo désigne un rapport d'inversion et de polarité – non pas de contradiction. Si le cancer dicte le pathologique, c'est la manière de résister au pli normatif (entre autre genré) qui dicte l'anormal. Il est alors tenu pour malade, voire « anormal », non pas le corps cancéreux, mais le sujet qui se trouve dans l'incapacité de se montrer normatif. Ce qui caractérise la santé (et qui devrait caractériser ses « serveurs », en l'occurrence les soignants), c'est la possibilité de dépasser, aussi momentanément soit-il, la norme corporelle et genrée qui définit le normal, la possibilité de tolérer les écarts à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations mouvantes. Il devient alors difficile pour la médecine de déterminer exactement le contenu des normes dans lesquelles l'ordre genré s'élabore, sans préjuger de la possibilité ou de l'impossibilité d'une évolution éventuelle de ces normes. » (2020, p.90)

Pour pallier cela, il serait intéressant de voir naître dans les programmes des formations initiales, mais aussi en formation continue, un module de « prise en soin inclusive et non discriminante ». À l'instar du module de prévention des violences faites aux femmes, qui voit le jour notamment en formation initiale de masso-kinésithérapie, l'utilisation de films pédagogiques nous semblerait être une bonne solution. En effet, la MIPROF (Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) utilise des mises en scène cinématographiques pour former les professionnels du soin à savoir repérer les personnes victimes de violence ; en montrant l'impact que ces violences peuvent avoir sur la santé de la personne concernée, ainsi que son entourage. L'idée serait donc de se nourrir de ce format pour avoir le même impact concernant la population LGBT+.

Ainsi, David Le Breton, dans son livre *Anthropologie des émotions*, édition petite biblio payot (2021), nous montre l'impact du comédien et de la catharsis, et par quel moyen l'utilisation de ce média en formation fonctionne.

« La projection réalisée par le spectateur sur le comédien en fonction du contexte est un leurre qui fait fonctionner le récit. Ce n'est pas le contenu en soi du plan qui porte la signification, mais la relation signifiante qui naît d'une série d'images dans l'esprit du spectateur. De même, au cours d'une interaction sociale, le contexte fourni par les acteurs en présence conditionne les significations supposées qui s'échangent de part et d'autre à travers les paroles prodiguées, les mouvements du corps et du visage. Significations toujours supposées, objets d'un déchiffrement réciproque des partenaires, à travers leur sentiment du plausible et l'idée qu'ils se font l'un de l'autre. Il n'y a pas de contenu objectif à une

communication, mais une succession d'interprétations qui se modifient au fil des circonstances. Nul acteur n'est transparent à lui-même. La sociologie ne peut s'en tenir à une seule théorie cartésienne de l'homme où celui-ci ne serait pas autre chose que ce qu'il pense être. » (2021, p.155)

Nous pourrions même imaginer l'instauration de journée à thème avec la mise en place de « Théâtre Forum » qui permettrait de se voir jouer des scènes de vie, et qui donnerait la possibilité aux spectateurs de prendre la parole et de créer de l'échange autour des scènes proposées. C'est d'ailleurs ce qui est mis en place dans certaines universités de France métropolitaine dans le cadre des missions égalité-diversité, comme à l'Université Claude Bernard Lyon 1.

4.3 L'influence de la société sur le monde de la santé

Patients et MK, dans les entretiens, notamment Quentin et Antoine, s'accordaient à dire que le problème des discriminations LGBT+ n'est pas restreint au monde de la santé, mais que ce dernier est présent en amont. La discrimination dans les soins serait donc une partie d'un problème bien plus global. Quentin proposait même de réformer le système, avec une sensibilisation de la population de manière générale, par l'intermédiaire de l'école. Cet aspect se retrouve particulièrement dans nos recherches initiales sur la question de communauté. La communauté, nous disait Claude Jacquier, n'existe que parce qu'elle est créée par la société (2011). De la même manière, pour se rendre compte de l'aspect sociétal global de la discrimination LGBT+, il faut reprendre le rapport annuel des LGBTIphobie de SOS homophobie (SOS homophobie, 2023). Dans le dernier rapport, celui de 2023, sur les témoignages de 2022, il y est fait mention, dans la synthèse générale, de la haine en ligne, des commerces et services, des lieux publics, de la famille, de l'entourage et du voisinage, du travail et du milieu scolaire. Il est à noter que la santé n'est pas dans cette synthèse générale, mais qu'elle a une partie bien à elle dans ce rapport.

4.4 Travailler avec et pour les minorités

Dans le livre concernant la santé LGBT cité plus haut, il y est fait mention des résultats d'une étude qui nous indique que « 60% des personnes sondées ont eu le sentiment d'avoir été mal à l'aise du fait de leur orientation sexuelle et/ou de genre devant un·e médecin » (Alessandrin et al., 2021, p.99). Ces résultats peuvent être mis en miroir avec les résultats issus de notre questionnaire dans lequel nous retrouvons que 55,9% de nos répondants ne se sentent pas du tout en confiance ou que cela dépende du thérapeute consulté lors des soins.

C'est d'ailleurs pour cette raison, que nos patients interrogés lors des entretiens, se dirigent vers des centres de santé sexuelle communautaire ou des CeGIDDs, pour être suivis

sur des questions de l'ordre de la santé de l'intime. Nos masseurs-kinésithérapeutes avaient un discours qui allait dans ce sens également, Gwenaëlle nous disait justement qu'elle avait l'impression que la discrimination n'existait pas dans son service où ils reçoivent des patients transgenres ; et Antoine nous exprimait que se spécialiser dans le suivi des minorités, quelles qu'elles soient, impliquait d'être plus ouvert et donc moins discriminant, ne serait-ce que sur la population avec laquelle nous travaillons. Les réponses de notre questionnaire concernant l'utilisation de safe-liste, même s'il semblait chez nos répondants que seules les personnes transgenres en avaient connaissance, paraissent indiquer une forme de réponse à la recherche de soignants inclusifs. Le livre cité plus haut nous indique aller dans ce sens également : « 40% des personnes sondées ne parlent pas de leur orientation sexuelle ou de genre à leur médecin généraliste. Il y a plusieurs raisons à cela : la non-nécessité ressentie d'évoquer ces questions, la volonté de ne pas en parler continuellement, la gêne ou la honte... Pour les personnes LGBTIQ, la réception des propos intimes et privés par le ou la soignante ne va pas de soi : entre mauvais jugements et incompréhensions (réels ou supposés), l'interaction soignant·e-s/soigné·e-s semble beaucoup plus marquée par des craintes, des silences, des oppositions aussi. Le déploiement d'un marché des réputations (médecins *transfriendly* ; médecins *gayfriendly*) constitue une des réponses apportées par les collectifs LGBTIQ à ces épreuves réelles et/ou appréhendées en régime de santé. » (Alessandrin et al., 2021, p.99)

Nos recherches annexes nous ont également permis d'apprendre qu'il existerait dans chaque commissariat de France, un référent LGBT pour la prise des plaintes de cette population. (Haine anti-LGBT Ou LGBTPhobie, Que Faut-il Savoir ?, s.d.). Nous nous sommes donc demandés s'il n'y avait pas là une source de réponse de sureté pour la population LGBT+ dans des services tels que les urgences ? Former quelques soignants volontaires, au préalable d'une formation ouverte à tous, pour accueillir les patients LGBT+ aux urgences de manière à ce qu'ils se sentent écoutés, compris et non jugés.

Nous l'avons donc compris, avec ces différentes sources, ainsi que les témoignages, qu'il était utopiste de penser qu'un métier soignant, notamment la masso-kinésithérapie, serait moins discriminant qu'un autre.

4.5 Subir un acte discriminatoire peut créer une forme de culpabilité

L'analyse des entretiens patients nous a permis de nous rendre compte que, même si les patients ont eu tendance à banaliser les actes de discrimination, ils ont tous les deux l'émergence d'une forme de culpabilité sur le fait de ne pas avoir su ou pu réagir face au soignant. Ainsi, l'acte discriminant pose question sur le moment où il a été fait, mais entraîne une répercussion sur du long terme. Il pourrait être intéressant de creuser ce sujet dans

d'autres recherches, à savoir, comment est vécue la culpabilité des personnes discriminées quand elles n'ont pas su répondre à leur interlocuteur ?

Et c'est probablement par l'intermédiaire de ce sujet et l'utilisation des réseaux sociaux, dans une époque où nous sommes tous les jours connectés aux autres, que nous pourrions créer cet échange avec l'idée de témoignages, comme il en existe déjà, de patients qui pourraient évoquer leurs situations de soins discriminantes, pour permettre aux soignants de comprendre les problématiques auxquelles les patients LGBT+ sont confrontés.

4.6 En finir avec les discriminations

Nous avons fait le choix de finir notre discussion en intitulant ce dernier point par le titre même du livre de Nathalie Achard (2021). Il nous a semblé intéressant de lire et de comprendre son point de vue sur le sujet. En effet, selon elle, il serait donc question d'une volonté individuelle pour voir entériner ce changement dans la société. Vaincre les discriminations, c'est se placer à hauteur des personnes discriminées et avoir la volonté de refuser les privilèges que nous octroie notre place dans la société. En somme, il s'agirait donc d'une question purement individuelle, et c'est ce que sous-entend le sous-titre : « Prendre ses responsabilités et agir ». Le fait de voir apparaître des changements de mentalité individuellement serait le point de départ pour toucher à terme plus de monde et ainsi voir des changements au sein même de la société.

« En prenant conscience de mes privilèges, de leurs impacts, en sortant de l'idée que ce que je vis, ce que j'ai, ce que je peux est « normal », je serai plus en capacité de prendre conscience de ce qu'il se passe de l'autre côté de la pièce. Je resterai aussi attentif·ve, lucide et humble. La connaissance de mes privilèges et de leurs impacts ne me permettra jamais de prendre la parole à la place de celles et ceux qui vivent les conséquences douloureuses du système, car je n'en ai pas l'expérience personnelle et vivante [...]. En revanche, cette conscientisation me permettra de prendre ma responsabilité et d'apprendre grâce à l'autre sa réalité afin de devenir un·e allié·e. » (2021, pp.34-35)

En définitive, notre travail de recherche nous permet de penser qu'il faut apprendre à s'adapter aux patients pour leur permettre une meilleure inclusion dans les soins. L'écoute active et l'allégeance à prêter aux minorités feront de nous de meilleurs soignants, garantissant un espace sécuritaire pour leurs prises en soin en masso-kinésithérapie.

4.7 Les limites de notre étude

Ces résultats sont extrapolables, bien que notre questionnaire aurait pu bénéficier de plus de réponses pour augmenter sa puissance et aussi sa valeur. De même, pour les entretiens, il aurait fallu avoir plus de témoignages de patients et également de MK. À l'heure actuelle,

dans notre travail, la parole a été donnée aux patients cisgenres homosexuels et cela représente un biais majeur. Les voix féminines manquent, ainsi que celle des personnes transgenres, notamment. La seule voix féminine dans nos données empiriques est celle de Gwenaëlle. Mais là encore, nous obtenons une vision plutôt unilatérale de la discrimination chez les MK, puisque tous deux sont sensibilisés à la question des discriminations.

L'outil de diffusion du questionnaire était, lui aussi, un biais de sélection, il obligeait chaque répondant à utiliser internet et il nécessitait d'avoir un compte Instagram puisque c'était le réseau social sur lequel nous avons diffusé le lien qui y donnait accès.

Comme dit précédemment, les entretiens ont été un exercice très formateur pour moi. Cependant mon manque d'expérience dans ce domaine et ma façon trop pédagogique de les faire a sans doute, spécifiquement avec les patients, influencé certaines réponses.

4.8 Ouvertures

Tout ce travail de fin d'étude nous a fait prendre conscience et a mis en évidence le fait que de la discrimination existait dans les soins, notamment pour les patients LGBT+.

Il pourrait ainsi faire naître la question inverse, à savoir : est-ce que les soignants LGBT+ subissent de la discrimination ? De la part de leurs patients ? De la part de leurs confrères, tous métiers confondus ?

En effet, dans le désir de créer du lien avec ses patients, un soignant LGBT+ se mettrait-il dans une forme de danger en partageant de l'intime avec ses patients ?

Comme évoqué plus haut, l'aspect psychologique de la culpabilité engendrée par les conséquences des discriminations subies pourrait être intéressant à traiter.

Enfin, il pourrait également être pertinent, dans une vision plus sociologique, d'aller questionner les discriminations LGBT+ intracommunautaires pour aborder les notions de personnes LGBT+ racisées, follophobie, etc. (Sexosafe, s.d.). De quelle manière être une personne cisgenre, homosexuelle et blanche serait une forme de protection par rapport à une personne cisgenre, homosexuelle et racisée ? (Achard, 2021)

5. Conclusion

Alors comment faudrait-il faire pour prendre en soin de manière inclusive et sans discriminer les patients LGBTQIA+ ?

Bien que les données scientifiques sur le sujet soient légères et que notre travail de recherche par questionnaire et par entretiens soit, eux aussi, limités, les questions de discriminations envers le public LGBT+ lors des soins sont un réel problème de santé publique.

Ce travail mériterait d'être approfondi pour récupérer la voix des personnes féminines, ainsi que celle des personnes transgenres et de toutes celles qui ne se reconnaissent pas dans les identités de genre attribuées à la naissance, notamment grâce à l'outil d'entretien.

Il semblerait tout de même que le problème d'un manque d'information, de sensibilisation à la population LGBT+, soit présent dans les formations du soin, toute profession confondue. Il paraîtrait également qu'il s'agisse d'un problème plus profond, d'éducation de la population générale. Enfin, devenir des soignants alliés, à l'écoute et sensibilisés pourrait être le bon chemin à prendre pour donner plus de sécurité à nos patients LGBT+.

Références bibliographiques

- Achard, N. (2022). En finir avec les discriminations : Prendre ses responsabilités et agir. Marabout.
- Alessandrin, A. (2023). Sociologie des transidentités (2e édition revue et augmentée). le Cavalier bleu.
- Alessandrin, A., Dagorn, J., Meidani, A., Richard, G., & Toulze, M. (Éds.). (2020). Santé LGBT : Les minorités de genre et de sexualité face aux soins. Le Bord de l'eau.
- Alessandrin, A., & Raibaud, Y. (2013). Les lieux de l'homophobie ordinaire. Cahiers de l'action, 40(3), 21-26. <https://doi.org/10.3917/cact.040.0021>
- Alharbi, H. H. O., Al-Dubai, S. A. R., Almutairi, R. M. H., & Alharbi, M. H. (2022). Stigmatization and discrimination against people living with HIV/AIDS : Knowledge, attitudes, and practices of healthcare workers in the primary healthcare centers in Madinah, Saudi Arabia, 2022. Journal of Family & Community Medicine, 29(3), 230-237. https://doi.org/10.4103/jfcm.jfcm_136_22
- Amossy, R., & Herschberg Pierrot, A. (2021). Stéréotypes et clichés. Langue, discours, société: Vol. 4e éd. Armand Colin; Cairn.info. <https://www.cairn.info/stereotypes-et-cliches--9782200631727.htm>
- Bessin, M. (2009). Parcours de vie et temporalités biographiques : Quelques éléments de problématique. Informations sociales, 156(6), 12-21. <https://doi.org/10.3917/inso.156.0012>
- Broqua, C. (2018). La « communauté homosexuelle » comme peuple transnational. Une fiction politique. L'Homme & la Société, 208(3), 143-167. <https://doi.org/10.3917/lhs.208.0143>
- Chapitre Ier : Masseur-kinésithérapeute. (Articles L4321-1 à L4321-22), Code de la Santé Publique. Consulté 21 avril 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171311/#LEGISCTA000006171311
- Chartrain, C. (2013a). Prévenir et sensibiliser dans le cadre scolaire. Cahiers de l'action, 40(3), 55-70. <https://doi.org/10.3917/cact.040.0055>
- Chartrain, C. (2013b). Protéger, prendre en charge et accompagner les jeunes LGBT. Cahiers de l'action, 40(3), 37-53. <https://doi.org/10.3917/cact.040.0037>
- Chartrain, C., Amsellem-Mainguy, Y., & Olivier, A. (2013). Prévenir et sensibiliser au-delà du cadre scolaire. Cahiers de l'action, 40(3), 71-90. <https://doi.org/10.3917/cact.040.0071>
- Conseil de l'Europe. (s. d.). L'intersectionnalité et la discrimination multiple. Questions de genre. Consulté 30 août 2023, à l'adresse <https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/intersectionality-and-multiple-discrimination>
- Copti, N., Shahriari, R., Wanek, L., & Fitzsimmons, A. (2016). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Inclusion in Physical Therapy : Advocating for Cultural Competency in Physical Therapist Education Across the United States. Journal of Physical Therapy Education, 30(4), 11-16.
- Crespelle, A. (2009). Huit types de culpabilité. Actualités en analyse transactionnelle, 132(4), 15-24. <https://doi.org/10.3917/aatc.132.0015>

Défenseur des Droits. (2023, mars 8). Lutter contre les discriminations et promouvoir l'égalité. Défenseur des Droits. <https://www.defenseurdesdroits.fr/lutter-contre-les-discriminations-et-promouvoir-egalite-185>

Delebarre, C., & Genon, C. (2013). L'impact de l'homophobie sur la santé des jeunes homosexuel·le·s. *Cahiers de l'action*, 40(3), 27-36. <https://doi.org/10.3917/cact.040.0027>

Demarcq, S. (2020). La place de la kinésithérapie dans les parcours de transition des patients transidentitaires [Mémoire de masso-kinésithérapie, Institut de formation en masso-kinésithérapie du nord de la France]. Kinedoc. <https://kinedoc.org/work/kinedoc/1c88ec30-3786-4add-945c-cde4b41fc308.pdf>

Drogues Info Service. (s. d.). Le chemsex : La prise de drogues lors de rapports sexuels. Drogues Info Service. Consulté 21 avril 2024, à l'adresse <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Les-drogues-et-leur-consommation/Le-chemsex-la-prise-de-drogues-lors-de-rapports-sexuels>

Éducation et homophobie, une forme de discrimination dans le système... (s. d.). Consulté 25 janvier 2023, à l'adresse <https://calenda.org/201261>

Giami, A. (2016). De l'émancipation à l'institutionnalisation : Santé sexuelle et droits sexuels. *Genre, sexualité & société*, 15, Article 15. <https://doi.org/10.4000/gss.3720>

Glick, J. C., Leamy, C., Hewlett Molsberry, A., & Kerfeld, C. I. (2020). Moving Toward Equitable Health Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Patients : Education and Training in Physical Therapy Education. *Journal of Physical Therapy Education*, 34(3), 192-197. <https://doi.org/10.1097/JTE.0000000000000140>

Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin ?

Hesbeen, W. (2003). Recherches disciplinaires et pratiques pluriprofessionnelles.

Hesbeen, W. (2018, novembre 27). Le caring est-il prendre soin—GEFERS / le-caring-est-il-prendre-soin-gefers.pdf / PDF4PRO. PDF4PRO. <https://pdf4pro.com/view/le-caring-est-il-prendre-soin-gefers-52a38b.html>

Ipsos. (2023, juin 1). LGBT+ Pride 2023 : 10% des Français s'identifient comme LGBT+. <https://www.ipsos.com/fr-fr/lgbt-pride-2023-10-des-francais-sidentifient-comme-lgbt>

Jacquier, C. (2011). Qu'est-ce qu'une communauté ? En quoi cette notion peut-elle être utile aujourd'hui? *Vie sociale*, 2(2), 33-48. <https://doi.org/10.3917/vsoc.112.0033>

Larousse. (s. d.). Communautarisme. Larousse en ligne. Consulté 25 février 2024, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communautarisme/17550>

Le Breton, D. (2018). La sociologie du corps (10e éd. mise à jour). Que sais-je ?

Le Breton, D. (2021). *Anthropologie des émotions : Être affectivement au monde* (Nouvelle édition). Éditions Payot & Rivages.

Le Robert. (s. d.-a). Bientraitance. Dico en ligne Le Robert. Consulté 29 février 2024, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/bientraitance>

Le Robert. (s. d.-b). Bienveillance. Dico en ligne Le Robert. Consulté 29 février 2024, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/bienveillance>

Le Robert. (s. d.-c). Communautarisme. Dico en ligne Le Robert. Consulté 25 février 2024, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/communautarisme>

Le Robert. (s. d.-d). Communauté. Dico en ligne Le Robert. Consulté 25 février 2024, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/communaute>

Le Robert. (s. d.-e). Discrimination. Dico en ligne Le Robert. Consulté 1 février 2024, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/discrimination>

Le Robert. (s. d.-f). Préjugé. Dico en ligne Le Robert. Consulté 29 février 2024, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/prejuge>

Le Robert. (s. d.-g). Stéréotype. Dico en ligne Le Robert. Consulté 29 février 2024, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/stereotype>

Leite, J. D., & Lopes, R. E. (2022). Dissident Genders and Sexualities in the Occupational Therapy Peer-Reviewed Literature : A Scoping Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 76(5), 7605205160. <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.049322>

Lerch, A. (2013). Visibilité croissante, dignité contestée : Quelques étapes dans la reconnaissance sociale de l'homosexualité en France. *Cahiers de l'action*, 40(3), 13-19. <https://doi.org/10.3917/cact.040.0013>

Lert, F., & Girard, G. (2017, mars 9). La santé des personnes LGBT: où en est-on ? https://www.liberation.fr/debats/2017/03/09/la-sante-des-personnes-lgbt-ou-en-est-on_1554253/

LOI n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations (1), 2008-496 (2008).

Macé, É. (2010). Ce que les normes de genre font aux corps / Ce que les corps trans font aux normes de genre. *Sociologie*, 1(4), 497-515. <https://doi.org/10.3917/socio.004.0497>

Michon, C., & Yersin, L. (2021). Pratique physiothérapeutique et chirurgie d'affirmation de genre homme à femme, l'impact des inégalités sociales : Une scoping review [Mémoire de physiothérapie, Haute Ecole de Santé Vaud; Ressource électronique]. <https://doi.org/10.22005/bcu.306036>

Morvillers, J.-M. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*, 122(3), 77-81. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0077>

Ndobo, A. (2010). Chapitre 2. Stéréotypes, préjugés et discriminations. Dans : , A. Ndobo, *Les nouveaux visages de la discrimination* (pp. 29-54). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Nosrat, S., Whitworth, J. W., & Ciccolo, J. T. (2017). Exercise and mental health of people living with HIV : A systematic review. *Chronic Illness*, 13(4), 299-319. <https://doi.org/10.1177/1742395317694224>

Péoc'h, N. (2011). Bientraitance et éthique du care... Similitudes et différences autour d'une recension des écrits scientifiques. *Recherche en soins infirmiers*, 105(2), 4-13. <https://doi.org/10.3917/rsi.105.0004>

Piketty, T. (2022). Mesurer le racisme, vaincre les discriminations. Seuil.

Questionsexualité. (s. d.). Haine anti-LGBT ou LGBTPhobie, que faut-il savoir ? Questionsexualité.fr. Consulté 1 février 2024, à l'adresse <https://questionsexualite.fr/lutter-contre-les-violences-et-discriminations/la-violence-dans-la-societe/que-sont-les-lgbtphobies>

RÉSEAU GAY-FRIENDLY. (s. d.). Medecin Gay-friendly LGBT. Medecin Gay-friendly LGBT. Consulté 21 avril 2024, à l'adresse <https://www.medecin-gay-friendly.fr/>

Richard, E. (2023). Les vécus des patient·es transgenres dans leur réappropriation du corps lors des soins en masso-kinésithérapie : une approche socio-anthropologique

Roelens, C. (2019). Bienveillance. *Le Télémaque*, 55(1), 21-34.
<https://doi.org/10.3917/tele.055.0021>

Santé Publique France. (s. d.). Ampleur et impact sur la santé des discriminations et violences vécues par les personnes lesbiennes, gays, bisexuel·le·s et trans (LGBT) en France. Consulté 2 avril 2023, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/ampleur-et-impact-sur-la-sante-des-discriminations-et-violences-vecues-par-les-personnes-lesbiennes-gays-bisexuel-le-s-et-trans-lgbt-en-france>

Sexosafe. (s. d.-a). Le « milieu » gay, la « communauté », c'est quoi ? Sexosafe. Consulté 25 février 2024, à l'adresse <https://www.sexosafe.fr/ma-vie-sociale/identite/le-milieu-gay-la-communaute-c-est-quoi>

Sexosafe. (s. d.-b). Pourquoi les gays se discriminent entre eux ? Sexosafe. Consulté 21 avril 2024, à l'adresse <https://www.sexosafe.fr/ma-vie-sociale/discriminations/pourquoi-les-gays-se-discriminent-entre-eux>

SOS homophobie. (s. d.). Mégenrer. SOS homophobie. Consulté 21 avril 2024, à l'adresse <https://www.sos-homophobie.org/informer/definitions/megenrer>

SOS homophobie. (2022). Rapport sur les LGBTIphobies 2022. https://ressource.sos-homophobie.org/Rapports_annuels/rapport_LGBTIphobies_2022.pdf

SOS homophobie. (2023). Rapport sur les LGBTIphobies 2023. https://ressource.sos-homophobie.org/Rapports_annuels/Rapport_LGBTIphobies_2023.pdf

Tamagne, F. (2006). Histoire des homosexualités en Europe : Un état des lieux. *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 53-4(4), 7-31. <https://doi.org/10.3917/rhmc.534.0007>

Trigano, S. (2019). Une « communauté » LGBT ? *Pardès*, 64-65(1-2), 407-408.
<https://doi.org/10.3917/parde.064.0407>

Trindade-Chadeau, A. (2013). Éducation populaire, respect de la différence et prévention des discriminations liées au genre et à l'orientation sexuelle. *Cahiers de l'action*, 40(3), 5-8.
<https://doi.org/10.3917/cact.040.0005>

Vigil-Ripoche, M.-A. (2011). Prendre soin entre sollicitude et nécessité. *Recherche en soins infirmiers*, 107(4), 6-6. <https://doi.org/10.3917/rsi.107.0006>

Vigil-Ripoche, M.-A. (2012). Prendre soin, care et caring. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 244-249). Association de Recherche en Soins Infirmiers.
<https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0244>

ANNEXES

Table des annexes

ANNEXE I – Loi n°2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d’adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations	1
ANNEXE II – Questionnaire portant sur les discriminations des personnes LGBTQIA+ dans les actes de soins médicaux et paramédicaux.....	10
ANNEXE III – Guide d’entretien exploratoire patient LGBTQIA+	18
ANNEXE IV – Guide d’entretien exploratoire MKDE	23
ANNEXE V – Transcrit entretien avec Charles	29
ANNEXE VI – Transcrit entretien avec Quentin.....	62
ANNEXE VII – Transcrit entretien avec Antoine	93
ANNEXE VIII – Transcrit entretien avec Gwenaëlle.....	126

ANNEXE I – Loi n°2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE** **Légifrance**
Le service public de la diffusion du droit

*Liberté
Égalité
Fraternité*

LOI n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations (1)

📅 Dernière mise à jour des données de ce texte : 09 décembre 2020

NOR : MTSX0769280L

JORF n°0123 du 28 mai 2008

Dossier Législatif : LOI n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations

Version en vigueur au 01 février 2024

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1

Modifié par LOI n°2017-256 du 28 février 2017 - art. 70

Constitue une discrimination directe la situation dans laquelle, sur le fondement de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de sa grossesse, de son apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de sa situation économique, apparente ou connue de son auteur, de son patronyme, de son lieu de résidence ou de sa domiciliation bancaire, de son état de santé, de sa perte d'autonomie, de son handicap, de ses caractéristiques génétiques, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son identité de genre, de son âge, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales, de sa capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une prétendue race ou une religion déterminée, une personne est traitée de manière moins favorable qu'une autre ne l'est, ne l'a été ou ne l'aura été dans une situation comparable.

Constitue une discrimination indirecte une disposition, un critère ou une pratique neutre en apparence, mais susceptible d'entraîner, pour l'un des motifs mentionnés au premier alinéa, un désavantage particulier pour des personnes par rapport à d'autres personnes, à moins que cette disposition, ce critère ou cette pratique ne soit objectivement justifié par un but légitime et que les moyens pour réaliser ce but ne soient nécessaires et appropriés.

La discrimination inclut :

1° Tout agissement lié à l'un des motifs mentionnés au premier alinéa et tout agissement à connotation sexuelle, subis par une personne et ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant ;

2° Le fait d'enjoindre à quiconque d'adopter un comportement prohibé par l'article 2.

NOTA :

Conformément au II de l'article 92 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016, ces dispositions sont applicables aux seules actions dont le fait générateur de la responsabilité ou le manquement est postérieur à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Article 2

Modifié par LOI n°2016-1547 du 18 novembre 2016 - art. 86

Sans préjudice de l'application des autres règles assurant le respect du principe d'égalité :

1° (Abrogé) ;

2° Toute discrimination directe ou indirecte fondée sur un motif mentionné à l'article 1er est interdite en matière d'affiliation et d'engagement dans une organisation syndicale ou professionnelle, y compris d'avantages procurés par elle, d'accès à l'emploi, d'emploi, de formation professionnelle et de travail, y compris de travail indépendant ou non salarié, ainsi que de conditions de travail et de promotion professionnelle.

Ce principe ne fait pas obstacle aux différences de traitement fondées sur les motifs visés à l'alinéa précédent lorsqu'elles répondent à une exigence professionnelle essentielle et déterminante et pour autant que l'objectif soit légitime et l'exigence proportionnée ;

3° Toute discrimination directe ou indirecte fondée sur un motif mentionné à l'article 1er est interdite en matière de protection sociale, de santé, d'avantages sociaux, d'éducation, d'accès aux biens et services ou de fourniture de biens et services.

Ce principe ne fait pas obstacle à ce que des différences soient faites selon l'un des motifs mentionnés au premier alinéa du présent 3° lorsqu'elles sont justifiées par un but légitime et que les moyens de parvenir à ce but sont nécessaires et appropriés.

La dérogation prévue au deuxième alinéa du présent 3° n'est pas applicable aux différences de traitement fondées sur l'origine, le patronyme ou l'appartenance ou la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une prétendue race ;

4° Toute discrimination directe ou indirecte est interdite en raison de la grossesse ou de la maternité, y compris du congé de maternité.

Ce principe ne fait pas obstacle aux mesures prises en faveur des femmes en raison de la grossesse ou la maternité, y compris du congé de maternité, ou de la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes ;

5° Ces principes ne font notamment pas obstacle :

- a) Aux mesures prises en faveur des personnes handicapées et visant à favoriser l'égalité de traitement ;
- b) Aux mesures prises en faveur des personnes résidant dans certaines zones géographiques et visant à favoriser l'égalité de traitement ;
- c) A l'organisation d'enseignements par regroupement des élèves en fonction de leur sexe ;

6° Ces principes ne font pas obstacle aux différences de traitement prévues et autorisées par les lois et règlements en vigueur à la date de publication de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle.

NOTA :

Conformément au II de l'article 92 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016, ces dispositions sont applicables aux seules actions dont le fait générateur de la responsabilité ou le manquement est postérieur à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Article 3

Aucune personne ayant témoigné de bonne foi d'un agissement discriminatoire ou l'ayant relaté ne peut être traitée défavorablement de ce fait.

Aucune décision défavorable à une personne ne peut être fondée sur sa soumission ou son refus de se soumettre à une discrimination prohibée par l'article 2.

Article 4

Modifié par LOI n°2017-86 du 27 janvier 2017 - art. 180

Toute personne qui s'estime victime d'une discrimination directe ou indirecte présente devant la juridiction compétente les faits qui permettent d'en présumer l'existence. Au vu de ces éléments, il appartient à la partie défenderesse de prouver que la mesure en cause est justifiée par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. Le juge forme sa conviction après avoir ordonné, en cas de besoin, toutes les mesures d'instruction qu'il estime utiles.

Le fait que la victime ait seulement poursuivi l'objectif de démontrer l'existence d'un agissement ou d'une injonction discriminatoire n'exclut pas, en cas de préjudice causé à cette personne, la responsabilité de la partie défenderesse.

Le présent article ne s'applique pas devant les juridictions pénales.

Article 5

- I. - Les articles 1er à 4 et 7 à 10 s'appliquent à toutes les personnes publiques ou privées, y compris celles exerçant une activité professionnelle indépendante.
- II. - Ils s'entendent sans préjudice des dispositions et conditions relatives à l'admission et au séjour des ressortissants des pays nonmembres de l'Union européenne et des apatrides.

Article 6

A modifié les dispositions suivantes

Transfert Code du travail - art. L1133-1 (T)

Modifie Code du travail - art. L1133-2 (V)

Modifie Code du travail - art. L1132-1 (V)

Modifie Code du travail - art. L1133-1 (V)

Transfert Code du travail - art. L1133-2 (T)

Transfert Code du travail - art. L1133-3 (T)

Crée Code du travail - art. L1133-4 (V)

Modifie Code du travail - art. L1134-1 (M)

Modifie Code du travail - art. L1142-2 (V)

Modifie Code du travail - art. L1142-6 (V)

Modifie Code du travail - art. L2141-1 (V)

Modifie Code du travail - art. L5213-6 (V)

Article 7

A modifié les
dispositions
suivantes
Modifie Code
pénal - art. 225-
3 (V)

Article 8

A modifié les dispositions suivantes

Crée Code de la sécurité sociale. - art. L931-3-2 (V)

Crée Code de la mutualité - art. L112-1-1 (V)

Article 9

A modifié les dispositions suivantes

Abroge Loi n°2004-1486 du 30 décembre 2004 - TITRE II : MISE EN OEUVRE DU PRINCIPE DE L'ÉGAL... (Ab)

Abroge Loi n°2004-1486 du 30 décembre 2004 - art. 19 (Ab)

Article 9-1

Modifié par LOI n°2020-1525 du 7 décembre 2020 - art. 20

I. – Le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes est placé auprès du Premier ministre. Il a pour mission d'animer le débat public sur les grandes orientations de la politique des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes.

A cette fin, le Haut Conseil :

1° Formule des recommandations et des avis et propose des réformes au Premier ministre ;

2° Contribue à l'évaluation des politiques publiques conduites en matière de droits des femmes et d'égalité entre les femmes et les hommes dans tous les champs de la vie sociale et professionnelle au regard des objectifs fixés par la loi et les engagements internationaux de la France ;

3° Assure un suivi des évolutions législatives et réglementaires et de leurs impacts sur la politique publique d'égalité entre les femmes et les hommes ;

4° Recueille, fait produire et diffuse les données, analyses, études et recherches sur les droits des femmes et l'égalité entre les femmes et les hommes, aux niveaux national, européen et international ;

5° Remet, tous les ans, au Premier ministre et au ministre chargé des droits des femmes un rapport sur l'état du sexisme en France. Ce rapport est rendu public.

Le Haut Conseil mène librement ses travaux, formule librement ses recommandations et adresse librement ses communications.

Le Haut Conseil peut être saisi par le Premier ministre ou par le ministre chargé des droits des femmes. Il peut se saisir de toute question de nature à contribuer aux missions qui lui sont confiées.

Le Haut Conseil est consulté sur les projets de loi et de décret ayant pour objet d'assurer l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes ainsi que sur les textes relatifs à des conditions particulières de travail propres à l'un ou l'autre sexe, dans des conditions définies par décret.

I bis. – Le Haut Conseil comprend parmi ses membres deux députés et deux sénateurs ainsi que, de droit, les présidents des délégations parlementaires aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes de l'Assemblée nationale et du Sénat.

II. – L'écart entre le nombre de femmes et le nombre d'hommes qui sont nommés au Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes ne peut être supérieur à un. Les conditions dans lesquelles il est procédé aux désignations ainsi que le fonctionnement et la composition du Haut Conseil sont fixés par décret.

Article 10

Modifié par LOI n°2016-1547 du 18 novembre 2016 - art. 86

Sous réserve du présent article, le chapitre Ier du titre V de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle ainsi que le chapitre X du titre VII du livre VII du code de justice administrative s'appliquent à l'action ouverte sur le fondement du présent article.

Une association régulièrement déclarée depuis cinq ans au moins intervenant dans la lutte contre les discriminations ou œuvrant dans le domaine du handicap peut agir devant une juridiction civile ou administrative afin d'établir que plusieurs personnes physiques font l'objet d'une discrimination directe ou indirecte, au sens de la présente loi ou des dispositions législatives en vigueur, fondée sur un même motif et imputable à une même personne. Peuvent agir aux mêmes fins les associations régulièrement déclarées depuis cinq ans au moins dont l'objet statutaire comporte la défense d'un intérêt lésé par la discrimination en cause.

L'action peut tendre à la cessation du manquement et, le cas échéant, en cas de manquement, à la réparation des préjudices subis.

II.-Le présent article n'est toutefois pas applicable à l'action de groupe engagée contre un employeur qui relève, selon le cas, du chapitre IV du titre III du livre Ier de la première partie du code du travail ou du chapitre XI du titre VII du livre VII du code de justice administrative.

NOTA :

Conformément au II de l'article 92 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016, ces dispositions sont applicables aux seules actions dont le fait générateur de la responsabilité ou le manquement est postérieur à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Article 11

Création LOI n°2016-1547 du 18 novembre 2016 - art. 86

La présente loi est applicable en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française, dans les îles Wallis et Futuna et dans les Terres australes et antarctiques françaises dans toutes les matières que la loi organique ne réserve pas à la compétence de leurs institutions.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 27 mai 2008.

Nicolas Sarkozy

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
François Fillon
La ministre de l'intérieur,
de l'outre-mer et des
collectivités territoriales,
Michèle Alliot-Marie

La
ministre
de
l'écono
mie, de
l'industri
e et de
l'emploi,
Christine Lagarde
Le ministre de
l'immigration, de
l'intégration, de
l'identité
nationale et du
développement
solidaire, Brice
Hortefeux

La garde des sceaux, ministre
de la justice,
Rachida Dati
Le ministre du travail,
des relations sociales,
de la famille et de la
solidarité, Xavier
Bertrand
Le ministre de l'éducation
nationale,
Xavier Darcos
La
minis
tre
de la
sant
é, de
la
jeun
esse,
des
sport
s et
de la
vie
asso
ciativ
e,
Roselyne Bachelot-Narquin
Le ministre du
budget, des comptes
publics et de la
fonction publique,
Eric Woerth

(1) Loi n° 2008-496.

— Directives communautaires :

Directive 2000/43/CE du Conseil du 29 juin 2000 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique ;

Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail ;

Directive 2002/73/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 modifiant la directive 76/207/CEE du Conseil relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en ce qui concerne l'accès à l'emploi, à la formation et à la promotion professionnelles, et les conditions de travail ;

Directive 2004/113/CE du Conseil du 13 décembre 2004 mettant en œuvre le principe de l'égalité de traitement entre les femmes et les hommes dans l'accès à des biens et services et la fourniture de biens et services ;

Directive 2006/54/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 juillet 2006 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité des chances et de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail. — Travaux préparatoires :

Assem
blée
national
e :

Projet
de loi n°
514 ;

Rapport de Mme Isabelle Vasseur, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 695 ; Discussion et adoption, après déclaration d'urgence, le 25 mars 2008 (TA n° 115).

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n° 241 (2007-2008) ;

Rapport de Mme Muguet Dini, au nom de la commission des affaires sociales, n° 253 (2007-2008) ;

Rapport d'information de Mme Christiane Hummel, au nom de la délégation aux droits des femmes, n° 252 (2007-2008) ; Discussion et adoption le 9 avril 2008 (TA n° 72).

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat, n° 811 ;

Rapport de Mme Isabelle Vasseur, au nom de la commission mixte paritaire, n° 882 ;

Discussion et adoption le 14 mai 2008 (TA n° 142).

Sénat :

Rapport de Mme Muguet Dini, au nom de la commission mixte paritaire, n° 324 (2007-2008) ; Discussion et adoption le 15 mai 2008 (TA n° 92).

ANNEXE II – Questionnaire portant sur les discriminations des personnes LGBTQIA+ dans les actes de soins médicaux et paramédicaux

Bonjour,

D'abord je vous remercie de votre intérêt pour ce questionnaire. Celui-ci ne devrait prendre qu'une dizaine de minutes maximum.

Je m'appelle Tony, je suis étudiant en Masso-Kinésithérapie à l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation (ISTR) de Lyon.

Ce travail se déroule dans le cadre de mon mémoire. Le questionnaire a pour but de faire émerger quelques statistiques sur des soins médicaux et/ou paramédicaux durant lesquels vous auriez pu être discriminé·e, ou vous sentir discriminé·e du fait de votre appartenance à la communauté LGBTQIA+. Pour des raisons de protections des données (RGPD), les réponses que vous donnerez seront anonymisées. Je m'en servirai uniquement pour l'écriture de mon mémoire.

*** Indique une question obligatoire**

Première partie (1/2)

Pour vous présentez un peu, veuillez répondre aux prochaines questions :

Question 1 : Comment vous appelez-vous ? *

Question 2 : Quel âge avez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Entre 15 et 17 ans
- ☐ Entre 18 et 25 ans
- ☐ Entre 26 et 45 ans
- ☐ Entre 46 et 65 ans
- ☐ Entre 66 ans et plus

Question 3 : Quel(s) est/sont le(s) pronom(s) qui vous identifie le mieux ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Il
- ☐ Elle
- ☐ Iel
- ☐ Autre :

Question 4 : Répondez-vous à la définition des personnes LGBTQIA+ ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non *Passer à la section 19 (Remerciements).*

Première partie (2/2)

Question 5 : Etes-vous ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Lesbienne
- ☐ Gay
- ☐ Bisexuel·le
- ☐ Je suis une personne transgenre
- ☐ Hétérosexuel·le
- ☐ Ne souhaite pas répondre

Autre :

Deuxième partie (1/7)

Pour me donner votre avis sur la santé et la représentation LGBT, veuillez répondre aux prochaines questions :

Question 6 : Vous sentez-vous en confiance lorsque vous consultez un·e thérapeute ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ça dépend du thérapeute

Question 7 : D'après-vous les personnes LGBTQIA+ sont-elles bien considérées dans le monde de la santé ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Question 8 : D'après-vous existe-t-il des discriminations faites aux personnes LGBTQIA+ dans le cadre de consultations médicales et/ou paramédicales ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non *Passer à la question 10*

Deuxième partie (2/7)

Question 9 : D'après vous, quelles sont les discriminations généralement faites aux personnes LGBTQIA+ dans le cadre de consultations médicales et/ou paramédicales ? *

Deuxième partie (3/7)

Question 10 : Demandez-vous conseil à votre entourage de la communauté LGBTQIA+ avant de consulter un·e professionnel·le de santé ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 11 : Connaissez-vous l'existence de Safe List LGBTQIA+ ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non *Passer à la question 14*

Deuxième partie (4/7)

Question 12 : Pouvez-vous m'indiquer quelle Safe List LGBTQIA+ avez-vous consulté ? *

Question 13 : Les thérapeutes que vous consultez, vous ont-ils·elles été recommandé·e·s par une Safe List LGBTQIA+ ? *

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

Deuxième partie (5/7)

Question 14 : Vous êtes-vous déjà senti·e discriminé·e personnellement lors d'une séance de soin ? *

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non *Passer à la question 20*

Deuxième partie (6/7)

Question 15 : Avec quel·le·s thérapeute·s la situation discriminante s'est-elle produite ? *

Plusieurs réponses possibles.

☐ Médecin généraliste

☐ Médecin spécialiste

☐ Infirmièr·e

☐ Kinésithérapeute

☐ Psychologue

☐ Autre :

Question 16 : Le·a·s thérapeute·s connaissait·ent-il·elle·s votre appartenance à la communauté LGBTQIA+ ? *

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

Question 17 : Le·a·s thérapeute·s était·ent-il·elle·s un·e/des thérapeute·s que vous consultiez régulièrement ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 18 : En quelques mots, pouvez-vous me raconter la situation de l'acte de discrimination ? *

Question 19 : L'acte de discrimination que vous venez de décrire a-t-il eu lieu en France métropolitaine ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

Deuxième partie (7/7)

Question 20 : Selon vous, quel devrait être l'**atout principal** d'un·e thérapeute en * général ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Être à l'écoute
- ☐ Être bienveillant·e
- ☐ Être doux·e
- ☐ Être sûr·e de soi
- ☐ Être honnête
- ☐ Être respectueux·se Octroyer les meilleurs soins
- ☐ Autre :

Troisième partie (1/3) :

En ce qui concerne la kinésithérapie, veuillez répondre aux questions suivantes :

Question 21 : Avez-vous déjà été en séance de masso-kinésithérapie ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non *Passer à la question 25*

Troisième partie (2/3)

Question 22 : La dernière séance date-t-elle de moins de 2 ans ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 23 : Lors de ces séances, vous sentiez-vous en confiance ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Pas tout le temps

Question 24 : Racontez-moi ce qui, lors de ces séances, a pu vous procurer un sentiment de confiance ou non : *

Troisième partie (3/3)

Question 25 : En quelques mots, comment définiriez-vous le métier de Masso-Kinésithérapeute ? *

Question 26 : Selon vous, quel devrait être **l'atout principal** d'un·e Masso- Kinésithérapeute ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Être à l'écoute
- ☐ Être bienveillant·e
- ☐ Être doux·ce
- ☐ Être sûr·e de soi
- ☐ Être honnête
- ☐ Être respectueux·se Octroyer les meilleurs soins
- ☐ Autre :

Dernière partie (1/4):

Pour finir, dans le cadre de ce travail, j'aurais besoin de faire quelques entretiens afin d'approfondir le sujet.

Question 27 : Seriez-vous d'accord pour être contacté·e dans le cadre de cette étude ? *

Il s'agit d'un entretien qualitatif sur le sujet des discriminations faites aux personnes LGBTQIA+ dans le milieu de la santé, d'une durée maximale de 2h30. Cet entretien se déroulera en face à face, en présentiel ou en visio, et il me permettra d'avoir des retours plus précis sur des situations vécues et des points de vue sur la santé, la kinésithérapie et la question de la discrimination. Pour cela, j'aurais besoin de personnes majeures exclusivement, pour simplifier les démarches administratives. Lors de cet entretien, nous parlerons de votre parcours de vie, et de vos expériences avec les professionnel·le·s de santé, notamment avec les Masso-Kinésithérapeutes.

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non *Passer à la question 29*

Dernière partie (2/4)

Question 28 : Pourriez-vous me laisser vos coordonnées (téléphone ou adresse mail) ? *

Dernière partie (3/4)

Question 29 : Ce questionnaire est maintenant terminé. Avez-vous une remarque ou un commentaire à ajouter ? *

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non *Passer à la section 18 (Remerciements).*

Dernière partie (4/4)

Remarque ou commentaire : *

Remerciements (Pour les répondant·e·s ayant été jusqu'au bout du questionnaire)

Je vous remercie du temps que vous avez pris pour me répondre.

Vos données vont m'être d'une grande aide dans la réalisation de mon mémoire.

Restez fidèle à vous-même et vos valeurs.

Prenez soin de vous.

Remerciements (Pour les répondant·e·s n'étant pas LGBTQIA+)

Je vous remercie du temps que vous avez pris pour me répondre. Malheureusement vous ne répondez pas aux critères de sélection pour cette étude.

En effet, dans le cadre de ce travail, et pour que ce dernier soit au plus près du sujet, j'ai besoin de pouvoir traiter statistiquement les réponses des personnes LGBTQIA+ exclusivement.

Prenez soin de vous.

ANNEXE III – Guide d’entretien exploratoire patient LGBTQIA+

I. Introduction :

Bonjour,

Suite au questionnaire que j’ai créé et parce que vous avez accepté d’être recontacté que nous nous voyons aujourd’hui. Ainsi, l’entretien me permettra d’avoir des éléments qualitatifs à exploiter pour l’élaboration de mon travail de fin d’étude.

Nous allons passer 2h30 ensemble, nous allons parler de vous, de votre parcours, de vos différentes expériences avec le monde médical. Gardez en tête qu’il n’y a pas de bonne ou de mauvaises réponses, je suis ici pour recueillir votre point de vue et votre réalité. Si une question vous met mal à l’aise, vous n’êtes pas obligé de me répondre. N’hésitez pas à me demander de reformuler si vous ne comprenez pas une de mes questions.

Dans le cadre de mon travail d’entretien, j’ai besoin de votre accord pour procéder à celui-ci. Pour son bon déroulé, j’aimerais si vous me le permettez tout enregistrer pour pouvoir mieux vous écouter et être dans un véritable échange tout du long. Ne vous inquiétez pas, en ce qui concerne l’anonymat, tout signe distinctif qui pourrait permettre qu’on vous reconnaisse sera noirci ou supprimé lors de la retranscription. De même, l’enregistrement sera stocké sur mon disque dur, et supprimé dès que la retranscription et l’analyse seront faites. Est-ce que cela vous convient ?

Est-ce que vous avez des questions avant que nous commencions ?

II. Ma Présentation

Bien, pour commencer, de manière à ce que nous soyons à l’aise tous les deux, je vais commencer par me présenter moi-même. Je m’appelle Tony, j’ai 27 ans, je suis étudiant kiné, sur la fin de mon cursus, ce qui m’amène à faire ce travail de fin d’études. En ce qui me concerne, je pratique la danse depuis l’âge de 7 ans. J’ai d’abord voulu avoir une carrière de danseur, jusqu’à ce que je fasse des examens médicaux pour des douleurs des genoux qui m’ont finalement poussé à refuser à la dernière minute mon entrée dans une école de danse du sud de la France. J’ai donc commencé mes études post-bac par une licence en Arts du spectacle avec un projet de master et doctorat autour de la danse et du théâtre, deux arts que j’affectionne beaucoup. Après discussion avec l’une de mes enseignantes, thésée depuis 10 ans et contractuelle à l’université car ne répondant pas aux cases de différentes fac du fait de sa polyvalence entre ces deux arts. J’ai donc préféré me réorienter car je souhaitais un profil similaire au sien.

C'est comme cela que je me suis retrouvé à passer le concours kiné par trois fois, avant de l'obtenir. Ce qui m'a intéressé dans ce métier c'est l'approche du corps que j'avais déjà d'un point de vue artistique, à travers la danse et le théâtre. Etant homosexuel et en couple depuis plusieurs années, après plusieurs expériences de vie et de discussion autour de la question LGBTQIA+ avec des amis et tuteurs de stage en kinésithérapie, il m'est venu l'envie de travailler sur le sujet pour mon mémoire. Ainsi, ce dernier portera sur les discriminations des patients LGBTQIA+ lors de soins médicaux et/ou paramédicaux.

III. Sa présentation

Maintenant que je me suis présenté, j'aimerais en savoir un peu plus sur vous en tant que personne. Pouvez-vous vous présenter ? Votre prénom, votre âge, vos loisirs, etc. C'est une liste non-exhaustive, vous pouvez me parler de tout ce que vous voudrez vous concernant. Je suis là pour vous écouter. (Rebondir sur les loisirs et les goûts pour approfondir sa présentation)

Quel est votre parcours professionnel ? Vos études ? Est-ce que vous faites ou comptez faire le métier que vous avez toujours rêvé de faire ? Pour quelle raison ?

Qu'est-ce qui vous a poussé à faire ce métier ou ces études ?

IV. Santé en général

C'est très intéressant ce que vous me dites.

Est-ce que vous seriez d'accord pour me parler de la santé en général ? m'exposer votre point de vue sur le système en tant qu'utilisateur ?

Qu'est-ce qui vous plaît dans notre système de santé français ?

Qu'est-ce qui, au contraire, vous déplaît ?

Avez-vous ou avez-vous eu des soucis de santé particuliers ?

Avez-vous rencontré différents soignants ? Lesquels (juste leurs professions) ?

Vous êtes-vous déjà retrouvé hospitalisé ? Est-ce que ça vous est souvent arrivé ?

Quelle expérience en gardez-vous ?

Comment vous sentez-vous quand vous êtes face à un soignant toute profession confondue ?

Comment faites-vous pour trouver un(e) soignant(e) pour un rdv ? (Demande à des proches, doctolib, google, safe list...)

A quoi faites-vous particulièrement attention lorsque vous devez prendre rdv avec un(e) soignant(e) que vous n'avez jamais rencontré ? Il y a-t-il des professions pour lesquelles vous avez besoin d'informations plus poussées ou de l'avis de personnes de confiance ? (Gynécologue par exemple)

V. La kinésithérapie

Pour ce qui est de la kinésithérapie plus précisément. Quelle définition donneriez-vous de cette profession ?

Que pensez-vous de ce métier ?

Quelle est selon vous la place des kinésithérapeutes dans le système de santé ?

Avez-vous déjà consulté un·e MK ? (En théorie oui, c'est ce qui a été répondu dans le questionnaire.)

Dans quel contexte ? Hôpital, SSR, libéral ?

Pour quel type de pathologie ?

Comment avez-vous choisi votre MK ? Avait-il ou elle une spécialité ?

Comment se sont passées les séances ? Combien de temps avez-vous eu à consulter ce·tte kiné ?

Quel adjectif donneriez-vous pour qualifier la relation que vous avez eu avec ce·tte kiné ?

La prise en charge a-t-elle été bénéfique ? Êtes-vous allé·e jusqu'au bout ? Si non, pourquoi ?

Comment vous sentez-vous quand vous êtes face à un kiné ?

VI. Représentation de son corps

Pour me recentrer un peu plus sur vous, j'aimerais en savoir un peu plus sur votre rapport à l'activité physique.

Quels sont les sports, les activités physiques, ou artistiques peut-être, que vous avez pratiqué étant enfant ? Qu'est qui vous plaisez dans cette activité ?

Pourquoi avoir arrêté/changé ?

Idem adolescent ?

Et maintenant ?

Quelle représentation avez-vous de votre corps ?

Est-ce que cette représentation a changé au cours de ces dernières années ?

Est-ce que vous sauriez expliquer ce changement ?

A quel âge il aurait changé ?

Pourriez-vous me donner un adjectif pour décrire votre corps ?

Si vous deviez vous décrire physiquement à quelqu'un qui est mal voyant, que lui diriez-vous ?

Quelle relation entretenez-vous avec votre corps ? Des choses que vous aimez bien, des choses que vous aimeriez changer ?

Est-ce qu'un événement particulier a eu un effet positif ou négatif sur la façon dont vous percevez votre corps ? Si oui, lequel ? Est-ce que les activités physiques dont on a parlé juste avant ont eu un impact ? Racontez-moi.

Dans quelle mesure pourriez-vous dire que vous êtes pudique ?

VII. Ecoute dans le soin (en général/en kiné)

Maintenant que j'en sais encore un peu plus sur vous, j'aimerais qu'on revienne sur votre ressenti lors des soins. Qu'est-ce que d'après vous le soignant a besoin d'écouter lors d'un soin ? Qu'est-ce qu'il est important de lui dire vous concernant ? Prenez votre temps pour répondre. (Relancer sur la première séance, la douleur, la situation familiale, d'éventuelles difficultés...)

Est-ce que vous avez les mêmes attentes d'écoute concernant les kinés ? En quoi cette écoute est-elle similaire ou différente des autres soignant(e)s ?

VIII. La discrimination dans les soins

Nous arrivons donc à la partie sur la discrimination dans les soins. Ici, j'aimerais savoir quelles sont les formes de discriminations les plus répandues dans les soins en général et concernant les patients LGBTQIA+.

Si vous êtes ici avec moi, c'est donc parce que vous-même avez subi des discriminations lors de soins.

Pour commencer sur ce sujet, je vais vous demander comment vous définissez une discrimination ? Comment faites-vous pour savoir que ça en est une ?

Sans citer de noms, est-ce que vous pourriez me parler de celle que vous avez vécu ? me dire comment ça s'est passé, en soit tout ce qu'il y a à savoir sur cette discrimination ? (Si d'autres les expliciter aussi).

Un·e soignant·e vous a-t-il ou elle déjà demandé votre orientation sexuelle lors d'un rdv médical ? Racontez-moi. Comment vous êtes-vous senti(e) ? Qu'avez-vous dit ? Comment a réagi le ou la soignant·e ?

Avec du recul, auriez-vous aimé réagir différemment ?

D'après-vous qu'est-ce qui a fait que vous avez été discriminé ? quel est votre point de vue là-dessus ?

Est-ce que vous pensez que certaines professions du soin sont plus à même d'être discriminante que d'autres ? et à l'inverse que d'autres le sont moins, ou sont peut-être mieux préparés ?

Ainsi, si vous aviez le droit à la parole, chose qui est le cas aujourd'hui, que diriez-vous aux soignants en général pour lutter contre la discrimination ? Quels outils pourriez-vous donner aux soignants pour que tout se passe pour le mieux lors des soins ?

IX. Clôture

Cette dernière question me permet de clôturer avec vous cet entretien.

Je vous remercie de tout ce temps que vous m'avez accordé, et pour cet échange constructif.

Tableau I : Récapitulatif des entretiens patients

Prénom d'emprunt	Genre	Orientation sexuelle	Lieu de l'entretien	Durée
Charles	Masculin	Homosexuel	Chez lui	02'05''15
Quentin	Masculin	Homosexuel	Chez lui	01'45'00

ANNEXE IV – Guide d’entretien exploratoire MKDE

I. Introduction :

Bonjour, dans le cadre de mon travail d’entretien, j’ai besoin de votre accord pour procéder à celui-ci. Pour son bon déroulé, j’aimerais si vous me le permettez tout enregistrer pour pouvoir mieux vous écouter et être dans un véritable échange tout du long. Ne vous inquiétez pas, en ce qui concerne l’anonymat, tout signe distinctif qui pourrait permettre qu’on vous reconnaisse sera noirci ou supprimé lors de la retranscription. Est-ce que cela vous convient ?

II. Présentation

Bien, pour commencer, de manière à ce que nous soyons à l’aise tous les deux, je vais commencer par me présenter moi-même. Je m’appelle Tony, j’ai 27 ans, je suis étudiant kiné, sur la fin de mon cursus, ce qui m’amène à faire ce travail de fin d’études. En ce qui me concerne, je pratique la danse depuis l’âge de 7 ans. J’ai d’abord voulu avoir une carrière de danseur, jusqu’à ce que je fasse des examens médicaux pour des douleurs des genoux qui m’ont finalement poussé à refuser à la dernière minute mon entrée dans une école de danse du sud de la France. J’ai donc commencé mes études post-bac par une licence en Arts du spectacle avec un projet de master et doctorat autour de la danse et du théâtre, deux arts que j’affectionne beaucoup. Après discussion avec l’une de mes enseignantes, thésée depuis 10 ans et contractuelle à l’université car ne répondant pas aux cases de différentes fac du fait de sa polyvalence entre ces deux arts. J’ai donc préféré me réorienter car je souhaitais un profil similaire au sien.

C’est comme cela que je me suis retrouvé à passer le concours kiné par trois fois, avant de l’obtenir. Ce qui m’a intéressé dans ce métier c’est l’approche du corps que j’avais déjà d’un point de vue artistique, à travers la danse et le théâtre. Etant homosexuel et en couple depuis plusieurs années, après plusieurs expériences de vie et de discussion autour de la question LGBTQIA+ avec des amis et tuteurs de stage en kinésithérapie. Il m’est venu l’envie de travailler sur le sujet pour mon mémoire. Ainsi, ce dernier portera sur les discriminations des patients LGBTQIA+ lors de soins médicaux et/ou paramédicaux.

C’est donc pour avoir la vision du point de vue du Masso-Kinésithérapeute Diplômé d’Etat que nous nous voyons. Ainsi, l’entretien me permettra d’avoir des éléments qualitatifs à exploiter pour l’élaboration de mon travail de fin d’étude.

III. Sa présentation

Maintenant que je me suis présenté, j’aimerais en savoir un peu plus sur vous en tant que personne. Pouvez-vous vous présenter ? Votre prénom, votre âge, vos loisirs, etc. C’est une

liste non-exhaustive, vous pouvez me parler de tout ce que vous voudrez vous concernant. Je suis là pour vous écouter. (Small talk a inclure).

IV. Parcours professionnel

Quelles études avez-vous faites et pendant combien de temps ?

Quelle profession vouliez-vous faire avant de commencer vos études supérieures ?

Pour quelle raison ?

Qu'est-ce qui vous a poussé à vouloir devenir MK ? Pourquoi ?

Comment se sont passées vos études de kiné ?

Qu'avez-vous apprécié durant vos études de kiné ? Qu'est-ce qui vous a moins plu ?

Pourquoi ?

Aviez-vous déjà des idées du parcours professionnel que vous voudriez avoir en étant étudiant.e en kiné ?

Une spécialité ? en institution ou en libéral ? un lieu précis ?

Où avez-vous travaillé depuis que vous avez été diplômé.e ?

Pour quelles raisons ?

Qu'est-ce qui vous a surpris lors de votre première expérience professionnelle après votre diplôme ? Des choses pour lesquelles vous n'étiez pas vraiment préparé(e) ?

Quelles formations spécifiques avez-vous suivi après avoir été diplômé.e ?

Pour quelles raisons ?

Situation professionnelle actuelle / spécialisation

Où travaillez-vous aujourd'hui ?

Dans quel.s type.s de structure.s ? Pourquoi ?

Travaillez-vous seule ou avec d'autres MK ?

A quoi ressemble votre/vos salle.s de pratique ?

Combien d'années d'expérience avez-vous ?

Quelle spécialité de la kinésithérapie prédomine dans votre pratique aujourd'hui ?

Pour quelles raisons ?

Qu'est-ce que vous préférez dans votre pratique aujourd'hui ?

Pourquoi ?

Avez-vous participé à des conférences, des congrès en lien avec la pratique MK ?

D'autres évènements ?

Les avez-vous trouvés utiles ? Vous ont-ils aidé dans votre pratique professionnelle ? Qu'en reprenez-vous ?

Faites-vous partie d'une association ? d'un organisme ? d'un réseau ?

Le/laquelle ? Pour quelles raisons ? Que cela vous apporte-t'il ?

Avez-vous des projets professionnels particuliers ?

V. Point de vue sur la kinésithérapie

Rencontrez-vous des freins particuliers dans l'exercice de votre métier ?

Si oui, lesquels ?

Que pensez-vous du système de santé actuel en tant que professionnel(le) de santé ?

Qu'est-ce qui fonctionne bien ?

Qu'est-ce qui fonctionne moins bien / devrait être modifié ?

En ce qui concerne la kinésithérapie, quel est votre point de vue sur votre métier ?

Que pensez-vous de la place de la kinésithérapie dans le système de santé ?

Si vous deviez définir avec vos propres mots votre métier, quelle serait cette définition ?

Quelles sont pour vous les valeurs importantes dans votre pratique ?

Qu'est-ce qui vous plaît dans votre métier ? qu'est-ce qui vous déplaît ?

VI. Patientèle

Quel.s type.s de patientèle.s traitez-vous actuellement ?

Savez-vous de quelle manière ces patient(e)s trouvent votre contact ?

Par un autre professionnel ? Par une association, un réseau ? Par internet ?

Comment qualifieriez-vous l'état d'esprit et l'état émotionnel de vos patient(e)s la première fois qu'elles viennent vous voir ?

En général, quel type d'information connaissez-vous sur votre patient(e)s en dehors de l'aspect médical ?

Par exemple, lors de l'anamnèse, quelles sont les informations primordiales qu'il te faut savoir ? Et comment tu t'y prends pour poser les questions ?

Comment qualifieriez-vous la relation que vous entretenez avec ces patientes durant leur rééducation ?

Est-ce qu'il t'est facile d'entrer en relation de confiance avec tes patients ?

Comment tu t'y prends ?

Qu'est-ce qui d'après toi fait que ça ne marche pas avec certains patients ?

Qu'avez-vous à cœur de véhiculer comme image auprès de vos patient(e)s ?

Lorsque les patients viennent en séance chez vous, d'après-vous quelles sont les attentes qu'ils ont envers vous ?

De quelle manière écoutez-vous vos patients ?

Quelle part donneriez-vous à la composante psychologique du soin VS composante corporelle/somatique ? (En pourcentage)

Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de débloquent / soulager un patient (ses symptômes physiques) par un aspect psychologique de la prise en soin ? Dialogue, extériorisation d'émotions...

Avez-vous suivi des formations, obtenu des renseignements sur l'aspect psychologique de la prise en charge ?

Avez-vous remarqué/ pensez-vous qu'il y ait une facilité des patients à se confier grâce à l'effet blouse blanche ?

Comment faites-vous pour identifier les émotions de vos patients ? (Langage non-verbal, techniques / stratégies pour amener la discussion sur ce point...)

Vous est-il déjà arrivé de conseiller la consultation d'un psychologue ?

Avez-vous déjà rencontré une ou des situations où vous ne saviez pas comment interagir avec un(e) patient(e) ?

Racontez-moi, comment avez-vous procédé ?

Avec du recul, auriez-vous procédé différemment ?

VII. Approche du corps, représentation de son corps et du corps de l'autre

La question du rapport au corps dans le métier de kiné m'intéresse également, j'aimerais donc s'avoir dans un premier temps

Quelle représentation avez-vous du corps de vos patients ?

Comment gérez-vous la pudeur de certains patients ?

Quel effet ta manière de pratiquer la kinésithérapie a sur la relation que le ou la patient(e) entretient avec son corps ?

Comment est-ce que vous procédez ?

On peut entendre que les mains sont l'outil du métier de kiné. Par extension, j'aurai presque envie de dire que c'est le corps entier qui est l'outil du métier. Est-ce que tu partages cet avis ? Pour quelle raison ?

Quelle représentation avez-vous de votre corps ? Est-ce que cette représentation a changé au cours de ces dernières années ? Est-ce que vous sauriez expliquer ce changement ? A quel âge aurait-il changé ?

Est-ce que la formation au métier de kiné a eu une influence ?

VIII. La discrimination dans les soins / mise en place d'outils

Comme je l'ai dit au début de l'entretien, l'intérêt de mon mémoire est de traiter du sujet des discriminations subies par les patients LGBTQIA+ dans les soins en général.

J'aimerais donc avoir votre point de vue sur la question en tant que soignant.

Dans quelle mesure pensez-vous que cette discrimination existe dans le système de santé français ?

« stéréotypes », « clichés », « préjugés », « jugements », « remarques déplacées et questions indiscretes », « méfiance et peur des IST de la part des soignants », « difficultés de prise en soin des personnes transgenres », « mégenrage », « homophobie », « transphobie », « LGBTphobie », « stigmatisation », « pervers », « malveillance », « discours moralisateurs », « méconnaissance du monde LGBTQIA+ », « refus de prise en soin » Que pensez-vous de ce qui ressort des 102 réponses au questionnaire que j'ai effectué au préalable ?

Sans que personne ne vous jugera, ni même sans vous juger vous-même, pensez-vous avoir été discriminant, peut-être même sans le vouloir avec un patient ?

D'après vous, qu'est-ce qui fait qu'un·e soignant·e peut être discriminant·e ?

Et pensez-vous que certaines professions du soin sont moins à même à discriminer les patients que d'autres ? ou à l'inverse, est-ce que vous pensez que certaines le sont plus ?

Avez-vous connaissances d'outils pour lutter contre ces discriminations ?

Si vous aviez des pistes en tant que professionnel de santé pour limiter ou abolir les discriminations, que diriez-vous à vos confrères tout métier confondu ?

IX. Clôture

Cette dernière question me permet de clôturer avec vous cet entretien.

Avant de conclure, est-ce qu'il y a quelque chose sur lequel vous aimeriez revenir ? un point important à souligner ?

Avez-vous des questions sur ma recherche ?

Pourquoi avez-vous accepté de participer à ma recherche ?

Je vous remercie de tout ce temps que vous m'avez accordé, et pour cet échange constructif.

Tableau II : Récapitulatif des entretiens MKDE

Prénom d'emprunt	Genre	Lieu d'exercice	Lieu de l'entretien	Durée
Antoine	Masculin	Libéral	Chez lui	02'00''52
Gwenaëlle	Féminin	Hospitalier	Dans son service	01'29''55

ANNEXE V – Transcrit entretien avec Charles

Tony (T) : Bonjour, suite au questionnaire que j'ai créé et parce que tu as répondu par un accord, nous nous voyons aujourd'hui. Donc, l'entretien va me permettre d'avoir des éléments qualitatifs à exploiter pour l'élaboration de mon travail de fin d'étude. On va passer un moment ensemble pendant l'entretien. Et on va essayer de parler de toi, de ton parcours, de tes différentes expériences avec le monde médical. Ce que tu dois garder en tête, c'est qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. C'est ta réponse à toi, et c'est ça qui va m'intéresser, c'est ton point de vue et ta réalité. Si jamais il y a une question qui te met mal à l'aise, eh bien, tu n'es pas obligé d'y répondre. Et n'hésite pas non plus à me demander de reformuler si y a des questions que, moi, j'ai mal formulé sur mon guide.

Du coup, dans le cadre de mon travail d'entretien, j'ai besoin de ton accord pour procéder à celui-ci. Pour son bon déroulé, j'aimerais, si tu me le permets, de l'enregistrer pour pouvoir mieux t'écouter pendant l'entretien, et d'être dans un véritable échange tout du long. En ce qui concerne l'anonymat, eh bien, je noircirai ou je te demanderai à toi un prénom que tu voudras mettre et qui ne sera pas le tien. Et du coup, l'enregistrement sera stocké sur mon disque dur le temps de retranscrire et une fois retranscrit, je supprimerai tout l'enregistrement.

Est-ce que ça te convient ?

Charles (C) : Ça me convient.

T : D'accord. Est-ce que tu as des questions ?

C : euh ... non (rire).

T : Donc, du coup, pour commencer, je vais me présenter. Donc, moi, je m'appelle Tony, j'ai 27 ans. Je suis étudiant kiné, sur la fin de mon cursus, ce qui m'amène à faire ce travail de fin d'étude.

En ce qui me concerne, je pratique la danse depuis l'âge de 7 ans, j'ai d'abord voulu faire une carrière de danseur, jusqu'à ce que je fasse des examens médicaux pour des douleurs au niveau des genoux, qui m'ont finalement poussé à refuser à la dernière minute mon entrée dans une école de danse dans le sud de la France. J'ai donc commencé mes études post-bac par une licence Arts du spectacle avec pour projet de master et de doctorat autour de la danse et du théâtre. Deux arts que j'affectionne beaucoup. Et après discussion avec une de mes enseignantes, qui avait fait une thèse depuis dix ans et qui restait contractuelle à l'université parce qu'elle ne rentrait pas dans les cases de la fac de théâtre, dans laquelle on lui disait qu'elle était trop danse, et dans les facs de danse dans lesquelles on lui disait qu'elle était trop théâtre. Donc, du coup, vu que je me prédestinais à un parcours un peu similaire au sien, j'ai voulu me réorienter parce que je ne voulais pas rester contractuel toute ma carrière

universitaire. Donc, du coup, j'ai réfléchi à un métier qui pourrait me plaire, et c'est le rapport au corps qui m'a intéressé dans le métier de kiné. C'est comme ça que j'ai été amené à passer par trois fois le concours kiné avant de l'obtenir. Une première fois pendant la première année de licence STAPS, et ensuite deux en première année de médecine, et du coup, je suis arrivé en kinésithérapie en septembre 2020. Donc voilà.

Étant homosexuel et en couple depuis plusieurs années, après plusieurs expériences de vie et de discussions autour de la question LGBTQIA+ avec des amis et des tuteurs de stage en kinésithérapie. L'envie de travailler sur le sujet pour mon mémoire est venue assez facilement. Et du coup, ce dernier portera sur les discriminations des patients LGBTQIA lors de soins médicaux et ou paramédicaux.

Du coup, j'ai fini de me présenter. Et du coup j'aimerais en savoir un peu plus sur toi en tant que personne. Est-ce que toi, tu pourrais te présenter aussi, me donner ton prénom, ton âge, tes loisirs ?

C : Waoho... euh... Du coup, je m'appelle Charles, j'ai 34 ans. Voilà. Euh... je suis ingénieur dans une boîte qui fait de la chimie, qui fait des matériaux et des plastiques typiquement. Euh... et... quoi d'autres, je fais des podcasts en termes de loisirs. Euh, je ne sais pas trop quoi te dire. Tu veux savoir quel est le...

T : Tout ce que tu as envie de me dire... Quel est le... Tes podcasts portent sur quoi ?

C : Alors, j'ai lancé, y a bientôt un an, un podcast sur la sexualité et les couples gays. C'est un podcast de vulgarisation scientifique sur les comportements... euh, tu les connais ? ■■■■■
■■■■■ ? Oui ?

T : Oui.

C : (rires) Mais... et du coup ça, c'est vraiment cool, même si j'ai pas assez de temps pour le faire. Euh...je sais...

T : Qu'est-ce qui t'a donné envie de faire ces podcasts sur les relations sexuelles ?

C : Euh... Qu'est-ce qui m'a donné envie ? Euh, au tout début ça a commencé sur les... les couples libres. En fait, les règles dans les couples libres. Et c'était en discutant avec des amis sur justement ces notions de règles. On était en train d'expérimenter avec mon ex sur justement ça, et avec des amis, on discutait des... des différentes conditions, des différentes règles. Et un moment, on lui a dit mais je suis persuadé qu'il y a des recherches scientifiques qui a été faite sur ça, quoi. Et effectivement, y en a bien. En cherchant, y avait des articles scientifiques là-dessus. Et du coup, je me suis dit, c'est génial, y a toute cette connaissance, faudrait la vulgariser pour la rendre accessible. Et ça a démarré comme ça, focus couple gay,

et là maintenant ça parle de sujets vraiment plus... euh... le dernier épisode parle de masturbation ou alors de l'orgasme, donc du coup, ça n'est pas que pour les couples gays et couples libres quoi.

T : Très intéressant.

C : Merci. (Rires).

T : Hormis ce loisir-là, tu n'en as pas d'autres ?

C : Je rénove des maisons en [REDACTED]. Parce qu'on a acheté des maisons avec un ami et mon ex aussi, et qu'on essaye de rénover pour pouvoir en profiter, faire du télétravail, et peut-être les louer un petit peu. Mais c'est un projet qui prend énormément de temps du coup, et elles ne sont clairement pas avancées, suffisamment avancées, là, pour pouvoir les exploiter commercialement. Mais on peut y passer des super moments. Et c'est cool, c'est dans la nature, c'est super sympa. J'aime beaucoup.

T : Et du coup, la nature, c'est quelque chose qui t'intéresse aussi ?

C : J'aime bien la nature, oui. J'aime bien le fait d'avoir à la fois [REDACTED], en fait. Ça permet de faire l'équilibre entre le moment passé perdu dans la nature et la vie citadine qui est quand même, qui est quand même super cool, avec toutes les sorties.

T : Très bien. Donc, du coup, tu m'as dit que tu étais ingénieur ? Est-ce que c'est le seul métier que tu as fait ou ton parcours professionnel est un peu plus divers ?

C : Euh, j'ai... donc de formations je suis ingé... alors (rires) quand j'étais... quand j'étais lycéen, j'étais serveur (rires) dans un bar. Euh non, plus sérieusement, j'ai euh... comment dire, un diplôme d'ingénieur dans les matériaux. J'ai continué à faire une thèse. J'ai un doctorat en physique. Que j'ai fait en... dans une unité mixte, donc avec une entreprise, c'était une thèse Cifre. Et du coup, la boîte pour laquelle j'ai fait cette thèse m'a embauché à l'issue de ma thèse. Et donc, je suis dans cette boîte depuis que j'ai soutenu ma thèse. Donc ça fait 8 ans. Donc je n'ai été que ingé, en fait, toute ma vie.

T : Ok. Et du coup, est-ce que c'est le métier que tu comptais faire ou que tu rêvais de faire quand tu étais petit ?

C : Euh... pas du tout. Je voulais être, très petit, je voulais être prof de physique. En fait, euh, quand j'ai commencé à faire de la physique, genre en 5^{ème}, je suis tombé amoureux de ce truc et je voulais être prof de physique. Et euh, et après, j'ai voulu être journaliste. Et après, je n'sais pas ce qui s'est passé. Peut-être que l'idée d'avoir un métier un peu comme ce que tu racontais, la vision du prof peut-être, c'est pas toujours très reconnu et pas toujours très rémunérateur. Le journalisme, c'est toujours très compliqué, les conditions sont très difficiles

et surtout très instables, précaires. Et donc, le fait de faire des études d'ingénieur semblait plutôt le bon... le bon plan, parce que ça mêlait la curiosité, le côté technique, mon appétence folle pour les sciences. Donc ça s'est pas mal passé, même si j'ai voulu arrêter la première année pour refaire une fac de physique et devenir professeur de physique. Mais j'ai fini mes études d'ingé.

T : Ok. Et qu'est-ce qui t'a poussé à continuer et pas à rechanger ?

C : Euh... c'est une... c'est très intéressant (rires). Tu vas me facturer comme mon psy après ou pas ?

T : Pas du tout.

C : En fait, c'est parce que je remettait pas en question le truc, et euh... même si j'étais pas forcément satisfait du truc, j'étais, j'étais sur mes petites rails de, j'étais dans mon petit train de mes études et euh... tout s'est enchaîné sans vraiment que je prenne de décision, même si j'avais des envies ou des souhaits. J'ai pas vraiment été en contrôle du truc. Je me suis assis dans le train de mes études et à la fin, quand j'ai eu mon doctorat, je suis sorti du train et on m'a dit « Bah, faut travailler », j'ai fait « ok » (rires). Mais voilà, c'est un peu le sentiment que j'ai en faisant une relecture. Donc, quand tu me dis pourquoi, je sais pas. Je sais pas parce que j'étais... parce qu'un moment, tu envisages pas (raclement de gorge) de faire autre chose. Bah enfin, il faut du courage pour se réorienter aussi, ce que tu as fait toi aussi en fait. Mais non, mais j'étais dans le truc. Voilà.

T : C'est dur de se trouver et de se réorienter pour le coup.

C : Non, mais c'est ça en fait.

T : Alors, est-ce que tu es satisfait quand même ? du métier que tu fais ?

C : Je suis content. Non, je pense que j'ai des conditions qui sont super cool, le métier est sympa, mais j'aimerais faire autre chose clairement.

T : Ok. Et euh, faire autre chose dans le même domaine ?

C : Pas du tout (rires). J'aimerais changer complètement.

T : Ok. Et du coup, aujourd'hui, c'est quoi le métier qui te fait rêver ?

C : Euh... en fait, je... je me passionne pour l'immobilier (rires). Je me passionne pour l'immobilier et le réaménagement d'intérieur. Particulièrement l'architecture d'intérieur. J'ai envie de... mais en fait, le problème de ça, c'est que c'est pas du tout... fin, c'est très bouché. Je pense que ce sera aussi difficile d'avoir des niveaux de salaire qui permettent de vivre

(rires). Donc ça me, ça me fout la trouille aussi de... éventuellement quitter un CDI pour se lancer dans une reprise d'étude. Ouais, voilà.

T : Ok.

C : Ce parcours est surtout caractérisé par une seule chose, c'est la trouille.

T : « La peur n'évite pas le danger ».

C : « La peur n'évite pas le danger », oui, c'est vrai. Très bien. Cette consultation va m'être facturé, j'en suis persuadé (rires).

T : Euh... est-ce que du coup, tu serais d'accord pour me parler de la santé en général et de m'exposer un peu ton point de vue sur le système de santé français en tant qu'utilisateur ?

C : Waho, OK. Euh... donc tu veux mon point de vue sur le système de santé en France ?

T : Ouais. Est-ce que euh... le système de santé euh... La manière dont est fait le système de santé, ça te... y a un côté qui est plaisant dans la manière dont est fait le système de santé ?

C : euh... et alors, c'est quoi le système de santé ? En fait, quand tu parles de système de santé, c'est quoi le système de santé ? (Rires)

T : Eh bien, c'est, euh, le fait que... il y ait des cotisations sociales. Que tu aies ta carte vitale, euh... que tu puisses t'en sortir avec, on va dire, des moindres frais. Par rapport aux États-Unis, à la Suisse, où tout est à la charge de l'utilisateur.

C : Sur la euh... du coup bah euh... Pour en avoir bénéficié en plus, je trouve ça... que c'est quand même chouette de pouvoir euh... d'avoir ça. Je pense que le système de santé est aussi un peu sous tension. Ou en tout cas, c'est quelque chose que je ne connais pas non plus de l'intérieur. Mais le sentiment que ça donne, c'est que les personnes qui sont dites du système de santé sont un peu sur les rotules. Que ce soit à l'hôpital et que ce soit aussi en dehors. Et... quand j' imagine quelqu'un qui fait partie du système de santé, c'est pas quelqu'un que j' imagine euh... très zen quoi (rires).

T : Ok. Du coup est-ce que si d'après toi, il y a des choses qui sont plaisantes, est-ce qu'il pourrait y avoir des trucs qui sont plus ou moins mal faites ? est-ce que dans, on va dire, dans ton expérience, en tant qu'utilisateur du système de santé, est-ce qu'il y a des trucs qui t'ont déplu dans la manière que les choses ont été faites ?

C : euh.

T : Est-ce qu'il y a un truc où tu te dis : « Tiens, ça, ça aurait pu être mieux fait, et de cette manière-là, je pense que j'm'en serai mieux sorti », on va dire ?

C : Euh... dans le... En fait, du coup-là, ce que tu me dis me fait penser à un truc qui m'est arrivé. Je me suis coupé en faisant la vaisselle. Ce qui m'a donné l'opportunité de ne plus jamais faire la vaisselle de ma vie. Donc ça, c'est quand même un point hyper utile. Mais en, en fait, quand, donc, je me suis vraiment entaillé le truc, j'ai coupé une grosse partie du tendon. Et au moment où on a appelé les secours, on n'a pas été redirigé vers un hôpital spécialisé dans la main. À ce moment-là, je ne savais pas qu'il y avait des hôpitaux spécialisés dans la main. Donc, on est allé à [REDACTED]. Et donc, la nana, elle m'a recousu, pas forcément avec les meilleures techniques, pas forcément avec les meilleurs, euh... de la meilleure manière. Ce qui fait que, plutôt que ce soit un fil résorbable, c'est un fil qui est pas résorbable, c'est toujours là et ça crée des adhérences. Enfin bref, ça n'a pas cicatrisé, je peux pas plier correctement. Et je pense que c'est plus un mauvais aiguillage. Donc ça veut dire qu'en fonction d'où tu es, tu vas pas forcément être soigné de la même manière. Et euh... et en fait, il faut que tu sois vachement acteur, enfin, il faut que tu sois conscient et aussi euh acteur, ouais, et moteur dans la manière dont tu vas être soigné. Enfin, il faut que tu puisses t'instruire un petit peu et que tu fasses attention, parce que le risque est quand même qu'on te soigne pas forcément du mieux que c'est possible. C'est ça que je vois, le truc qui n'est pas optimal, c'est que bah, c'est hyper inégal la qualité de soin en fonction des endroits.

T : Ok, pourtant, c'est drôle parce qu'au final, c'est une situation qui t'est arrivée [REDACTED], qui est quand même une grande ville. Donc, du coup, on a plus ou moins, même si sur certains points [REDACTED] fait partie de ce qu'on va appeler des déserts médicaux, ça reste une ville où tout est plus ou moins à portée de main, pour le coup.

C : Ouais, bah oui. Bah parce que je me suis fait soigner dans le service où y a des, des SDF qui se sont battus avec des caissons de bouteilles qui arrivent, avec les mains complètement pétées, et du coup bah, ils recousent ça avec le truc qui va tenir quoi qu'il se passe quoi. Et alors que, alors que, enfin, ce que j'ai compris, c'est que moi, j'aurai pu bénéficier d'un truc, peut-être un peu plus fragile qui n'est pas adapté pour le (rires) pour la population que je viens de décrire qui m'aurait permis une meilleure guérison. C'est ça le... mais c'est juste parce que je suis allé au mauvais endroit quoi. Mais du coup, en fait, ce que je viens d'exprimer, c'est quand même que volontairement, on te soigne, aussi, on apporte des soins vachement différents en fonction des personnes qui arrivent. Visiblement. Et effectivement, c'est rageant, moi, j'ai... le truc pas cool, mais je te parle d'une époque, euh... donc euh, quand j'étais très petit, quand j'avais genre, je sais pas 8 ans. Je jouais, enfin, je faisais de la merde et je suis tombé et mes dents sont passées au travers de ma, de ma lèvre en bas quoi. Et ça a fait un trou, mais traversant quoi genre y avait, comme si moi, j'avais eu un piercing ou un écarteur au niveau de la lèvre inférieur. Et donc on m'a recousu et on l'a fait sans anesthésie du tout en fait. Et donc là, c'était à [REDACTED] dans le [REDACTED], une petite bourgade que tu ne connais

sans doute pas. Mais euh (rires) et euh... non, ce point, c'était plutôt la gestion de la douleur pour les enfants, mais je pense que ça, que c'est quelque chose qui a évolué.

T : En théorie, je pense oui.

C : J'espère. Voilà.

T : Et du coup, hormis (raclement de gorge), hormis ces deux soucis de santé dont tu m'as parlé, est-ce que tu as eu d'autres expériences au niveau de ta santé ? Qui t'ont amenées à consulter ?

C : J'ai fait une chute... en [REDACTED], genre de 5 mètres, 4 mètres. Et du coup, je me suis pété la cheville, sur laquelle j'ai cette jolie cicatrice (montre sa cicatrice à la cheville en même temps). Euh... le... le radius... là (montre son radius). Et euh, une vertèbre du coup aussi. Donc, euh, ça a nécessité quelques soins. Euh voilà. Ça a nécessité quelques soins pour une longue durée. Et je suis en train de réfléchir à ce que j'aurai pu (rires).

T : Du coup, euh, toutes ces situations de soins t'ont amené à rencontrer des professionnels de santé ?

C : Oui (rires).

T : Et du coup, est-ce que tu pourrais m'en citer quelques-uns ? leur profession notamment ?

C : Euh... bah du coup, j'ai rencontré plein de chirurgiens (rires). Euh non, je ne sais pas des... qu'est-ce qui m'a marqué des chirurgiens ? Les chirurgiens orthopédistes, c'est ça, on dit comme ça. Euh, ce qui... j'ai été très marqué par le kiné que j'ai eu après toute cette euh, toute cette euh, affaire en fait, parce que j'ai... ça a été... ça a été mon meilleur pote, on se voyait quotidiennement pendant... enfin, pas quotidiennement, mais genre trois fois par semaine pendant peut-être 6 mois, 9 mois après l'accident quoi. Donc, ça a été une relation forte. Euh... après y a toute la partie... les infirmières, les personnes qui vont t'aider à faire tout ce qui constitue les besoins vitaux euh, quand t'es alité, incapable de bouger, dans un hôpital à [REDACTED], en te criant dessus parce que t'as pas fait caca depuis 3 jours et que du coup, (rires) c'est pas normal. Mais j'y suis pour rien, je suis pas dans les bonnes conditions, madame, je peux pas me lever en fait. Euh, y a... ouais, non, je sais pas, enfin oui, je ne sais pas si... c'est les seuls trucs confus, j'ai l'impression, ce que je te raconte.

T : C'est ta version à toi, après je... je ne peux pas t'influencer dans ce que tu racontes. Donc, du coup, tu as été hospitalisé, de ce que j'ai compris. Ça t'es arrivé juste pour des cas de fractures ?

C : Oui, j'ai été hospitalisé pour des cas de fractures. Euh oui, j'ai pas été hospitalisé pour d'autres occasions.

T : OK. Du coup, euh, pour moi, après, ce qui va m'intéresser aussi, c'est ce qui s'est passé en France métropolitaine surtout (oui). Donc du coup, là, tu me dis que c'était suite à ta chute [REDACTED] (oui), en France, est-ce que ça t'est arrivé d'être hospitalisé ?

C : Mais, c'est-à-dire que j'ai été transféré de l'[REDACTED] à la France, euh, au bout de une semaine. Et donc c'est en [REDACTED], ils ont installé du matériel pour la cheville et le poignet. Et en France, ils ont fait une cimentoplastie dans la vertèbre. Et aussi, ils ont posé une genre de tige, en gros au-dessus de la vertèbre qui était cassée. Et je pense aussi que le traitement était... genre hyper... est vénère. J'ai entendu que genre des personnes qui avaient ce... des fractures similaires, alors peut-être différentes que celle que j'ai, pouvaient s'en sortir juste avec un corset et... et du coup, je ne sais pas si c'est nécessaire, ce... ce qu'ils ont fait quoi, voilà. La question, c'est un peu un questionnement quoi.

T : Moi, je pourrai pas y répondre pour le coup.

C : Je sais. En effet. Mais du coup, je te partage euh, voilà, mais euh, donc euh, retour en... le retour en France, euh l'hospitalisation, retour en France, y a un point qu'y était hyper complexe, mais moi, j'étais pas trop à la gestion de ça, c'est euh le personnel hospitalier ne voulait pas de moi en fait. En France. Genre euh les... y a fallu que... y a plusieurs hôpitaux qui se sont renvoyés la balle avant d'accepter que je vienne, que je sois rapatrié. Parce que euh, parce qu'en fait, je suis tombé dans un contexte un peu débile sur les quais du [REDACTED], en rentrant, euh, en rentrant de soirée quoi, voilà. Et... les... enfin, ils ne me connaissaient pas, ils ne savaient pas dans quel contexte ça s'était passé, et cætera. Et du coup, ils pensaient que c'était genre une sorte de suicide, une tentative de suicide. Et (raclement de gorge) moi, les seules infos que je, j'avais, donc c'étaient mes parents, y avait l'assurance, et cætera, qui essayaient de négocier avec les hôpitaux pour qu'ils m'accueillent. Mais les seules infos qu'j'avais, c'était genre euh « en fait, ils veulent pas de toi, parce qu'ils pensent que ... » (rires). OK. (rires) Moi, je veux rentrer en France, j'en ai marre qu'on me crie dessus pour savoir si j'ai fait caca (rires).

T : OK. Donc c'était pas la meilleure expérience ?

C : C'était pas la meilleure expérience non. Non, ça, c'est clair. Là euh... c'était euh... enfin en même temps, j'en garde des souvenirs euh... pas négatifs quoi, j'étais content après une fois que j'étais revenu en France euh... j'étais content de retrouver euh... genre euh... la, la baquette euh la demi-baquette avec le beurre et la petite confiture qu'on donne au p'tit déj en France. J'étais tellement content, rien qu'ça. Mais euh... mais le fond était quand même assez, euh, dur et puis, j'étais... j'étais pas en super forme.

T : OK. Euh, du coup (raclement de gorge), comment est-ce que tu te sens quand t'es face à un soignant, toute profession confondue ?

C : Pouah ! (rires) Euh... j'me sens euh... Enfin, généralement, j'me sens plus... enfin, je me sens en confiance. (Ok.)

Ouais, c'est fait ton truc et enfin, je... je dirai de la confiance.

T : C'est ce qu'on attend en général, je suis à peu près d'accord là-dessus. Euh... Du coup, t'es ... Du coup, ça me fait rebondir sur ce que tu disais tout à l'heure. Et du coup, est-ce que toi quand t'es suivi ou pris en soin par euh, par un médecin ou autre, t'es plutôt passif dans ta relation de soin, tu vas pas chercher à voir ce qui peut être fait ou essayer d'être dans le dialogue ? tu vas juste écouter ce que le soignant te dit et euh, prendre pour argent comptant, on va dire, ce qu'il va te raconter ?

C : Mais pas du tout, et en fait, j'étais en train de réfléchir à ce qu'on disait juste avant sur la notion de, euh... fin « je trouve qu'il faut être acteur de son truc » et euh... et en même temps, face au professionnel tu... en même temps t'es face au professionnel donc tu es là pour écouter le professionnel de santé qui est sachant, que tu vas consulter pour le croire. Mais c'est plus en dehors du cabinet de ce dit professionnel que l'acte réellement de proactivité de comment est-ce que tu gères ta santé, de comment est-ce que tu... tu... conduis ou mènes, intervies... mais euh... mais face au professionnel de santé, tu vas pas remettre en question ce qu'il te dit sur le moment.

T : OK.

C : Tu vas en voir un autre. Mais euh... non...

T : Ça t'est déjà arrivé d'aller voir un autre médecin ou un autre professionnel pour avoir un avis différent ?

C : Oui, j'ai un dentiste. J'ai un dentiste, à côté, qui m'a dit : « Oulah... Mon Dieu, il faut absolument faire quelque chose, ça vous coûtera (j'sais pas) 500 €. » Et du coup, je suis allé voir un autre dentiste qui m'a dit, mais en fait, tout va bien (rires) donc euh... donc, j'ai déjà fait ça.

T : OK. Et donc, même cette expérience-là, te donne tout à fait confiance ?

C : Ouais, c'est complètement paradoxal. Je pense que... c'est sur la... ouais, en fait, je m'étais posé... enfin, je n'ai pas vu les éléments sous cette perspective.

T : OK. Est-ce que du coup, c'est ma réflexion à moi sur ce que tu viens de dire. Est-ce que ça pourrait être dû au fait que de l'argent était en jeu, qui t'a fait poser la question ? Alors que

traditionnellement, hormis le reste à charge, qu'on va au final quasiment même pas payer puisque c'est juste prélevé sur tes euh, genre, c'est je sais plus de l'ordre de 50 centimes pour une boîte de médicaments à la pharmacie.

C : Oui oui oui non, c'est... non non mais en fait, en plus ça aurait été remboursé, j'aurai eu un reste à charge de même pas 50 € sur ce truc. (OK). Non, ce qui m'a... ce qui m'a alerté, c'est que ça avait l'air hyper invasif, le, le truc qu'il me proposait de faire. C'était pour un plombage qui était... visiblement un peu mobile et euh... vieux. Et... il voulait mettre un bridge ou j'sais pas trop quoi, ça me semblait hyper... comment dire... pas hyper dégradant, mais euh... j'ai pas le mot. Mais ça me semblait être, euh, genre, j'aurai pas le mot. Enfin, c'est pas grave... Enfin, j'avais pas envie qu'on me défonce la bouche pour euh... enfin j'avais pas l'impression qu'il y avait vraiment un problème non plus, c'était plus pour l'aspect euh... potentielle dégradation de, de, de mon intégrité physique, de ma bouche quoi. (rires)

T : OK. Euh... quand tu prends rendez-vous avec un soignant, comment est-ce que tu fais pour trouver ce soignant en question dont tu as besoin ?

C : Je, j'utilise euh, Doctolib (retentit la sonnerie de son téléphone). [Pause d'enregistrement le temps de l'appel].

T : Donc du coup sur Doctolib ? tu prends rendez-vous directement sur Doctolib et...

C : Je regarde les professionnels qu'il y a euh... et je... ouais, ou alors, je vais demander conseil à un ami. (OK). Ça dépend quel type de professionnel euh... quand j'avais choisi mon kiné pour euh pour la période où j'étais vraiment pas bien, euh, le choix s'est fait sur la base de : le mec habite, littéralement, à une minute de chez moi. Donc euh, c'était la proximité qui avait joué. Et euh par chance, c'était quelqu'un de vraiment super. Mais euh, ensuite, euh... ensuite généralement, t'as euh... t'as pas trop le choix non plus quoi... Mon psy, j'l'ai trouvé, le premier, sur Doctolib, parce que c'était le seul qui était dispo avant euh un mois ou... l'autre, c'est parce que, un pote m'a dit que, il était très bien. Donc y a le bouche-à-oreille qui rentre. Euh... recommandations de proches aussi pour le dentiste, qui a fait le contravis sur euh, (rires) celui... mais euh... c'est... du coup, les éléments, c'est disponibilité, proximité, et euh... et du coup si l'expérience est pas positive, avis d'un ami ou d'un proche, c'est conseil d'un proche ouais.

T : OK. Et euh... (toux). À quoi tu vas faire particulièrement attention quand tu... quand tu prends... quand tu dois prendre rendez-vous avec un soignant ? que tu n'as jamais rencontré ? euh... est-ce qu'y a des professions pour lesquelles tu as besoin de plus d'informations, ou justement l'avis de personnes de confiance ?

C : Euh... bah... la partie pour le psy par exemple, c'était euh... je pense que c'est euh... là où j'ai le plus regardé sur ce que pouvait être euh... son ba... son pédigrée ou en tout cas c'qu'il connaissait. Est-ce qu'il était proche du public LGBT, est-ce qu'il comprenait... Mais euh du coup, je l'ai pas encore vu, j'ai pris rendez-vous euh donc euh, j'imagine qu'il sera très très bien. Et celle d'avant n'était pas du tout sensible au public LGBT et je voyais quand je lui racontais des trucs (rires), qu'elle était complètement perdue (rires). Elle était complètement perdue, je pense que j'l'ai (rires), je pense que j'l'ai choqué. Mais euh... après, sur, sur les autres professionnels, t'as pas forcément... enfin, je sais... pour un kiné par exemple, c'est : est-ce que le cabinet, euh... est, euh, super bien équipé, non, je sais même pas si tu as cette visibilité-là quand tu prends rendez-vous en fait.

T : Sur Doctolib peut-être pas...

C : Mais y en a qui ont des sites internet ouais. C'est vrai.

T : Sur Google, tu peux voir aussi des photos, euh...

C : Mais je ne fais pas du tout ça.

T : OK. Donc, du coup, c'est parce que tu vas donner des éléments de vie personnelle dans le cadre de l'entretien avec le psychologue que tu vas faire un peu plus attention à qui tu vas rencontrer ?

C : Ouais. Et, est-ce qu'un ostéopathe, tu le classes dans la catégorie des soignants (rires) ou pas ?

T : euh... non dans le sens où ils ne sont pas professionnels de santé.

C : D'accord.

T : Je ne peux pas dire euh... même si euh... on est d'accord que beaucoup consultent un ostéopathe et euh... que tous ne sont pas à mettre de côté, je pense. Mais euh oui, en théorie, ils ne répondent pas à la catégorie professionnel de santé.

C : Ça marche.

T : Euh... pour le coup, je ne sais pas si tu as notion de safe-liste. Est-ce que tu en as déjà entendu parler, dans le cadre de consultations LGBT ?

C : Pas du tout.

T : Parce que du coup, c'était une question de mon questionnaire. Enfin, c'était une question qui faisait partie du questionnaire de base. Et où pour le coup, euh, moi, j'avais notion que d'une seule safe-liste qui pourrait être LGBT, mais euh... toute... enfin toute personne LGBT

confondue, on va dire. Et euh... les seules qui sont ressorties, c'étaient plus des listes, euh, pour les personnes transgenres. Et j'en ai pas vu au final pour le reste des personnes LGBT.

C : Et c'est quoi une safe-liste ? Tu la retrouves où ?

T : euh... pour le coup une safe-liste, ça va être euh... une liste de professionnel de santé, ou même euh... celle dont moi, j'ai connaissance, mais qui m'a pas paru la plus aboutit possible pour le moment, en tout cas qui n'a pas répondu à mes interrogations quand j'ai fait la recherche. Euh... en gros, c'est un professionnel qui va te permettre d'être toi-même, sans te poser de questions sur ce que tu pourrais dire finalement et qui en théorie ne sera pas jugeant... des choses comme ça. Et c'est euh, quelque chose qui est arrivé, notamment pour les femmes qui suivent des gynécologues et qui ont eu des situations des soins dans lesquelles elles ont été un peu violentées, que ce soit par des hommes ou par des femmes d'ailleurs, parce que je pense que des fois, tu oublies le métier que tu fais, parce que tu as l'habitude de le faire tous les jours, et donc du coup tout ce qui est question de consentement, la demande de tel ou tel geste, qui pour le coup en gynécologie peut être invasif. Euh... bah voilà, c'étaient des questions à prendre en compte et du coup, j'ai cherché un peu et donc je sais que ça existe pour les consultations gynécologiques. Et par l'intermédiaire du questionnaire que ça existe aussi par euh... pour les personnes transgenres. Et euh... notamment euh... sur [REDACTED], y a euh... l'association [REDACTED], qui est une association de personnes transgenres, qui euh... va donner des noms de médecins qui sont du coup transgenre-friendly, et où les personnes trans sont sûres que bah, du soignant qu'ils vont aller voir.

C : Ok.

T : (raclement de gorge) Donc voilà. Euh... au niveau de... la santé en général, on a fait un peu le tour des questions que moi, j'avais. Donc, euh, je te propose de passer sur la question, euh... plus précisément sur la kinésithérapie. (Acquiescement par onomatopée « huhum »). Est-ce que toi, tu pourrais me donner une définition de la profession de kinésithérapie ?

C : Euh... c'est un professionnel de santé qui a pour objectif de faire en sorte que tu récupères euh... ce que t'as pu perdre à cause d'un... bobo (rires). Sur des aspects fonctionnels... fin... retrouver l'amplitude, ou retrouver des... Mais ça joue sur la partie mécanique du corps. Voilà, non, c'est (rires) je... Cette définition est complètement pétée.

T : (rires) c'est pas grave. Euh... qu'est-ce que tu penses du métier de kiné ?

C : euh... je pense que c'est un métier, c'est ouf. C'est le... enfin moi, je suis hyper reconnaissant sur le kiné que j'ai rencontré. Parce qu'il m'a permis de... genre, avoir quasiment pas de séquelle, de perte de mobilité sur des trucs qui étaient hypers vénères quoi.

Et euh... et euh... bah, je trouve que c'est quand même plutôt pas mal l'impact que ça a sur la vie des gens et c'est juste oufissime quoi. Donc euh, c'est... Non, je sais pas, ça répond à ta question (rires) ?

T : Ça répond à ma question, ouais. Euh... Du coup, là, ma question, c'est : du coup, tu as suivi le kiné exclusivement pour ta cheville et ton poignet droits ? ou pour le tendon qui a été sectionné, tu as eu aussi ?

C : (me coupe) J'ai eu de la kiné aussi pour le tendon sectionné, ouais.

T : OK. Et est-ce que pour le coup-là, on t'a un peu aiguillé sur un professionnel de santé qui était spécialisé dans la prise en soin de la main.

C : On a essayé de ouais, mais je n'ai pas réussi à avoir quelqu'un qui était disponible dans un premier temps. Et du coup, euh, la petite kiné qui s'est occupée de moi dans un premier temps était pas oufissime. Et du coup, j'ai changé de kiné après. Mais après, le mec, c'était pas un magicien non plus, quoi. Il était limité par la présence d'adhérence, même des outils... des dégradations, des... comment ça s'appelle ? des gaines ? dans lesquelles passent les tendons ? (acquiescement par onomatopée) ou des poulies ?

T : Poulies, gaines oui.

C : Eh bah, dégradation de poulies. Si la poulie est pétée, bah ça, ça plie plus quoi. Mais c'est pas de la faute du kiné.

T : OK. Euh... Quelle est, selon toi, la place des kinésithérapeutes dans le système de santé ?

C : euh... la question d'après, ça veut dire euh... en termes de reconnaissance par exemple ?

T : par exemple ouais.

C : Les discussions avec le kiné là de, du poignet, me semblait, enfin, il semblait dire que la profession est pas hyper reconnue. Enfin, les... par les autres professionnels de santé. Et ce qui est assez, enfin ce qui n'est pas vraiment compréhensible, donc euh... Par rapport, au niveau d'étude aussi, y avait une euh... au nombre d'années d'étude pour être kiné, à l'époque, c'était réduit par rapport à d'autres cursus et du coup euh... ce que j'avais compris, c'est que les euh... y avait comme cette image de, comme une sorte de sous professionnel de santé. Alors que... c'est pas du tout ce que je pense, mais c'est ce que j'avais compris de ce que me racontait le... ce mec qui essayait de faire évoluer la formation kiné, qui essayait de faire évoluer la profession pour plus de reconnaissance.

T : Après, je pense que... enfin, je ne sais pas qui c'est et je ne sais pas quel âge il a non plus. Mais du coup y a aussi l'idée de... je ne sais pas comment on va dire ça... le système

européen, euh... a permis de faire passer les études sur un système LMD, licence, master, doctorat, et donc il y a eu une réorganisation des études de kinésithérapie aussi. Ce qui a permis dans un premier temps d'arriver sur... 4 ans de formations, post-concours, donc du coup la première année de formation n'était pas comptée... euh... la première année de médecine qui permettait de passer le concours, puisque du coup, y a pas que la première année de médecine qui est possible pour rentrer en école de kiné, mais euh... en gros, pendant un temps, on a compté que les 4 années de formation, depuis 2015 la réorganisation des études. Et donc du coup, on ne validait qu'un niveau M1, jusqu'à 2021 il me semble, où Olivier Véran a passé le niveau sur un M2 actuel. Donc du coup, je ne sais pas si ça t'aiguille un peu plus pour le truc mais... ?

C : Non, mais c'est... Mais, du coup, la conséquence de ça, c'est que tu avais cette discipline où il n'y avait pas forcément de recherches qui pouvaient être faites, du fait de la manière dont été constituées les études, et tu empêches le développement de la discipline par l'absence de cette recherche quoi.

T : Donc là, tu penses que du coup, dans l'idée, il fallait refaire automatiquement au moins un M2, enfin, pas peu importe, sur des études qui allaient t'amener à pouvoir faire de la recherche en biomédical ou en socio, enfin en SHS. Euh... et euh... Et du coup, oui, de faire master et plus ou moins doctorat en fonction du type de recherche que tu voulais faire aussi en plus. Là, l'arrivée du M2, de valider un M2 directement, ça te permet de faire de la recherche plus ou moins. Enfin un peu plus rapidement, même si il me semble que c'est toujours conseillé de refaire un M2 en santé ou des choses comme ça.

Euh... je me suis perdu aussi dans les choses que je voulais raconter.

C : Nan mais euh... c'est... c'est...

T : Après, sur ce que tu racontais aussi, je pense qu'y a aussi la question de ce qui va être qualifié comme professionnels médicaux et professionnels paramédicaux. Donc, du coup, en France, on va compter 4 professions dans les médicaux, les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sage-femmes et le dernier, je ne sais plus. Donc du coup y a trois ou quatre, je crois que ça doit être quatre métiers quand même dans les médicaux, c'est peut-être juste les chirurgiens qui sont à part des médecins, même si ils font les mêmes études maintenant, et ensuite tout ce qui est paramédicaux ça va être : les aides-soignants, les infirmiers, les psychologues rentrent dans la profession de santé, les kinés, les ergothérapeutes. Enfin, toutes ces professions qui vont graviter autour du soin, de la médecine, mais qui ne sont pas reconnues comme étant dans le médical. Donc du coup voilà. (OK)

Donc du coup, une autre question, tous les kinés qui t'ont suivi, ça a toujours été de la kinésithérapie libérale ou est-ce que t'as pu avoir une expérience de kiné en hospitalier ?

C : Euh, j'ai eu une expérience très rapide de kiné en hospitalier. Euh... mais c'est juste un mec qui est venu euh... me parler dix minutes euh... alors que j'étais euh... avant de sortir de l'hôpital. (OK). Mais euh... mais euh... c'est tout quoi. Donc, y a pas vraiment d'expérience.

T : OK. Donc, tu peux pas avoir un avis sur les deux pans de la profession ? Parce que du coup, on a la possibilité en kiné d'être soit en libéral, avec différents statuts de ce côté-là, mais on va dire libéral en général, des kinés salariés dans des cliniques ou dans des SSR, et ensuite le statut de kiné hospitalier, titulaire, enfin titulaire ou pas de la fonction publique hospitalière. Donc, du coup, si, enfin, ton expérience ne peut pas te permettre d'avoir un avis sur les... ?

C : Non, je... Non.

T : OK. Euh... Est-ce que du coup, le dernier kiné qui t'a suivi avait une spécialisation ou pas du tout, c'était un kiné un peu, on va dire généraliste ?

C : Euh, je peux checker. C'était euh... ****, il était... Est-ce que posturologue c'est un truc qui... ?

T : ça va faire partie des formations complémentaires qu'on va pouvoir faire à l'issue du diplôme.

C : Ouais. Il était très cool, mais euh... enfin, il avait une... enfin, je ne me souviens plus vraiment le domaine, j'essaye de le retrouver, mais je ne vais pas retrouver. Et... Mais sinon, il avait, enfin, sinon ça a été quoi. Et sinon, ce mec était assez incroyable, enfin hyper euh... hyper investi dans ce qu'il faisait. C'était cool.

T : Euh... donc du coup, tu m'as déjà plus ou moins répondu, mais euh... comment se sont passées les séances avec le kiné en question ?

C : euh du coup euh ****, lui, c'est pour le pouce, enfin en gros, je venais et il me faisait retrouver de la mobilité sur les articulations, il me massait, enfin, il passait, on passait euh, je sais pas 30 minutes à papoter (rires), pendant qu'il me massait le pouce quoi. Globalement, c'était ça le bail. Il utilisait aussi des fois des outils, de type euh... il avait une machine à ultrasons. Euh... globalement, c'était ça en termes de truc un peu... Mais ouais, c'était ça mes séances. Et j'ai la même expérience avec **** qui était mon kiné pour euh... quand j'avais le poignet, les jambes, tout ça... Il passait vraiment du temps avec moi, j'étais pas tout seul à, sur des euh... à faire mes exercices dans un coin. Et euh... à aucun moment, il s'occupait de plein de patients en parallèle. Je... et y a plein de personnes qui me racontent que c'est une réalité, mais j'ai jamais découvert, enfin, j'ai jamais rencontré cette réalité. J'ai toujours eu mon

petit kiné qui me faisait des papouilles quoi (rires). Enfin, c'étaient pas des papouilles, mais qui s'occupait de moi quoi. Donc, je ne sais pas si je suis chanceux d'être tombé sur des professionnels professionnels.

T : Bah y a un peu de tout dans le milieu de la kiné. Euh... du coup, tu les as consultés pendant combien de temps à peu près ?

C : Du coup, bah ça a duré quasiment un an, voire peut-être même plus pour le... faudrait que je retrouve les dates, mais ça a été très très long. Et euh... et pour le pouce, ça a duré une éternité. C'est plusieurs mois, hein, on parle de... enfin, je... je sais pas 6 mois. Ce qui paraît énorme pour un pouce. Et euh... et puis peut-être un an et demi pour euh... un an minimum, je dirai.

T : OK. Si tu devais donner un adjectif pour qualifier la relation que tu avais avec le kiné, ça serait quoi ?

C : C'était amical. (amical ?) Ouais, enfin, vu qu'au bout d'un moment, tu vois la personne quand même très souvent, tu... tu parles de ta life, tu parles de plein de trucs avec le kiné. Donc c'était une relation plutôt amicale, ouais.

T : OK. Donc, du coup, d'après toi, est-ce que la prise en soin était bénéfique ? Et est-ce que tu es allé au bout des séances ou tu t'es arrêté avant ?

C : Bah, la prise en soin était super bénéfique, euh... et je suis allé au bout des soins. On... au bout de ce qu'on était capable de faire, compte tenu de... de ce qui restait là quoi.

T : OK. Et euh... comment est-ce que tu te sentais quand tu étais face au kiné ?

C : (raclement de gorge). Euh... je me... enfin, je me suis..., j'ai souvenir que je me sentais bien. J'aurai envie de redire confiance, mais je... y avait... sur le... pour le, la jambe, le dos, le poignet, y avait un gros euh... un gros enjeu sur : qu'est-ce que je serai capable de refaire après en fait, une grosse inquiétude sur mes capacités à pouvoir me déplacer de manière autonome, de pouvoir recourir, de pouvoir euh... en fait, y avait vraiment un questionnement sur euh... les séquelles que je risquais d'avoir. Et euh... en fait y avait une... la relation avec le kiné, elle était super importante. Parce que y a plein de chose qui se joue, enfin y a des enjeux de ouf euh... qui faut jamais... et alors moi du coup, j'étais, j'ai eu de la chance, ça s'est bien passé, mais j'imagine que, il doit bien y avoir des personnes pour qui c'est plus compliqué quoi. Et... du coup... du coup la relation avec le kiné est super importante par rapport à ça. Et euh... non, du coup, c'était euh... je me suis un peu perdu, mais c'était, c'était vraiment amical, c'est le terme. Je me sentais très bien, et en fait, il se moquait un peu de moi, enfin, il avait adapté aussi son comportement à mon (rires), ou alors à ma personnalité. Et à

la fois, il te pousse un peu dans certains retranchements pour que tu dépasses, que tu regagnes un petit peu aussi les choses. Il t'engueule parce que t'as pas fait tes exercices correctement à la maison, et que du coup, tu aurais dû gagner, mais t'as pas gagné. Enfin, tu fais un peu la maman en fait sur certains points... Ouais, voilà.

T : OK. Du coup, pour rebondir sur ce que tu disais tout à l'heure, est-ce que ça parti des... en l'occurrence dans la kiné, je vais parler de la manière dont on nous forme aujourd'hui, on a toute cette question d'autonomiser les patients par l'intermédiaire, par exemple, de faire des exercices à la maison qui vont être en complément des séances de kinés directement au cabinet. Et tu disais que tu avais tout le côté où, quand t'es en séance avec un soignant, du côté confiance dans la, dans le discours, et est-ce que du coup c'est, de la même manière avec le kiné, tu as cette question de confiance de ce qu'il va te raconter en séance, c'est plus ou moins la vérité de, de ce qui se passe, de la réalité ?

C : Ouais, je dirais oui. (Ouais ?). Oui, clairement. (OK). Sauf peut-être la nana qui... enfin le... nan, je... y a cette kiné que j'ai vu quelque temps et qui, qui, qui savait pas quoi faire avec mon pousse quoi et... c'est parce que j'avais été mal aiguillé... ça l'a pas fait et, et elle, je la sentais un peu, je la sentais un peu perdue dans son, son truc. (OK). Mais c'est ma seule expérience un peu négative. C'est même pas négative, c'est juste... elle savait pas quoi faire.

T : Euh... du coup, sur la partie kiné, j'ai fini aussi, enfin, j'ai fini aussi, j'ai pas plus de questions, pour le moment. Et là, j'aimerais me recentrer un peu plus sur, sur, sur ta perception de toi. Et euh... en savoir un peu plus sur ton rapport à l'activité physique. Euh... et du coup, la représentation de... que tu as de ton corps. Parce que du coup, ça reste un élément que j'aime... enfin, qui m'intéresse dans la prise en soin en kiné. Et du coup, euh... quels sont les sports ou activités physiques ou artistiques, euh... que tu as pu pratiquer quand tu étais enfant ?

C : Wahou quand j'étais enfant ? je faisais rien (tu faisais rien ?). Ouais. En vrai, euh... quand j'étais enfant, je faisais vraiment pas grand-chose. Enfin, je ne faisais pas de (raclement de gorge), j'étais pas inscrit en sport, j'ai fait du théâtre, mais ça ne rentre pas dans la catégorie sport. Ça rentre dans la catégorie (artistique). OK. Donc j'ai fait du théâtre, mais euh... mais c'est tout.

T : OK. Et qu'est-ce qui te plaisait dans cette activité-là ?

C : C'était une mise... c'était quelque chose qui me faisait violence. Et donc, c'était quelque chose qui ne me plaisait pas du tout (rires), pas toujours. Non, enfin, si ça me plaisait, mais je... j'étais attiré par le fait que ça me mette, ça me sorte un peu de ma zone de confort quelque part. Et... ouais... et puis y avait mes potes (rires).

T : Et du coup, pourquoi est-ce que tu as arrêté ?

C : Pourquoi j'ai arrêté le théâtre ? parce que euh... parce que y avait plein d'opportunités et parce que j'avais envie d'autre chose, je pense euh... quand je... j'ai pas cherché à refaire ça.

T : OK. Du coup, euh... Quand tu étais ado, c'était la même, euh, la même chose ?

C : Ah bah, du coup, moi, je...

T : (je le coupe), enfin, je veux dire euh... (moi, j'te parle de...) pour reprendre la question : est-ce que, à quel moment tu as commencé à faire une activité physique, si tu fais une activité physique pour le coup, ou artistique et du coup...

C : J'ai commencé une activité physique sérieusement en 2018. (OK). Où je me suis mis à aller à la salle. Mais euh... mais tout le reste de ma vie, enfin avant, j'étais genre... j'avais une aversion pour le sport, je ne voulais surtout pas entendre parler de sport collectif, j'étais... ouais.

T : OK. Et du coup, qu'est-ce qui t'a poussé à faire de la muscu, de la musculation, enfin d'aller à la salle plutôt, je ne sais pas si tu fais de la muscu ou autre ?

C : Euh, qu'est-ce qui m'a poussé à aller à la salle ? c'est euh... c'est que... c'est le rapport au corps forcément, mais c'est... en 2018, c'était genre la coupe du monde de foot et euh... on a fait une, on a célébré la victoire dans [REDACTED]. Et j'ai vu mon ex qui était, qui genre a tilté, mais c'était plus que tilté, il est resté scotché devant un mec qui est passé devant nous, qui était hyper bien foutu. Et du coup, je fais « Ok, il va falloir que je m'y mette quoi » (rires). C'était ça l'élément déclencheur initial, qui est complètement ridicule. Et euh... c'est pas cet élément-là qui a fait que après ça rentre dans ta vie et que ça s'installe, euh... c'est vraiment le côté du... je ressens du... enfin ça me fait du bien, c'est un moment à moi, je suis, euh, je fais mes trucs.

T : OK. Donc, du coup, malgré l'aversion que tu pouvais avoir, maintenant, tu prends du plaisir à faire ton activité physique ?

C : De ouf, ouais, carrément ouais.

T : OK. Du coup, euh, quelle est la représentation que tu as de ton corps ?

C : Quelle est la représentation que j'ai de mon corps ? Euh... je suis extrêmement sujet à la, à la dysmorphophobie. Je... mon corps a pas mal évolué depuis ces 5 dernières années. Je suis content de, du, enfin, les genres de muscle à des endroits, je trouve ça trop cool et tout, mais en même temps euh... je sens la, la fuite en, enfin, c'est pas la fuite en avant mais c'est... en même temps, j'ai une relation, je pense qui est pas hyper saine vis-à-vis du... enfin,

je fais des obsessions sur le fait que... j'ai du gras à des endroits, enfin y a des insécurités de ouf sur ça quoi. Et euh... et euh... en fait, c'est hyper euh... c'est presque, c'est quelque chose qui obsède en fait quoi. Enfin, ça a une place, ça prend une place énorme, voilà. (OK). C'est un rapport complexe au corps dans le sens où... ouais, bref.

T : Euh, du coup, euh... Donc tu l'as dit clairement, enfin, tu l'as dit. Est-ce que... La question, c'est : est-ce que cette représentation a changé au cours de ces dernières années ? Mais du coup, tu m'as répondu.

C : Ouais, clairement, euh... oui.

T : Et est-ce que tu saurais expliquer ? Quand est-ce que ce changement a opéré ?

C : Bah parce que tu... tu mets en place des choses, tu vois des résultats. Tu te rends compte que t'as, enfin... le, le fait de faire cette activité physique m'a, a conscientisé l'existence de mon corps, alors que avant, j'étais genre dedans, mais je n'm'en étais pas vraiment rendu compte quelque part (rires). Euh, je ne sais pas si ça a du sens ce que je viens de dire, mais euh... y a cette idée que... j'ai... en fait, je me posais vachement moins de question quand, quand je ne faisais pas du tout d'activité physique, j'étais euh... j'étais moins obsédé par ça. Du coup, ça va me coûter cher cette séance ? (rires).

T : (rires). Euh... Du coup, à quel âge aurait-il changé ? À quel moment, ouais, à quel âge, tu penses que la représentation que tu avais de ton corps a réellement pris effet sur toi ?

C : Euh... bah, c'est arrivé super tard en fait, euh... vis-à-vis de la représentation que j'ai aujourd'hui ? (acquiescement par onomatopée). C'est ces dernières années, c'est à 30 ans, je sais pas, genre, entre 25 et 30 ans, y a un shift de paradigme sur la conception du corps qui... nan, mais, mais, mais, bref. Après, mon corps avait déjà changé avant, mais c'est l'adolescence, euh, tu... tu as ton corps qui change, tu prends conscience de certains trucs, OK. Mais euh... mais y a vraiment un changement entre 25 et 30 ouais.

T : OK. Euh, est-ce que tu pourrais me donner un adjectif pour décrire ton corps justement ?

C : Un adjectif ? whaoh... euh... (rires) c'est hyper euh... je sais pas. Un adjectif ? euh... je... je sais pas, honnêtement, je sais pas un adjectif... J'essaye de trouver, mais je ne sais pas.

T : OK. Si tu devais te décrire physiquement à quelqu'un qui est malvoyant, qu'est-ce que tu dirais ?

C : OK. Je dirais que, que je fais que, qu'1 mètre 74, que je suis brun, que je... (rires). Ouais, en fait, je sais pas trop comment euh... ouais.

T : OK. Donc, du coup, quelle relation tu entretiens avec ton corps ? Si euh... est-ce qu'il y a des choses que tu aimes dans ton corps, et est-ce qu'il y a des choses que tu aimerais changer ?

C : Euh... euh... Du coup, j'aime bien le fait d'avoir obtenu quelques muscles récemment, j'étais content (rires). Qu'est-ce que j'aimerais changer ? J'aimerais changer, euh... j'ai un, j'ai un truc par rapport aux cheveux. Mais du coup, c'est un problème qui ne correspond pas au corps. Donc ça ne rentre pas dans le truc si ?

T : Bah ça fait partie du corps.

C : Allez, ça fait partie du corps. Euh... je sens aussi les effets de l'âge de plus en plus arrivés, genre, je suis de plus en plus marqué au niveau des yeux et au niveau de... (regarde son téléphone). Pardon. Et euh... Mais euh non, qu'est-ce que je, non, je sais pas. Non, je suis... obsédé par euh... telle période, j'étais euh... en fonction de l'alimentation, en fonction de la quantité de sport que tu peux faire, t'arrives dans un certain état de ton corps. Et après, si y a des efforts qui sont justes pas gérables sur la durée, et du coup, tu vois la dégradation, enfin, c'est pas la dégradation, mais tu vois l'écart que tu prends par rapport à ça. Et du coup bah, j'aimerais revenir à la shape que j'avais telle date, j'aimerais pouvoir (claquement de doigts) faire ça. Et c'est, c'est, de qu'est-ce que j'aimerais, c'est ce que tu demandes ? Y a quelque chose d'hyper euh... enfin, c'est vraiment obsédant. Y a vraiment un sujet sur, euh... Je ne m'étais pas rendu compte que y avait un tel sujet, mais je crois qu'il y a un sujet là-dessus. Voilà... (rires)

T : C'est lutter contre le vieillissement du coup ?

C : C'est lutter contre, bah y a une partie de lutte contre le vieillissement, mais y a aussi une partie de... c'est impossible d'être toujours dans une sorte de... c'est pas de la... c'est de... au top de ce que tu peux être. Mais en fait, c'est absolument pas gérable, hormis si t'as pas de vie sociale, si tu manges du carton, ou... enfin au bout d'un moment c'est pas un équilibre du tout. Et, et en même temps, en même temps c'est grisant de, d'être dans cette situation-là. Dès que tu, tu, on dérive un tout petit peu, on, tu, tu le sens dans l'interaction que tu peux avoir avec les gens. Une nana qui, qui m'a dit y a pas longtemps, le truc, il sortait de nulle part, tu fais « ah mais... ». Enfin pour le coup, j'étais en soirée, euh, techno, euh, torse nu, euh... et en soirée techno à ■■■■, y a que des mecs torsés nus, hyper bodybuildés qui ont 22 ans et qui sont hyper secs quoi. Et euh une nana me regarde et me dit « Ah, mais euh c'est normal, euh avec l'âge euh, on prend tous un peu machin » j'fais mais... (rires) mais pourquoi tu m'envoies ça (rires). Et en fait euh, mais en fait, ouais non je me, c'est nimp quoi. Et enfin... j'ai l'impression de te raconter un truc et de me plaindre, mais euh, je suis très content, et je suis clairement pas à plaindre. Mais je trouve que c'est vachement dur. Voilà.

T : Très bien.

C : Désolé.

T : Nan, mais y a pas de problème, comme je t'ai dit au début, y a pas de mauvaises réponses. C'est juste ta réalité à toi qui est intéressante dans le travail derrière. (acquiescement par onomatopée). Du coup, euh... la question qui suit, c'est : est-ce qu'un événement particulier a eu un effet positif ou négatif sur la façon dont tu perçois ton corps ? Donc, tu m'as raconté, euh, 2018, la coupe du monde, (Ouais), est-ce que ce serait celui-ci, ou est-ce qu'il y a eu un autre événement qui a fait que euh, ça t'a... ça t'a questionné sur toi, sur ton corps ?

C : Euh, je pense que... non, je pense que cet événement, il est assez euh... c'est un événement fondateur du truc, quoi. Je crois.

T : OK. Et euh, du coup, je pense que la réponse, tu l'as déjà plus ou moins dite aussi, mais est-ce que les activités physiques, donc, du coup, celles que tu as commencées à faire, c'est ce qui t'a permis, juste par l'activité physique, de, d'avoir un impact sur comment maintenant, tu perçois ton corps ?

C : Ouais, ouais, y a l'activité physique, mais y a aussi tout un travail... y a l'activité physique, y a la part alimentaire, mais y a aussi la part de, de rapport à soi quelque part, plus dans la, de, d'estime de soi. Y a un travail aussi de, d'estime de soi oui.

T : Ok. Donc, tu m'as dit qu'en soirée techno, tu te retrouvais torse nu facilement. Euh... mais du coup, est-ce que, y a... enfin, dans quelle mesure tu te sens pudique ? est-ce qu'il y a des situations dans lesquelles, par exemple, lors d'un soin, pour le coup, y a une question de pudeur qui rentre en jeu dans ton corps et dans ta manière d'être sur un moment défini ?

C : Sur le soin, euh... sur le soin, non. J'ai toujours eu l'impression sur les situations de soins, c'est comme si le cerveau se débranchait sur l'aspect pudeur et je peux me retrouver... On me dit : « Mets-toi en slip », je me mets en slip, et puis, du coup... Même si il peut y avoir un peu de gêne, tu dis à ton cerveau : « Bah, c'est un soin, donc mets-toi en slip », et bah, du coup, tu te mets en slip. (rires).

T : Ok. Et dans une situation de vie tout autre ?

C : Dans une situation de vie, euh tout autre, j'étais hyper, hyper, hyper pudique, euh, jusqu'à avant, euh, avant 2018, 2015, 2012. J'étais capable d'aller, euh, on allait se baigner à Miribel, j'étais capable de, d'avoir peur d'enlever mon t-shirt sur la plage, parce que j'étais... en fait, je t'ai raconté n'importe quoi tout à l'heure quand je te disais que, que j'étais moins conscient. En fait, j'étais déjà très conscient, mais j'étais plus dans une sorte de, y a une... ouais, OK. Y a une... pendant mes études, genre terminale, genre lycée et études supérieures, jusqu'à la

fin de mes études d'ingé, j'étais hyper pudique. Et genre, j'avais peur de me déshabiller sur la plage quoi, c'était, c'était vraiment hardcore. Ensuite, y a eu une période où, bah, j'ai commencé à fréquenter mon ex, et où y a eu plus un mode osef quoi, c'est, c'est cool. J'ai commencé à être bien, en mode bah, je peux me mettre à poil, enfin pas à poil, mais à minima torse nu. Et qui ensuite, peut être toute la, toutes les insécurités liées au corps, euh, qui avait disparu pendant une période de vie, euh, je dirais de mes 20... enfin, pendant une certaine période entre la fin de mes études et puis, euh, quand je me mets à la muscu sérieusement. Tout ça revient, en mode fois quarante mille, avec des objectifs et une pression... nulle. Je devrais prendre des notes pour (rires) ça fera un bon sujet pour mon nouveau psy. Mais euh... mais oui, voilà, du coup. OK.

T : OK. Euh... une autre question qui n'est pas du tout dedans à la base, mais euh... est-ce que l'impact des réseaux sociaux peut avoir un effet aussi, là-dessus ?

C : Eh bin, je dirais que au contraire, alors... donc, je suis dans le déni complet, hein (rires de Tony). Mais, euh... je, j'ai utilisé Instagram comme outil de reprise de confiance en moi. Et, et donc, poster, poster des vidéos et obtenir des likes, euh... venait quelque part augmenter, enfin, était un outil d'acceptation de soi, de confiance en soi, de redécouverte de l'estime de soi. Et donc, ça, c'est le côté potentiellement vertueux, mais en réalité, en réalité, c'est hyper addictif, tu es constamment mis en face à des mecs qui ont un physique inatteignable, ça te pousse à la fuite en avant, et peut-être qu'il y a un peu de ça dans les objectifs, dans cette euh, dans la morphophobie, et dans la pression que j'exprimais auparavant. Donc, la réponse est oui, je pense que y a un truc, mais que au début, dans ma tête, j'avais commencé mon compte Insta pour euh, plus comme un outil de, genre affirmation de soi, pas affirmation de soi, mais de reprise de confiance en soi.

T : OK. Tu parles de chute en avant ou de fuite en avant ?

C : De fuite, euh, bah y a pas de limites quoi, t'es toujours, euh... y a, tu, tu fais des efforts pour arriver à un certain objectif et puis ton cerveau se concentre sur encore de nouveaux trucs à devoir faire, t'es... ouais, quand je suis, quand je suis trop sec, j'ai l'impression de ressembler à une crevette et du coup, d'être tout petit et du coup, je trouve que c'est pas bien. Quand je commence à être moins sec, euh, je suis pas content de moins être sec. T'as toujours l'occasion d'être insatisfait. Mon Dieu... (rires) Je me désespère.

T : Ne te juge pas.

C : Je ne me juge pas, mais... (rires)

T : Si, si, c'est ce que tu es en train de faire.

C : Je me juge un peu, ouais.

(Petite pause dans l'entretien au bout d'une heure 20 minutes).

T : Donc, du coup, euh... je vais revenir un peu sur un côté santé, et notamment une autre question qui m'intéresse, c'est l'écoute dans le soin. Euh... savoir, en fait, ce qui va m'intéresser, c'est de savoir ce qui, d'après toi, donc on va d'abord parler d'un point de vue général, qu'est-ce qu'un soignant a besoin d'écouter lors d'un soin ?

C : Les, les éventuels questionnements du patient. Les éventuelles appréhensions. Euh... ce que veut bien exprimer le patient. (rires)

T : OK. Et du coup, d'après toi, quand tu pars en soin, que tu vas voir un médecin ou autre. Qu'est-ce qui est important pour toi, enfin, qu'est-ce qu'il doit savoir de toi ?

C : Du coup, des... mes antécédents médicaux, typiquement, qui peuvent avoir un rapport avec le soin en question. Et... mais, après, enfin, j'ai pas de, des allergies spécifiques par rapport aux produits qu'il risque d'utiliser, mais euh, j'ai pas, enfin, c'est plutôt la partie médicale qu'il doit savoir de moi.

T : OK. En ce qui concerne, du coup, ta situation familiale ou d'autres trucs, pour toi, c'est pas nécessaire qu'il soit informé ?

C : Bah, si ça n'a aucun rapport avec le, l'objet du soin, je pense que ça a pas forcément, ça a pas grand-chose à faire. Dans le cadre du suivi, par exemple pour la PrEP ou des choses comme ça, là y a un sens de partager des, du, de l'intime. Mais hormis ce cas particulier du suivi de la santé sexuelle, je ne vois pas trop. Mais, ça fait écho à la situation que j'avais pu décrire dans le formulaire, qui est le médecin du travail hyper intrusif qui, en fait, mais, en fait, du coup, fait ton travail mec, dis-moi que je suis apte à être ingénieur, c'est-à-dire que je suis capable de m'asseoir sur une chaise et de faire des réunions sur Google Teams quoi (rires). Mais euh, ne me parle pas de j'sais pas. Ouais, voilà.

T : OK. Et du coup, d'un point de vue kiné, d'après toi, c'est la même chose au niveau de l'écoute ? Pour le coup, tu me parlais d'une relation un peu amicale. Est-ce que du coup, c'est souvent, en kiné, tu vois le kiné assez longtemps. (C : C'est ça.) Ça reste un peu le, le, je sais pas comment dire, mais du coup, la rééducation, c'est pas quelque chose qui se fait en une séance, comme tu me parlais de l'ostéo tout à l'heure. Souvent, l'ostéo, tu vas le voir une fois ou plusieurs fois dans l'année, mais jamais de manière très régulière. Le kiné, en l'occurrence, bah, tu le vois sur des périodes plus ou moins longues, et donc, du coup, tu as un rapport à l'écoute qui est différente ou pas du tout ?

C : Et, mais alors, du coup, c'est une écoute qui sort du domaine du soin. L'écoute qui va pouvoir y avoir pendant la séance de kiné, c'est genre deux êtres humains qui papotent, je le dissocie du soin, du contexte du soin.

T : OK. Pour toi, ça n'a pas d'influence sur la manière, euh... sur le soin ?

C : Je le... Je, j'avais jamais, je m'étais pas fait cette réflexion-là, avant.

T : OK. Euh, parce que pour le coup, moi, je... pendant mes études de L1 STAPS, je suivais une option qui traitait du handicap. Et on a eu un cours de 4h avec une psychologue clinicienne qui était venue avec nous pour parler du handicap particulièrement et qui nous avait demandé de nous présenter. Et en disant, bah, quel métier on souhaitait faire. Et du coup, quand je me suis présenté et que j'ai dit que je voulais devenir kiné, sa réaction que je trouve plus ou moins bonne, après j'ai pas encore eu l'expérience en tant que kinésithérapeute pour l'instant, mais, était de dire que le kiné était le soigneur du corps et de l'âme. Parce que du coup, justement, y avait cette partie, cette proximité avec le patient qui permettait des discussions qui pouvaient au-delà du côté physique que le kiné va traiter...

C : D'accord, ouais comme side-bénéfice, comme quelque chose que tu obtiens, mais que tu ne viens pas chercher à la base. OK. Mais c'est marrant parce que moi, je le voyais comme quelque chose d'annexe, mais pas, c'est pas ce qui est marqué sur l'ordonnance quand tu vas voir ton professionnel de santé. Mais euh, la discussion, au même titre que des séances de psy, est utile dans le sens où, fin, moi, ça me, je me souviens que les discussions que j'avais avec euh, avec **** était euh, enfin, ça me faisait réfléchir sur certaines choses. Alors est-ce qu'il le faisait sciemment dans cette dynamique de soin de l'âme, ou est-ce que c'était juste deux personnes, deux êtres humains qui étaient en train de papoter, parce que l'univers a fait qu'ils se voient pendant plusieurs heures chaque semaine pendant super longtemps ? Je m'étais jamais dit que, enfin, j'avais jamais pensé qu'il y avait cet aspect-là, de la part du kiné, une démarche pro-active, volontaire qui était... ouais voilà, volontaire. OK.

T : Après, ça reste juste le point de vue de la psychologue en question, donc je ne sais pas si c'est une réalité non plus. C'est juste que j'ai voulu un peu creuser le sujet là avec toi. (C : C'est très intéressant). Donc, du coup, hormis ce que je viens de dire, est-ce que toi, tu as les mêmes attentes d'écoute envers un kiné qu'envers un autre soignant ? Est-ce que, à la base, avant d'avoir cette relation que tu décris comme amicale, est-ce que du coup, quand tu vas voir le kiné à la base, tu te dis : bah, il a juste besoin de savoir ça, ça, ça et c'est tout ?

C : Avant de... ouais, en fait, euh... Non, mais, du coup, j'attends pas du, j'attends de l'écoute plus d'un kiné que... par rapport à... par rapport au soin, mais parce que j'ai cette conception de deux choses dépendantes qui est le kiné a son action mécanique et pour récupérer de la

mobilité, de l'amplitude, et cætera. Et euh, il fait son job de kiné, et séparé de ça, il y a deux personnes qui parlent. Mais je pense que c'est, je pense que c'est pas conscientisé réellement en fait.

T : Donc du coup, enfin, est-ce que du coup ça... c'est dépendant du type de relation qui va se créer du coup ?

C : Ça va être dépendant du type de relation qui va se créer, oui. Et euh, oui. Et du coup, je suis plus, comment dire... Enfin, c'est clairement pas un critère que j'imaginais chercher chez un kiné, sa capacité d'écoute. J'ai pas forcément regardé beaucoup de sites de kiné, mais sur le site de kiné, je ne m'attends pas à ce qu'il y ait une page sur sa capacité d'écoute. Il va y avoir une page sur, peut-être, les outils qu'il a dans son cabinet de kiné, à quel point c'est grand, à quel point c'est beau, et puis les différentes formations qu'il a pu faire de kiné. Mais euh, je crois que ça ne m'intéresserait même pas de savoir qu'il a une sensibilisation pour la communication, enfin, je ne sais même pas ce que ça pourrait être.

T : Parce que pour le coup, il existe des formations post-diplôme qui vont aller dans le sens de, d'entretien motivationnel, pour aider à une relation de confiance entre le kiné et son patient.

C : OK. Je crois ça ne ne... En fait, avoir cette info-là me... m'intéresserait, je ne sais même pas si je comprendrais en fait. Je crois que si j'étais tombé sur cette info sur le site j'aurai pas compris à quoi ça sert, en fait.

T : OK. Parce que pour le coup, dans n'importe quel soin au final, on a toujours le côté, on va dire médical qu'on va réussir, par exemple un traitement que le médecin va donner y a ce côté-là, et après en fonction de la relation que t'as avec ton médecin aussi, y a toujours un côté, un effet placebo qui est mis en place. Et cette relation, enfin cet effet placebo, tu le retrouves dans tous soins confondus. Je pense que particulièrement avec le psychologue, c'est ce qui est attendu, dans la discussion, dans les rebondissements qui vont être créés. Enfin, au final, le psychologue ne peut pas prescrire de traitement, parce qu'il est pas médecin. Donc du coup, y a, je pense, enfin après, je peux me tromper en disant ça, mais qu'y a que cet effet-là en psychologie. Donc du coup, voilà, y a aussi ça en kiné, on a des techniques, on va travailler sur telle ou telle partie pour soigner le, le pourquoi, le patient est avec nous. Mais y a aussi un effet placebo qui est mis en place, probablement de manière inconsciente, quand même, du kiné, c'est pas un... je pense pas qu'il y ait une vraie ambition du kiné à créer un vrai effet placebo à tout prix. Mais du coup, elle est un peu, je pense qu'elle se crée un peu automatiquement, si relation de confiance, il y a.

C : Peut-être, mais du coup, j'avais jamais vu les choses sous cet angle-là. Honnêtement.

T : OK, pas de problème. Donc, du coup, voilà, ça, c'était la partie de l'écoute dans le soin. On va arriver, du coup, sur la partie discrimination dans les soins, et donc, du coup, j'aimerais savoir, d'après toi, quelles sont les formes de discrimination les plus répandues dans les soins en général et concernant les patients LGBTQIA+ ?

C : Euh... les, en fait, par rapport à l'expérience que j'ai, c'est de présupposer des, des choses sur le fait d'associer un patient homosexuel à un ensemble de comportements typiques de la communauté homosexuelle par le, par le médecin. C'est ça un élément de discrimination que j' imagine. Ensuite... après moi, je ne connais pas, je suis persuadé que le cas des personnes trans, ça doit être hyper hardcore de se faire correctement soigner. Je pense que les personnes en... enfin, mais du coup, c'est pas du tout mon cas de ce à quoi j'ai été confronté. Est-ce que ça répond à ta question ?

T : Oui, ça répond. Euh... donc du coup, je vais peut-être aller, enfin, je veux pas trop orienter le truc, mais euh... est-ce que tu m'autorises à dire que ce que tu viens de me dire sur ce présupposé, ça répondrait au fait qu'il y ait des stéréotypes euh... d'un patient, et que du coup le médecin se serve du stéréotype pour euh...

C : Adapter son... euh ouais, je suis en train de réfléchir en même temps parce que ça fait écho à la notion d'écoute. Et clairement, quand le médecin adopte ce comportement, il est pas en train d'écouter son patient, il est en train d'écouter un stéréotype de patient qui n'existe que dans sa tête pour adapter son comportement. Euh... le, la partie discrimination, c'est aussi que à partir du moment où tu évoques cette homosexualité, enfin ta sexualité, ça normalise le fait qu'on te pose des questions qui peuvent être hypers, enfin sur des sujets que t'as pas forcément envie d'aborder, hyper intimes, qui auraient jamais été abordées, si euh... peut-être un peu intrusives, ou en tout cas, où tu ne te sens pas forcément safe quand on te les pose. Et c'est des choses qui auraient pas été abordées si l'idée de ton homosexualité, enfin, si tu avais pas été homosexuel et si ça avait pas été dit. C'est comme si tu ouvres la porte et que tu... comme si tu acceptais que la personne en face de toi aborde des sujets qui n'ont pas lieu d'être là. Je sais pas si ça fait sens.

T : Bah, je pense que si. Euh... et du coup, si on... Donc, du coup, dans le questionnaire, tu m'as répondu avoir été discriminé, tu m'en as reparlé un tout petit peu avant, et du coup, pour savoir un peu, comment est-ce que toi, tu vas définir une discrimination ? Parce que du coup, légalement, il y a une vraie définition de la discrimination en France, qui est pénalement punie. Et toi, est-ce que tu vas définir la discrimination comme la loi l'a définie, ou tu as une définition un peu autre.

C : La définition, euh... non, fin, du coup, moi, la définition que j'ai adoptée sur cette notion de discrimination, c'était par rapport au comportement que j'ai trouvé déplacé qui semblait justifié par mon homosexualité. Ça répond ? (rires)

T : OK. Mais du coup, c'est là où moi, j'ai... enfin, mon questionnement aussi, donc mon travail de recherche est venu à me demander quelle est la différence entre un stéréotype, des préjugés et une discrimination. Est-ce que tout stéréotype et tout préjugé est discriminant. Ou qu'est-ce qui fait que... enfin, qu'est-ce qui s'articule euh... entre un stéréotype, un préjugé, une discrimination. Du coup, est-ce que, je sais pas comment réellement reformuler, mais euh... Je ne dis pas que ta manière de t'être senti discriminé est fausse parce que ça reste ton ressenti et je pense que c'est avant tout ça, au final, une discrimination, c'est comme ça que ça se ressent, enfin, c'est une émotion qu'on va ressentir qui va euh...

C : Ouais, je, oui, enfin, merci pour la légitimisation du truc. Mais euh... C'est la, la discrimination, c'est la, la manière... Pour moi, c'est la... J'ai été traité par ce médecin différemment que un autre de ces patients.

T : OK. Et là, en l'occurrence, c'est comme ça que la loi va définir une discrimination.

C : Je sais pas.

T : Bah du coup, si, c'est le fait d'être traité autrement qu'une personne similaire à toi, mais euh... en gros, y a une différence entre les deux traitements reçus, du fait de, pour le coup, l'orientation sexuelle. Donc, du coup, en soi, là, enfin, pardon, la manière dont toi, tu viens de me le redire maintenant, du coup, je suis désolé parce que je t'ai coupé (C : Non mais y a pas de soucis.), mais... en soi, je pense que du coup ça répond à la discrimination.

C : OK. Mais, après, c'est pas, enfin, j'ai pas... y a pas des choses que je n'ai pas obtenues du fait de mon homosexualité de ce professionnel de santé. Donc c'est pas très grave en soi. Mais, enfin bref, du coup, je te laisse parler.

T : Ah bah non, justement, moi, c'est toi que j'écoute. (Rires communs). Donc du coup, pour essayer de rebondir autrement, comment est-ce que toi, tu, enfin, tu y as déjà répondu un peu, mais euh, donc la question, je ne sais pas si elle est correcte, mais, fin, comment tu fais pour savoir que réellement c'est une discrimination qui est subie à ce moment-là ?

C : Euh, je me suis pas rendu com, enfin, c'est... je me suis pas rendu compte sur le moment que il était en train de se passer quelque chose qui était, enfin, sur lequel j'aurais dû être plus ferme en disant STOP. Hormis le sentiment, ce sentiment un peu bizarre qu'on est en train de te, enfin, qui a un truc qui se passe quoi, mais genre... en repensant à ces échanges, et le truc qui est arrivé plusieurs années de suite avec ce médecin qui était hyper euh, enfin hyper

intrusif sur ma sexualité, qui sous-entendait que, fin que c'était sans doute peut-être à bon escient que, en gros, c'est parce que, parce que j'étais gay, bien que en couple, non libre, il fallait que je fasse des dépistages tout le temps, il fallait que je fasse... enfin, il était tout le temps... il faisait des sous-entendus sur euh... enfin, il sous-entendait que nécessairement mon ex et moi étions profondément infidèles. C'est ça qui était... mais c'est pas hyper grave en fait en soi. Mais ça n'a rien à faire dans une consultation de médecine du travail comme ça, en fait.

T : OK. Et du coup, euh, donc là, tu m'en as un peu parlé. Est-ce que tu veux aller un peu plus dans le sujet, ou là, ce que tu viens de me dire ça reste pour toi suffisant sur ce que tu as à me dire.

C : Euh... j'ai... bah du coup, j'ai pas... donc, c'était y a quand même assez longtemps. Et je n'ai pas eu l'occasion de revoir ce médecin depuis quelque temps, donc, je ne sais pas si euh... si il le referait ou s'il réadopterait ce type de position, mais, mais le, la situation, c'était ce que j'ai décrit. Entretien avec le médecin qui, qui voit dans le dossier que la personne à contacter en cas d'urgence, c'est, euh... un mec qui a la même adresse que moi en gros et, euh... enfin, qui sneaking tout en fait et qui fait des hypothèses sur euh... sur notre euh... enfin, sur nos pratiques. Et, enfin, qui aborde des trucs intimes avec pleins d'hypothèses sur euh... sur ce que tu fais quoi. C'est assez choquant, je sais pas si... enfin, du coup voilà. Et le mec l'a fait sur plusieurs entretiens de médecine du travail que j'ai pu avoir.

T : Ok. C'est pas un fait qui est arrivé qu'une fois ?

C : C'est pas arrivé qu'une fois avec ce mec-là. Et en fait, moi, je n'ai pas... su répondre. Euh... sur le, de poser des limites, par exemple. Je me suis pas... j'ai pas été capable, les... Même la première fois, ok, mais même la deuxième fois, je ne sais pas si y en a eu trois en fait. Euh, mais... mais je pense que oui. Et je crois que la troisième, je me suis dit que c'était vraiment décidé, que la prochaine, j'allais dire quelque chose. (rires)

T : Et qu'est-ce qui fait que t'as rien dit sur les premières fois ?

C : Mais j'sais pas, parce que j'ai, j'ai pas envie de me fritter avec le médecin du travail qui va dire si je suis apte à faire mon boulot. Enfin, au tout début, j'avais pas envie de faire de vague. J'étais...

T : Parce que du coup tu penses qu'il aurait pu avoir une influence sur ton avenir professionnel ?

C : Bah, en fait, je ne pense pas non. Mais euh... mais je pense que ça aurait été bizarre si j'avais, si je lui étais rentré dedans quand même. En mode, bah c'est pas tes affaires, tu

dépasse un peu les bornes de ce que j'attends de toi là, ou enfin... mais enfin, je pense que j'avais pas suffisamment de confiance en moi pour lui dire « Mec, tu as dépassé le truc, quoi ».

T : Mais pourtant ça te semblait évident qu'il y avait un dépassement de...

C : Sur le moment, sur le moment, tu as ce sentiment de, y a un truc bizarre qui se passe, mais c'est plus après que tu te dis, mais putain, mais enfin, en fait, c'est pas ok, ce qui, c'est pas ok qu'il y ait ce genre de discussion. Et qu'est-ce qui a derrière ? bah en fait, derrière, il y a, il présuppose que parce que on est enfin... bon ouais. Mais sur le moment, sur le moment, tu te rends pas forcément compte de à quel point c'est pas OK, hormis le fait que tu te sentes bizarre un peu. C'est après coup que tu... Voilà.

T : OK. Du coup, c'est, euh... ça t'est arrivé qu'avec ce médecin en question ? ou tu, t'as potentiellement d'autres expériences dans le soin qui t'ont amenées à penser à avoir été discriminé ?

C : Euh... donc, ce cas marquant est arrivé qu'avec ce professionnel. Et j'ai pas trop de... j'ai pas d'éléments qui me reviennent sur... c'est tout.

T : OK. Et, euh... Du coup, avec du recul sur la situation, est-ce que... bah, euh... tu voudrais réagir différemment. Est-ce que du coup, maintenant, tu aurais envie de lui dire : stop, ça vous concerne pas.

C : Mais clairement, bah oui. Bah, tout à fait. C'est ce que je me suis dit la dernière fois que je l'ai vu. Que la prochaine fois, je lui dirai (rires).

T : OK. Et du coup, donc la réponse, je pense que je l'ai plus ou moins, mais qu'est-ce qui fait d'après toi que tu as été discriminé par le médecin ?

C : Parce que le médecin était un vieux médecin. Non, je pense que il était pas euh... il était passé à côté de l'évolution de la société, je ne sais pas sur certains aspects, enfin, je... Peut-être même qu'au fond de lui, il pensait bien faire en abordant ce sujet de cette manière-là. Mais oui, je pense que c'est un manque de formation, un manque de sensibilisation du médecin par rapport à ça. Et le fait que je ne lui ai pas fait de retour n'aide pas. Parce que si je lui avais dit peut-être qu'il aurait adapté son comportement et peut-être que les autres collègues homosexuels qui passent dans son bureau euh... qui doivent avoir aussi ce genre de réaction, euh... bah, peut-être que si je lui avais dit, bah peut-être ça l'aurait, ça aurait eu l'effet de ce manque de formation, de sensibilisation. Mais pour répondre à ta question, je pense que c'est un manque de sensibilisation du mec.

T : OK. Donc, tu penses que c'est seulement un manque de sensibilisation ?

C : Ou peut-être que c'est foncièrement un gros con, en fait (rires). Pardon. (rires). Non, je sais pas, enfin, je pense qu'il est pas professionnel quand il adopte cette posture et du coup, on peut associer ça à un manque de formation.

T : OK. Est-ce que tu penses qu'il y a certaines professions du soin qui sont plus à même d'être discriminantes que d'autres ? Et à l'inverse, peut-être que d'autres professions le sont moins ? ou peut-être mieux préparées sur le sujet ?

C : Euh... Je pense que les, genre les médecins, euh, l'infectiologue... (acquiescement par onomatopée) que, qu'on croise dans les CeGGIDs par exemple, sont plutôt éduqués à la cause LGBT. J'ai l'impression. Enfin, ceux que j'ai pu croiser au CEGGID, j'ai trouvé qu'ils étaient tous euh, très, euh, enfin, qui avaient pas de, enfin, j'ai jamais ressenti d'inconfort ou de situations discriminantes dans ces conditions. Donc, peut-être que c'est ces médecins qui sont particulièrement au contact avec la communauté, c'est plus simple. Après d'autres professions, je sais pas. Je ne pense pas qu'un chirurgien orthopédique a vraiment l'opportunité de discriminer quelqu'un sur son orientation sexuelle. Comment est-ce qu'il pourrait faire ?

T : Je sais pas, j'avoue que je n'ai pas la réponse à cette question non plus. Euh... mais est-ce que du coup, en fait, est-ce qu'il n'y a pas une question de... comment je vais formuler ça... la relation qui est créée avec l'infectiologue c'est une relation qui est créée sur le, justement le, enfin y a une question d'avouer tout ce qui est relation sexuelle pour avoir un traitement qui est en conséquence. Donc, du coup, ça légitime son discours à ce moment-là ?

C : Ça légitime le fait de rentrer dans cette intimité-là. Parce que c'est l'objet du soin, ouais. Et par contre, la manière dont c'est accueilli. Euh, enfin, c'est, du coup, un terrain hyper miné ou dangereux parce que, du coup, y a de l'hyper intime qui est échangé. Et en même temps, la manière dont c'est accueilli fait que c'est fait dans des bonnes conditions. Que la personne te met, enfin, fait des efforts pour te mettre en... que tu te sentes en sécurité ou que tu puisses exprimer des trucs sans être jugé. Te, t'accompagne dans cette, dans ce partage d'info hyper intime.

T : OK. Et euh...

C : Pardon, mais l'élément fondamental là, c'est que : c'est l'objet du soin.

T : C'est l'objet du soin, ouais, mais du coup, tu, enfin, y a quand même l'écoute qui est apportée au final, qui va t'aider à vivre correctement le truc. (Ouais). Parce que du coup, euh... j'ai pas envie de dire le mot que je veux. (rires)

C : Tu vas être facilitateur de la, ton, que tu, te, euh... t'ouvres. (rires) C'est quoi le mot que tu veux que je dise ?

T : (rires). Bah non, faut pas que je, que je te fasse dire le mot en question. Mais oui, y a la question, enfin, y a le contexte de la prise en soin qui est différente.

C : La, qui est super important... Moi, j'ai... (téléphone sonne). Du coup, le contexte ?

T : Oui.

C : OK. Mais le contexte, il est, enfin, tu as une mise en situation, enfin, tu as une interaction avec le professionnel de santé qui, te met dans les conditions OK. Mais moi, je le vois vraiment comme : c'est principalement l'objectif du soin. Bon, allez, nan mais t'as raison la partie...

T : C'était pas une affirmation en soi, c'était plus une question. En gros, est-ce que le contexte joue dans le, dans un acte qui serait discriminant ou pas.

C : Qu'est-ce que tu appelles le contexte du coup ?

T : Bah, euh... comment est-ce que euh... la manière dont va être accueilli ce que tu vas dire en fait.

C : Oui. Le comportement du professionnel de santé ? (acquiescement, par onomatopée). Oui. Mais euh, clairement, la manière dont il... dans un contexte où, en plus, du coup, tu es amené à livrer énormément d'intime, c'est le comportement du professionnel de santé est hyper important. Et pour que ça se passe le mieux possible, et en même temps, euh, je ne serai pas, même si le professionnel de santé était hyper patho et pas très adroit... Je me dirai, mais ça reste l'objet du soin et euh ça n'a pas été le moment le plus agréable de ma vie, mais euh... enfin, je fais une hypothèse sur la manière dont je réagis, mais je me dirais « c'est quand même l'objectif du soin, ça aurait pu être fait de manière plus agréable, mais ça n'a pas été fait de manière très agréable. OK. Osef, l'important, c'est que j'ai mon traitement pour X ou Y truc, quoi ». (rires). Mais euh... J'aurais pas senti... Enfin, je, j' imagine que j'aurais pas réagi de la même manière, enfin j'aurais pas été choqué par le comportement. Genre, ça aurait été un plus, mais euh... c'est pas, on va vivre sans quoi. (T : OK). Parce que c'est l'objet, enfin, cet échange d'intime est l'objet du soin, enfin, c'est nécessaire à ce que le soin puisse être efficace quelque part. J'ai un rendez-vous **** tout à l'heure et du coup, je verrais. (rires) C'est le centre de santé sexuelle qui est juste à côté. Du coup, je serai attentif sur la manière dont on va m'accueillir et me poser des questions.

T : OK, OK. Je... et du coup, euh... là, aujourd'hui, dans le cadre de l'entretien, tu as le droit à la parole. C'est toi qui as le droit de dire ce que tu as envie de dire. Qu'est-ce que tu dirais

aux soignants en général, euh, pour lutter contre la discrimination. Quel serait le message que tu voudrais que les soignants entendent pour être moins discriminants ?

C : euh... faites pas de... d'hypothèses sur la personne que vous avez en face de vous, sur la base d'éléments qui vous ont été partagés, quoi. Le, l'homosexuel en face de vous, n'a pas les attributs de cet homosexuel stéréotype que vous imaginez. Et intéressez-vous à cette personne-là plutôt qu'à ce que vous pensez que cette personne est du fait de son orientation sexuelle.

T : Très bien. Et euh... et justement si tu avais des outils. Quel outil tu voudrais qui existe pour qu'un soin se passe pour le mieux ? je ne sais pas si c'est très clair comme question ?

C : euh... en termes d'outil... euh... ça pourrait être des... en termes d'outil, ça pourrait être un, enfin, un entretien type que doit avoir le médecin avec son patient, dans un ensemble de question qui ferait en sorte que la discussion sur un thème resterait dans un cadre hyper safe quoi. Mais ça rendrait complètement impersonnel le truc quoi. Non, je sais, je sais pas trop.

T : OK. Moi, si... enfin pour le coup, est-ce qu'une formation sur le prendre soin de manière inclusive serait suffisante pour que le, la, enfin le soin se passe correctement ? Est-ce que si demain, il y a une formation, dans le cadre de la formation continue, auquel les médecins, les infirmiers, enfin tout le personnel médical et paramédical se doit de se former. Est-ce que tu penses que ça pourrait être une bonne solution, par exemple ?

C : Je pense que ça pourrait être le cas pour des points spécifiques. Euh... les, enfin, je pense aux personnes transgenres, typiquement sur des problématiques spots, mais sur le cas évoqué avant, c'est plus une question de, c'est plus une question de fond sur : le patient qui est en face de toi est un être humain et avec une spécificité qui est propre. Enfin, écoute le, fait en sorte que tu le soignes, lui, et pas l'image que t'as dans la tête, quoi. C'est plus un truc de, c'est plus un truc de fond par rapport à ce que moi, j'ai dit. Mais je pense que des formations spécifiques pour des cas que je connais peu pourraient être sans doute vachement cool. Quand tu... par rapport à l'acte gynécologique, c'est hyper hardcore, j'imagine qu'ils doivent avoir des sensibilisations déjà sur comment est-ce que tu réalises ton acte sans, sans violenter la personne. Et après ça, ça se transpose à comment est-ce que tu... comment est-ce que tu interagis, ou même, comment est-ce que tu fais passer éventuellement tes conseils pour t'assurer que la personne reste en bonne santé, sans que la personne se sente euh violer dans son intimité que... c'est plus de la communication que vraiment, enfin une formation spécifique. Enfin, je sais pas, ouais, je... Mon Dieu... j'imagine le travail de... pour essayer de donner du sens après quand tu vas réécouter l'enregistrement (rires.). Y en a deux heures...

T : Euh... et du coup si y avait cette formation qui était mise en place. Qu'est-ce qu'il faudrait comme éléments pour que cette formation soit réussie ?

C : Woaho, mais je, j'en ai aucune idée. (rires). Qu'est-ce qui faudrait comme éléments pour cette formation, donc qui viserait à sensibiliser les personnels de santé à euh... leur comportement pendant la réalisation des soins de sorte à ce qu'il n'y ait pas de discrimination ? (acquiescement par onomatopée). Euh... des témoignages de personnes qui, qui ont été, qui ont ressenti des discriminations durant leur parcours de soin. Des exemples. Des exemples de situations anodines qui ont été mal vécues pour mettre la lumière sur quel type de... quel type de situations qui peuvent être problématiques. Ouais, voilà.

T : OK. Du coup, je vais te poser une dernière question et après, l'entretien sera fini. Euh... Quel serait du coup, selon toi, l'adjectif principal d'un bon soignant comme toi, tu l'entends ?

C : Euh, bienveillant.

T : OK. Pourquoi bienveillant du coup ?

C : Euh... bienveillant. Pourquoi bienveillant parce que... avec un objectif fondamentalement bon de prendre soin de la personne, mais aussi dans la manière d'interagir avec la personne pour euh... en étant hyper à l'écoute et en identifiant des moments de... je pense que dans le mec est rentré, à me dire ces trucs, à poser des questions intimes, il a dû voir sur mon visage que, y avait un truc qui passait pas. Et une personne bienveillante devrait se rendre compte que en face, la personne en face d'elle est dans une situation qui n'est pas OK, je pense. C'est ce que je mets derrière cette bienveillance. Un objectif fondamentalement bon et une écoute de la personne que tu as en face.

T : Ok. Bah, écoute, je te remercie de ce temps passé ensemble.

C : Bah, écoute, avec plaisir, bravo à toi pour la conduite de cet entretien (rires).

T : Merci beaucoup (rires).

ANNEXE VI – Transcrit entretien avec Quentin

Tony (T) : Donc, bonjour, suite au questionnaire que j'ai créé et parce que tu as répondu par un accord, nous nous voyons aujourd'hui. Ainsi, l'entretien va me permettre d'avoir des éléments qualitatifs à exploiter pour l'élaboration de mon travail de fin d'étude. On va passer, du coup, environ deux heures trente. On va parler de toi, de ton parcours, de tes différentes expériences avec le monde médical. Ce que tu dois garder en tête, c'est qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Moi, je suis ici pour recueillir ton point de vue et ta réalité. Si une question qui te met mal à l'aise, tu n'es pas obligé d'y répondre. Et n'hésite pas à me demander de reformuler si tu ne comprends pas une question.

Du coup, dans le cadre de mon travail d'entretien, j'ai besoin de ton accord pour procéder à celui-ci. Donc, pour son bon déroulé, j'aimerais, si tu me le permets, tout enregistrer pour pouvoir mieux t'écouter et d'être dans un véritable échange tout du long. Ne t'inquiète pas en ce qui concerne l'anonymat. Tous signes distinctifs qui pourraient permettre qu'on te reconnaisse seront noircis ou supprimés lors de la retranscription. Et de même, l'enregistrement sera stocké sur mon disque dur et supprimé dès que la retranscription et l'analyse seront faites. Est-ce que ça te convient ?

Quentin (Q) : ça me va.

T : Bon. Très bien. Est-ce qu'avant que l'on commence, tu as des questions sur l'entretien ou sur mon travail ?

Q : Non.

T : Non ? Ok. Bon, du coup, pour commencer, je vais me présenter.

Donc, moi, je m'appelle Tony, j'ai 27 ans. Je suis étudiant kiné, sur la fin de mon cursus, ce qui m'amène à faire ce travail de fin d'étude. En ce qui me concerne, je pratique la danse depuis l'âge de 7 ans, j'ai d'abord voulu faire une carrière de danseur, jusqu'à ce que je fasse des examens médicaux pour des douleurs au niveau des genoux, qui m'ont finalement poussé à refuser à la dernière minute mon entrée dans une école de danse dans le sud de la France. J'ai donc commencé mes études post-bac par une licence en Arts du spectacle avec pour projet de master et de doctorat autour de la danse et du théâtre. Puisque ce sont deux arts que j'affectionne beaucoup. Et après discussion avec une de mes enseignantes, qui avait fait une thèse depuis dix ans et qui était contractuelle à l'université, car elle ne répondait pas aux cases des différentes facs du fait de sa polyvalence entre les deux arts. Donc, vu que j'avais un profil que je souhaitais similaire, j'ai préféré. C'est comme ça que je me suis retrouvé à passer le concours kiné par trois fois avant de l'obtenir. Ce qui m'intéressait dans le métier de

kiné, c'était l'approche du corps que j'avais d'un point de vue artistique à travers la danse et le théâtre.

Étant homosexuel et en couple depuis plusieurs années et après plusieurs expériences de vie et de discussions autour de la question LGBTQIA+ avec des amis et des tuteurs de stage en kiné. M'est venu l'idée de travailler sur ce sujet pour mon mémoire. Et ainsi, ce dernier portera sur les discriminations des patients LGBT lors de soins médicaux et/ou paramédicaux.

Donc, du coup, ma présentation, elle est finie. J'aimerais en savoir un peu plus sur toi en tant que personne. Et, du coup, je vais te demander de te présenter et donc, me donner ton prénom, ton âge, tes loisirs, tout ce qui te semblera intéressant à me dire dans ta présentation ?

Q : Euh... Bah, Quentin, 27 ans, bientôt 28. Euh... quoi dire... je ne sais pas. Euh... bah des loisirs. Ça fait, ça fait, ça fait, 23 ans, 23-24 ans que je fais de la musique. Voilà. Bah après sinon, je travaille dans la restauration depuis plus de 4 ans maintenant sur... dans la grande ville qui est à côté.

T : OK. Et euh... qu'est-ce que t'as fait comme musique ?

Q : Musique. J'ai fait. J'ai fait 7 ans de violon. Là, je suis du coup. J'en suis à plus. Je suis dans ma vingt-cinquième année... Je suis à ma dix-huitième année de piano et voilà. J'ai fait 8 ans de chant. J'ai fait dix ans d'orchestre. J'ai fait pas mal de trucs.

T : OK.

Q : Je peux enseigner la musique aussi, accessoirement.

T : Et tu ne le fais pas ?

Q : Non.

T : Parce que ça ne t'intéresse pas ?

Q : Parce que... non, et puis c'est, c'est, fin, pfff... Finir comme prof de musique au collège ou au conservatoire, c'était pas forcément...

T : Ton projet de vie ?

Q : Ouais.

T : OK. Et pourquoi avoir choisi le violon ?

Q : Alors, le violon... C'était, c'était le premier instrument que j'avais fait. Euh... c'est qu'en fait, il y avait deux classes préparatoires en maternelle qui étaient disponibles. Soit, tu en avais

une qui te faisait découvrir tous les instruments au fil de l'année et après, tu sélectionnais. Soit mon cursus, où, en gros, tu avais bah cinq mois de violons, cinq mois de violoncelles, tu choisissais. Et mon frère faisant déjà du violoncelle. On m'a foutu au violon.

T : OK.

Q : Voilà.

T : T'as pas eu le choix du coup ?

Q : J'ai pas eu le choix ! (rires).

T : Déçu ?

Q : Non. Non. Euh... Non. Puis, de toute façon, après, j'ai abandonné le violon, donc euh...

T : Pourquoi tu as abandonné le violon ?

Q : Parce que, alors, euh... En fait, à la base, je ne voulais pas abandonner le violon. J'avais... Fin, mes parents ont un piano chez eux. J'en faisais un petit peu comme ça. Je voulais faire un double cursus instrumental. Euh... ce qui m'était déconseillé euh... par une de mes profs de violon qui voulait que j'attende d'avoir un certain niveau avant de... d'entamer le piano. Et, en fait, l'année d'après, euh..., j'ai eu une prof qui était à chier... vraiment... vraiment catastrophique. Et, en fait, elle m'a totalement dégouté du violon et euh... entre-temps, je faisais tous mes examens pour pouvoir intégrer la classe de piano. Et j'ai été accepté direct. Donc, euh... Voilà.

T : OK.

Q : Merci. Au revoir. Et puis, je continue à côté.

T : Et du coup, euh... le piano, t'as choisi juste parce qu'il y avait un piano chez tes parents ou t'avais une attirance un peu ?

Q : Nan, c'est une attirance parce que c'est un instrument qui est quand même classe, qui est majestueux. C'est des grands trucs et puis, euh... et puis de toute façon, fin, ouais, je sais pas. Depuis que je suis petit, ma mère faisait du piano. J'ai des tantes qui faisaient du piano. Donc, j'en ai déjà fait avec elles et puis c'était une meilleure expression. Plus grand nombre de personnes connaissent des musiques et tout. Plus intéressant.

T : OK. Et, hormis la musique, tu as d'autres loisirs à côté ?

Q : Manger.

T : (rires).

Q : Nan. Fin, les trucs bateaux. Ça va être, ça va être les séries. Ça va être cuisiner, me balader. Les sorties entre potes, voilà. Les trucs un peu lambda.

T : C'est quoi la dernière série que tu as regardée, du coup ?

Q : Oulala. Euh... c'est ça qui est un peu compliqué avec moi. C'est que je suis pas une série par une série. J'en ai genre cinq-six en même temps. Euh... là, c'est « Fear The Walking Dead », en même temps, je regarde « Jujutsu Kaizen ». Euh... j'ai repris la série « Heroes ». Et « Umbrella Academy ».

T : OK. Et si tu as une série phare que tu aimes le plus dans le monde, ce serait laquelle ?

Q : Oula. Euh... je n'en ai pas spécialement. On va dire.

T : OK.

Q : ça va être des trucs coups de cœur. Ça va être des trucs un peu comme tout. Ça va être des séries à rallonge. Au début, t'aimes bien. Au bout d'un moment, t'en as un peu ras-le-cul, t'abandonnes. Tu reprends plus tard pour ré-abandonner. Donc voilà, mais pas de préférences forcément.

T : Ni de styles ?

Q : Je regarde un peu de tout.

T : OK.

Q : Donc, euh... Je ne m'attarde pas forcément sur un truc en particulier.

T : Très bien. Hum... Du coup, tu m'as dit que tu bossais dans la restauration ?

Q : Ouais.

T : Pourquoi en restauration du coup ?

Q : Eh beh. Alors la restauration, en fait, euh... j'ai toujours été très bon élève. Et, quand il a fallu choisir, euh... en gros, dans quelle filière je voulais faire. Soit, je faisais la série S, mais je ne voulais pas avoir, en fait, mon BAC juste avec deux moyennes. En gros, réussir deux épreuves et avoir le BAC rien qu'avec ça. Je voulais être bon partout. Du coup, ES. Et sauf que, ES après, bah, du coup, j'avais pas forcément de trucs après. Et la cuisine, j'aimais plutôt bien, et puis, après, voilà. J'ai eu la possibilité de partir là-dedans, donc c'est ce que j'ai fait.

T : OK. Donc, du coup, tu bosses dans la restauration, mais tu as quel poste ?

Q : Je suis responsable achats sur deux restaurants.

T : OK.

Q : Voilà.

T : Et euh... donc après le BAC, tu as fait des études particulières ou pas du tout ?

Q : Ouais. Bah, du coup, je suis parti dans la restauration. J'ai fait une mise à niveau à l'obtention de mon BAC et BTS que j'ai eu aussi et après, je suis parti directement là-dedans.

T : OK. Et est-ce que ça a toujours été ce que tu voulais faire comme métier ? Est-ce que c'était le métier dont tu as toujours rêvé ou tu avais un métier rêve ?

Q : Pas forcément de métier, de métier de rêve. Euh... après, ce que je sais aujourd'hui, c'est que mon travail, j'y suis bien parce que j'ai certaines qualités horaires. Salaire pas trop. Mais si je quitte ce boulot-là. Je me casse de la restauration pure et dure.

T : OK. Et si tu te casses de la restauration, tu ferais quoi ?

Q : Ça, c'est une autre question.

T : Tu ne sais pas ?

Q : Et j'ai pas les réponses.

T : OK.

Q : Non. Je ne sais pas dans quoi aller, donc... j'ai pas d'idées, donc voilà.

T : Et qu'est-ce qui t'a attiré du coup, dans la cuisine ?

Q : Euh... qu'est-ce qui m'a attiré... Possibilités de créer, etc. Après euh... après fin... Certains de mes profs m'ont vraiment dégouté aussi de la cuisine. La cuisine derrière les fourneaux, c'est pour ça que je suis parti plutôt dans la gestion, gestion de galeries de restaurations. Donc voilà. D'où mon poste.

T : C'était quoi le BTS que tu as fait du coup ?

Q : Oui. Voilà. Hôtellerie-restauration.

T : D'acc. Hum... Du coup, d'un point de vue santé, euh..., est-ce que tu serais d'accord pour me parler de la santé en général ? À m'exposer ton point de vue sur le système de santé en tant qu'utilisateur ?

Q : Beuh oui.

T : Qu'est-ce qui te plaît dans le système de santé actuel ?

Q : Euh... l'accessibilité aux soins... qui peut être un point positif si on compare à certains autres pays.

T : Hum. Hum.

Q : Après, en gros point négatif, ça va être surtout le manque de... dans les métiers spécialisés et les attentes pour certains soins qui sont totalement démesurées. Sur les problèmes que l'on pourrait avoir.

T : OK.

Q : Après, moi, pour l'instant, je touche du bois. J'ai pas forcément de problèmes particuliers, mais quand je vois certains membres de ma famille... Bah, là, tout de suite. On a envie de dégommer deux/trois personnes pour libérer de l'espace, quoi.

T : Et tu as des exemples un peu à donner sur ces trucs qui fonctionnent un peu moins bien ?

Q : Euh... bah les délais. Les délais à rallonge, fin, etc., fin, c'est...

T : OK.

Q : Fin, pour n'importe quel soin. Donc, euh...

T : Donc, une accessibilité qui est bien, mais qui pourrait être mieux au final ?

Q : Oui. Je pense que si on formait... si on formait... je vais pas dire mieux, mais si on formait plus en gardant la qualité qu'on a et puis, en faisant en sorte d'attirer les gens là où il y en a besoin. Même s'il y a des besoins partout, donc euh... Donc, voilà.

T : Comment tu ferais pour attirer les gens là où il y en a besoin ?

Q : Je ne sais pas. Si ! L'argent. Ça, c'est toujours un problème que tout le monde a, donc euh... voilà. Mais oui. Après, je ne suis pas du milieu, donc voilà, mais euh... ouais. Nan. Une meilleure revalorisation, je pense, des postes, que ce soit soignants, infirmiers, médecins... pas spécialement, ils sont déjà bien payés, fin, pour certains, mais voilà. Revaloriser cette catégorie de travail.

T : OK. Bah, du coup, est-ce que tu as eu ou est-ce que tu as des soucis de santé particuliers ?

Q : Euh... j'ai eu des trucs quand j'étais gosse. Problèmes d'auditions. J'ai eu des bons épanchements au niveau de mon corps, mais après, euh... pas de soucis particuliers.

T : OK. Euh... Du coup, ça t'a amené à rencontrer différents soignants ?

Q : Oui. Beh, pour l'audition, fin, j'avais cinq ans, donc je n'ai pas grand souvenir de cette période-là. Pour l'épanchement, oui. Personne n'a su me dire ce que j'avais réellement, alors que j'ai vu une dizaine de spécialistes différents.

T : OK.

Q : Une dizaine d'examens différents. Donc voilà.

T : C'était quels types de professions, du coup ?

Q : Euh... bah, j'ai vu, attends... Bah, j'ai vu médecin généraliste, euh... kiné. Fin bref. À chaque fois que j'avais des résultats. Chacun me disait un truc différent. Donc, il me renvoyait sur un autre collègue spécialisé qui trouvait un truc différent. Donc voilà. Je sais que j'ai eu un épanchement. J'attends de savoir comment...

T : OK. C'était quoi comme type d'épanchement du coup ?

Q : J'avais à peu près trois litres de flottes dans la jambe.

T : OK.

Q : Voilà.

T : Et, du coup, est-ce que ça t'est déjà arrivé de te retrouver hospitalisé ?

Q : Non. Jamais.

T : Euh... Quelle expérience tu gardes, du coup, des soins que tu as pu avoir en général ?

Q : Par rapport à l'épanchement ou en général ?

T : En général.

Q : Euh... ça va. Ça va après, moi, fin, j'ai jamais de vrais, fin, de vrais soucis médicaux. Fin, c'est pour une petite maladie... Fin... des trucs assez simples à soigner. Après moi, pour l'instant, ça va. Après, quand je vois certaines personnes de mon entourage... c'est plus compliqué. C'est, bah, mon père, qui s'est ramassé en début d'année et bah, dix mois après, il est encore à galérer, que ce soit en kinés, en médecins et autres. Donc euh... voilà.

T : Pourquoi tu penses qu'il y a.... Pourquoi tu penses qu'il galère avec tout ça ?

Q : Euh... barf... après, il y a plusieurs trucs qui viennent... parce qu'après, on lui a posé une plaque dans le bras, qui du coup l'immobilise, mais du coup, son kiné, le kiné veut forcer sur des examens que lui ne peut pas faire. Du coup, il va s'énerver. Il va travailler encore moins bien. Et du coup, à la fin, eh beh, tout le monde est mécontent. Parce que le médecin ne veut pas enlever les branches trop tôt, le kiné, euh... le kiné... veut travailler plus, mais avec son problème, bah, il ne peut pas faire. Bah, en fait, tu as mon père au milieu qui se prend un peu les balles des deux camps parce que personne n'est d'accord. Il subit.

T : OK. OK. Et, du coup, pour revenir sur toi, euh... comment tu te sens quand tu es face à un soignant, toute profession confondue ? Quel sentiment tu vas avoir quand t'es devant un soignant ?

Q : Je n'ai pas de ressenti particulier. Tant qu'il arrive à me soigner à la fin. Ça me va, quoi.

T : OK.

Q : Après si, il n'a pas forcément de solutions à mon problème. Bah, c'est plus de la perte de temps qu'autre chose, quoi.

T : OK. Mais du coup, est-ce que tu peux dire que tu as totalement confiance quand tu vas voir un médecin, un infirmier, un kiné, un aide-soignant, un psychologue ?

Q : Fin, totalement confiance non, mais euh... assez confiance ouais.

T : OK. Jamais tu n'as d'aprioris ?

Q : Au départ, non.

T : OK. Tu laisses le temps de la première séance pour te faire un avis ?

Q : C'est ça. Bah, si la personne, je ne la connais pas. Je ne vais pas faire de... Je ne vais pas avoir de trucs. Après, si, oui, clairement, si ça ne va pas avec elle. Que les solutions qu'elle propose... Bah, à la fin, ça ne sert à rien. Bah... Je ne vais pas forcément la recontacter pour aller la revoir, quoi.

T : OK.

Q : Voilà.

T : hum. Quand tu dois voir un soignant pour prendre un rendez-vous, tu t'y prends comment ? Comment est-ce que tu fais pour trouver le soignant que tu vas aller voir ?

Q : Euh... Doctolib. C'est le truc le plus simple. Ou après, vraiment, si euh... j'ai envie de plus spécialisé, voir si j'ai pas des contacts par la famille. Après, c'est pareil. Il y a peu de spécialistes donc ils ont peu de places donc euh... on essaie de trouver ceux qui sont disponibles.

T : OK.

Q : Voilà.

T : Et, euh..., soit tu vois avec tes proches s'ils ont des contacts, soit Doctolib ? Tu checkes jamais sur d'autres trucs plus précis ou euh... ?

Q : Non.

T : L'existence de Safe-Liste, est-ce que ça te parle ou pas ?

Q : Pas du tout.

T : Non ?

Q : Non.

T : Pour te définir une Safe-Liste, j'ai... en gros... c'est une liste dans laquelle il va y avoir des professions du soin qui vont être référencées et euh... par exemple côté LGBT, il y a pas mal de Safe-Liste pour les personnes transgenres qui existent où, en gros, la personne trans va pouvoir aller voir le médecin, kiné ou autres en étant sûr que la personne sera safe dans sa manière de faire et qu'il n'y aura pas de discriminations, ou de, en gros, de problèmes qui pourraient se surajouter au problème initial pour lequel le patient pourrait venir. Du coup, c'était pour savoir si tu en avais déjà entendu parler ou pas ?

Q : Safe-Liste ? Bah non, après... je suis allé dans un centre de soins... fin, oui... Dans un centre de soins qui était spécialisé LGBT. Et là, du coup, oui, mentalement, c'était déjà... Je ne vais pas dire que c'était un poids en moins, mais c'était une... une pensée en moins qui allait pas forcément venir perturber les soins qu'il allait me donner.

T : OK. Donc, du coup, le fait de savoir que le centre où tu vas sont un peu spécialisés, c'est aussi plus safe pour toi ? Peu importe le problème pour lequel tu...

Q : Oui... Oui. Parce que du coup... en sachant ça dès le départ, tu n'as pas le... Fin, tu peux parler sans être forcément jugé. Devant.

T : OK.

Q : Voilà.

T : Est-ce qu'il y a des choses auxquelles tu fais particulièrement attention quand tu dois prendre un rendez-vous avec un soignant que tu n'as jamais rencontré ?

Q : Non, pas spécialement.

T : Est-ce qu'il y a des professions pour lesquelles tu as besoin d'information plus poussée ou de l'avis de personnes de confiance ?

Q : Bah, comme j'ai dit, moi, après, bah, c'est, si j'ai un truc spécifique, je demande à ma famille. Si eux, ils m'en parlent, c'est qu'ils sont plus ou moins contents, donc euh, donc je leur fais confiance.

T : OK.

Q : Voilà.

T : Du coup, d'un point de vue kiné, est-ce que tu pourrais me donner une définition de la profession de kiné.

Q : Oulah... Euh... là comme ça non. Quelqu'un qui va te remettre en place. C'est déjà pas mal. Voilà.

T : Remettre en place de quelle manière ?

Q : Euh... bah structurellement. Réajuster le corps.

T : OK. Est-ce que tu as un avis sur le métier ?

Q : Bah, j'en ai déjà consulté plusieurs fois, donc euh... donc j'ai pas d'a priori négatif. Après, c'est pareil, y a de tout, donc j'ai envie de te dire [REDACTED] clairement, je sais que je vais pas retourner chez eux.

T : Qu'est-ce qui fait que tu ne retourneras pas chez eux ? Qu'est-ce qui a fait que tu t'es dit que...

Q : Euh... bah du coup, c'était pendant l'épanchement à la jambe. Il m'a installé sur une table, il m'a foutu un espèce de coussin microbille au niveau du cou, il m'a laissé trois quarts d'heure. Et j'ai attendu trois quarts d'heure. Voilà. Sans manipulation, sans, sans truc spécifique, sans explication. Il est revenu, merci bien, au revoir. Voilà.

T : OK.

Q : Donc l'utilité, je prrrr (onomatopée), faut qu'on me l'explique encore. Puis voilà.

T : Euh... d'après toi, quelle est la place de la kinésithérapie dans le système de santé ?

Q : Assez important quand même. Pour moi, elle devrait être plus euh, je vais pas dire plus mise en avant, parce qu'en principe, c'est un métier que tout le monde connaît, sans forcément pouvoir le décrire correctement, mais euh... Ouais, pouvoir y accéder plus facilement, pas forcément être bloqué un certain nombre de séances par an par la sécu. Je pense euh au minimum une fois par mois, ça serait plutôt pas mal.

T : OK, donc tu vois la séance de kiné comme un truc qu'il faudrait avoir de manière récurrente tout au long de l'année.

Q : Je pense que oui, ça fait pas de mal.

T : OK.

Q : Voilà.

T : Donc du coup, dans quel sens tu voudrais que ce soit de cette manière-là ? Est-ce que c'est parce que tu penses que, potentiellement, tout le monde peut avoir des petits tracasseries physiques un peu tout au long de l'année et que il devrait y avoir cette possibilité-là de consulter euh... pour un réajustement ?

Q : On a, on a tous des tracasseries. Une personne qui va bien à 100%, qui a aucun problème, elle existe pas. Ou alors faut me la présenter. Mais euh... non, c'est, on a un corps, un seul, si on peut éviter de le bousiller et d'attendre qu'il soit quasiment bousillé avant de consulter, ça, c'est nul.

T : Et du coup, est-ce que tu penses que ça pourrait être justement des séances un peu type de prévention, pour euh... Alors, je vais dire un truc, mais qui pour moi, ça va être totalement faux, mais utiliser son corps de la bonne manière.

Q : Euh... Tu le perçois comment la bonne manière ? Non parce que pour moi, chacun... On va toujours nous expliquer pour, quand tu te baisses, faut faire ça, quand tu te lèves, faut faire ça, quand tu dois porter des charges lourdes, faut faire comme ça. On respecte pas, sauf si on a le temps de le faire, peu importe le métier. Donc, après oui, c'est, c'est autant de la prévention que de la micro-réajustement.

T : OK. Donc du coup, on va dire le, l'idée type que t'aurais de ce fonctionnement-là, d'une fois par mois chez le kiné, ce serait prévention et micro-réajustement au besoin ?

Q : Ouais. Bon après, du coup, ça ferait surcharge de travail, mais... donc du coup, la nécessité d'avoir plus de soignants.

T : Surcharge de travail dans quel sens ? pour le kiné ?

Q : Bah, dans ce cas-là, oui. Parce que si on part sur tout le monde devrait avoir plus de séances, sachant que ceux qui vont venir voir, c'est des patients qui ont des réels besoins. Si on passe juste sur un soin classique, j'ai envie de dire. Donc tout de suite, tu auras plus forcément le même intérêt.

T : Du coup, euh...

Q : D'avoir la possibilité d'accessibilité plus simple, j'ai envie de dire.

T : OK. Toujours la même question de l'accessibilité au final.

Q : Ouais.

T : Parce que du coup, quand tu dois voir le kiné en général, donc c'est sur prescription médicale, y a pour l'instant pas réellement d'accès direct chez le kiné. Et soit le médecin prescrit un nombre de séances, soit après, bien souvent, c'est aussi à l'appréciation du kiné

par rapport à ce qu'il va voir, on va dire, de la pathologie pour laquelle le patient vient en séance. Et euh... du coup, oui, c'est vrai que la Sécurité sociale va mettre un quota de autant de séances pour telle ou telle pathologie, des choses comme ça. Mais OK.

Euh... du coup, tu as consulté un kiné, tu m'as dit, pour un épanchement, est-ce que tu as eu d'autres soucis qui t'ont amené à consulter un kinésithérapeute ?

Q : euh... ouais. Un torticolis qui était assez sévère, plus ou moins réparé. Et après voilà, stop, c'étaient les seules fois où je suis allé en voir un.

T : Et du coup, c'était dans un contexte libéral à chaque fois ?

Q : Oui.

T : Et du coup, comment est-ce que tu as choisi ton kiné ?

Q : Euh... pour le torticolis, c'était une connaissance de ma mère. Pour l'épanchement, c'était celui qui était juste à côté de chez mes parents. Et que personne ne connaissait et que personne n'ira connaître après moi. Donc voilà.

T : OK. Et du coup, est-ce que ces kinés avaient des spécialisations ou tu sais pas ?

Q : Non, j'ai pas... je sais pas.

T : Comment elles se sont passées les séances du coup ?

Q : Euh, bah pour le torticolis, j'en ai plutôt un bon souvenir, parce qu'il m'a à peu près replacé la tête correctement. Et je me suis endormi. Et pour l'épanchement... clairement, j'aurais pu faire ça chez moi, quoi.

T : Parce que du coup pour l'épanchement, tu n'as vu que ce seul kiné qui t'a mis les microbilles derrière la tête, et tu n'es jamais allé en voir d'autres ?

Q : Ouais. Non, non, on ne m'en a pas prescrit d'autres. Donc voilà.

T : OK. Et du coup, combien de temps tu as eu à consulter le kiné quand tu es... on va dire pour ton torticolis du coup ?

Q : Torticolis, ça a été trois séances. Parce que ma tête était complètement collée à mon épaule.

T : OK.

Q : Voilà. Et euh... après, ça s'est replacé au fur et à mesure, donc j'étais content.

T : Hum... Quel adjectif donnerais-tu pour qualifier la relation que tu as eue avec le kiné ?

Q : Aucune idée. Euh... dans quel sens ?

T : Bah... dans le sens où... je sais pas, euh... c'est une relation humaine, quoi qu'il arrive, c'est deux personnes. Est-ce que tu pourrais qualifier cette relation avec un adjectif particulier en fonction de comment tu t'es senti, quelque chose comme ça ?

Q : euh... en soi, non, j'ai pas forcément d'adjectif à mettre sur le truc, après, c'est... ouais, j'ai pas forcément de truc qui me vient en tête.

T : OK. Donc, du coup, pour le torticolis, tu m'as dit que la prise en soin était bénéfique.

Q : Ouais.

T : Donc tu es allé jusqu'au bout des séances ?

Q : Ouais.

T : Mais du coup, parce qu'il n'y en avait pas plus derrière ? Trois séances, c'est le kiné qui a dit, c'était bon, on arrêtais ou c'est toi qui t'es dit, euh...

Q : Euh... non, c'était... non, c'était le kiné qui a dit que c'était bon.

T : Ok. Euh... comment est-ce que tu te sens quand tu es face à un kiné du coup ?

Q : Bah, à la base en confiance. Et après, en fonction de... enfin, des exercices qui va me faire faire, de l'évolution du, du mal-être, j'ai envie de dire, physique que j'ai, bah, et qui normalement s'améliore, même si ça dure depuis longtemps, soit je garde la confiance, soit c'est la remise en question.

T : OK. Et du coup, pour revenir sur le côté adjectif, est-ce que tu peux qualifier que c'était une relation de confiance que tu avais avec le kiné ou pas du tout ?

Q : Oui, ça, oui, totalement. Voilà, après, c'est un peu comme je disais tout à l'heure, si quand, quand tu découvres un nouveau soignant, spécialiste ou autre, tu es un peu obligé de faire confiance à la personne au départ. Parce que tu n'y connais pas forcément grand-chose, c'est euh... Si tu vas le voir, si on t'indique d'aller le voir, c'est qu'il y a un besoin. Que ton corps a un besoin, donc potentiellement, tu veux que la personne en face vienne t'aider. Après, si oui, bah, si le soin qui est apporté, tu n'as pas forcément de, de bénéfice ou d'utilité, bah prrr (onomatopée), tu switches.

T : OK. Euh, du coup, maintenant, j'aimerais qu'on parle un peu de la représentation de ton corps. Euh... en particulier, j'aimerais en savoir un peu plus sur ton rapport à l'activité physique. Donc, du coup, est-ce que tu as pratiqué des sports ou une activité physique,

artistique, tu m'as dit que tu as fait de la musique (Q : Ouais), euh... quand tu étais enfant ?
Hormis la musique, est-ce que tu as fait des activités ?

Q : euh... J'ai fait du golf, mais on va pas dire que c'est vraiment un sport.

T : ça en fait parti, euh...

Q : Tirer un charriot, y a plus difficile quand même. (rires). Euh... non, bah, après euh... natation, mais c'était en famille quand j'étais plus jeune, et après, c'est surtout de loisirs, c'est faire des footings, de temps en temps à la salle. Puis voilà.

T : OK. Donc, enfant, c'était simplement golf et natation ou...

Q : La natation, ça a duré plusieurs années, golf, c'était euh... c'était sur... trois ans, bah suite à un problème de croissance.

T : Suite à un problème de croissance, tu as fait du golf ?

Q : Huhum (acquiescement).

T : OK. Et euh... est-ce qu'il y avait des choses qui te plaisaient dans ces activités-là ?

Q : Euh... prrr... le golf, ouais, non, pas spécialement. C'était la seule activité que j'avais le droit de faire à ce moment-là. Parce que j'étais interdit de sport totalement, donc euh.

T : Qui est-ce qui t'avait autorisé à faire du golf et rien d'autre ?

Q : Euh... mon médecin et le médecin du sport.

T : OK. Et euh... du coup, tu as arrêté le golf parce que tu n'aimais pas ça ? Ou pour une autre raison ?

Q : C'est pas que j'aimais pas ça, c'est que j'étais euh... j'en ai fait de la 4^{ème} à la... euh non, j'en ai fait de la 5^{ème} à la 3^{ème} et après, j'ai changé de bahut donc prrr (onomatopée), pas envie de continuer.

T : OK. Parce que c'était une activité qui était proposée dans ton école ?

Q : Ouais, UNSS.

T : OK. Donc, euh, quand tu étais adolescent, c'était plutôt le golf du coup ? (Q : Ouais.) Et la natation, c'était quand que tu en faisais ?

Q : Bah, c'était la jeunesse. C'était euh... ouais, bah, c'était de tout petit jusqu'à 11-12 ans.

T : OK. Et qu'est-ce qui te plaisait dans la natation ?

Q : Oh, c'était la sortie du dimanche.

T : Sortie familiale ?

Q : C'est ça.

T : OK. Et maintenant, tu me dis que tu sors des fois faire un peu de footing, de temps en temps à la salle.

Q : Ouais. Bah, avant que je déménage, c'était plus simple. Maintenant, j'attends de prendre mes marques et je verrai ce que je refais.

T : OK. Et qu'est-ce qui te plaît dans le fait d'aller courir ou dans le fait d'aller à la salle ?

Q : Euh... la salle, c'est parce que j'y allais avec des potes. Et c'est : quitte à souffrir, autant qu'on souffre ensemble à ce moment-là. Et euh... bah après, j'allais courir, c'était dans le parc. Donc euh... tu as la nature à côté comme ça.

T : Donc tu vois le sport comme une souffrance ?

Q : Nan, nan, c'était... c'étaient surtout les... merde... les cours à la salle de sport, là, oui, c'était la souffrance. Mais bon, quand tu souffres avec quelqu'un que tu connais à côté, bah ça passe mieux, un petit peu mieux. (rires).

T : Et pourquoi c'était de la souffrance du coup ?

Q : Ah merde, c'était... comment c'était... c'était body combat et... je sais pas, c'était de l'intensif, c'était euh... c'était tellement concentré que non, enfin, tu peux pas prendre le plaisir, on voit pas d'où le plaisir pourrait venir à ce moment-là. De taffer autant de trucs d'un coup donc voilà.

T : OK. Euh... est-ce que tu peux me dire quelle est la représentation de... que tu as de ton corps ?

Q : C'est-à-dire ?

T : Comment tu ressens ton corps ? Qu'est-ce que tu connais de ton corps, euh... Enfin, comment tu te sens dans ton corps ?

Q : Euh... j'ai jamais eu de soucis particuliers, j'ai envie de dire. Après, bon, bah ma taille, ça fait euh... Ma petite taille a fait que ça n'a pas été tous les jours facile sur les années collège. Mais bon, c'est de famille, donc ça passe mieux. Et euh... non, bah confinement qui est passé par là, donc qui m'a un peu foutu un coup dans mon moral, mais bon, je me suis repris depuis, donc ça va.

T : Parce que du coup ça t'avait euh...

Q : Ah bah 8 kilos en moins de deux mois ça fait mal. (rires).

T : OK. Et du coup, est-ce que ta représentation du corps a changé au cours de ces dernières années ?

Q : Euh... Pas spécialement, j'ai envie de dire.

T : Tu as toujours eu le même ressenti de ton corps depuis l'enfance jusqu'à maintenant ?

Q : Oui.

T : Oui ?

Q : Juste la période confinement où du coup ça a foutu un bon coup au moral, mais non ça va. Je l'aime bien. (rires).

T : Du coup, c'est la prise de poids qui t'a fait changer ou qui t'a questionné sur ton rapport au corps à ce moment-là ?

Q : Euh... non, je ne me posais pas forcément de question par rapport à mon corps, et même euh... bah, c'est surtout le jean quand il a pété alors que je venais de l'acheter juste avant le confinement (rires). Je l'ai porté trois fois le machin. C'est euh... Bah, si tu veux, j'ai jamais eu de vision négative. C'était surtout OK : pendant deux mois, j'ai beaucoup cuisiné, j'ai bien mangé, tu te reprends un petit peu en main pour remettre des jeans. Mais non, ça n'a jamais été, forcément une vision négative. Après oui, je suis loin d'être le plus grand, d'être le plus musclé, machin, etc. Si je commence à me comparer aux autres, c'est pas forcément les meilleures pensées positives qui vont arriver, mais bon, si on ne le fait pas, ça va.

T : Euh... Est-ce que du coup, tu pourrais me donner un adjectif pour décrire ton corps ?

Q : Stable.

T : Euh... Si tu devais te décrire à quelqu'un qui est malvoyant, qu'est-ce que tu dirais ?

Q : Euh... quelqu'un qui est malvoyant... bonne question. Euh... prrr (onomatopée). Je sais pas, un mec d'1m72 qui fait 65 kilos, qui est plutôt bien dans son jean. Puis voilà.

T : OK. Euh... du coup, tu m'as dit que tu entretenais une relation correcte avec ton corps.

Q : Ouais.

T : Est-ce qu'il y a quand même des choses que tu aimes spécifiquement dans ton corps, et est-ce qu'il y a des choses que tu aimerais voir changer ?

Q : Euh... Bah, voir changer... En vrai... Bah... Fin, c'est la génétique, alors être plus grand, c'est un peu... foutu là-dessus. Après, oui, plus musclé... Mais si je fais rien pour changer, ça

ne va pas venir tout seul. Il faut que je le fasse pour avoir du résultat. Mais, la partie basse de mon corps est assez musclée assez naturellement, donc ça me va.

(Rires)

T : Hum... OK. Est-ce que, du coup, il y a eu des activités physiques que tu as fait qui ont eu un impact sur ton, sur ta perception du corps et comment tu te sens ?

Q : Euh... en soi, je n'ai jamais eu de problèmes en relation avec ma taille. Ce qui m'est vraiment venu en pleine face. C'est que premier trimestre de sixième, le sport, c'était basket et saut en hauteur. Je faisais un mètre trente-six, à l'époque. Donc, quand t'en as, dans ta classe, qui faisait déjà un mètre quatre-vingt-quinze à cette époque-là et que les profs de sport te prenaient comme... filet... comme hauteur de lignes pour le saut en hauteur, bah, tu te dis, ouais, il y a une petite différence physique. Voilà, après, ouais, sinon, non, pas de soucis particuliers, j'ai envie de dire.

T : OK. Et euh... est-ce que... fin, dans quelle mesure pourrais-tu dire que tu es pudique ?

Q : C'est-à-dire ?

T : Est-ce qu'il y a des choses qui vont faire que tu vas être pudique soit de manière générale, soit dans une situation de soin, en fonction de ce que le soignant va te demander, dans ta manière d'être habillé lors d'une séance ou quoi que soit ?

Q : Euh... Bah, j'ai, je n'ai pas forcément de perceptions négatives de mon corps, donc j'ai pas forcément de problèmes, fin, vestimentaires ou autres... que ce soit pour les soins. On me demande, oui, je le fais. Après... Voilà, comme je l'ai dit après, si je voulais être plus musclé, machin, etc. C'est moi qui devrais faire l'effort déjà de base pour ma part et avec mes conditions de santé. Donc, euh... voilà... je n'ai pas de problèmes particuliers pour ça.

T : OK. Donc, du coup, est-ce que tu pourrais dire que tu es quelqu'un qui n'est pas pudique en soi ou il y a quand même des moments où euh...

Q : Euh... non. Les... Fin, je pense que de base tout le monde est pudique et qu'on a plus ou moins une facilité avec notre corps qui va faire qu'on peut être, on peut mieux se dévoiler devant les autres... que ce soit en termes, en côté intimes, professionnels ou autres donc. Mouais. Donc, oui, je suis bien dans mon corps donc oui, je ne vais pas forcément avoir de problèmes avec la pudeur.

T : OK. Euh... Maintenant, j'aimerais qu'on parle un peu de ce que moi, je vais appeler l'écoute dans le soin. Euh... en général, peu importe le soignant, et aussi en kiné, du coup. Euh... sur, du coup, la question du ressenti dans le soin. Qu'est-ce que, d'après toi, le patient a besoin d'écouter en séance avec lui ?

Q : Euh... Bonne question. Euh... Qu'est-ce qu'il a besoin d'écouter... Bah, je pense que tout ce que le patient peut dire peut-être bon à prendre. Alors, après, que ce soit en fonction de pourquoi on vient consulter, ça a plus ou moins d'intérêts. Et tout est plus ou moins relié. Donc, voilà. Je sais pas trop quoi répondre à la question.

T : Euh... par exemple, qu'est-ce qui est important de lui dire en ce qui te concerne, toi, quand tu es en séance ?

Q : Euh... je ne sais pas. Ça, c'est une colle. Euh... Bah, je ne sais pas. Je ne sais pas tout ce qui pourrait l'aider à comprendre pourquoi on en est arrivé là. Le problème et ce que j'ai envie.

T : Ok, dans ta première séance, peu importe que ce soit avec le médecin, avec le kiné, qu'est-ce, qu'est-ce qui te semble important de lui dire sur toi en tant que personne ? Qu'est-ce qu'il a besoin de savoir ?

Q : Je ne sais pas. Je ne sais pas. Généralement, c'est euh... je lui laisse poser des questions. Je n'ai pas forcément de bagages en disant, j'ai ça, ça, ça.

T : Tu vas le laisser, lui, aller chercher, par rapport aux questions qu'il a déjà établies, par rapport à une pathologie, tu vas le laisser, lui, aller chercher ce qu'il a besoin de savoir ?

Q : Ouais.

T : OK. Hum... Est-ce que tu as les mêmes attentes d'écoutes entre tous soignants confondus et un kiné ?

Q : Euh... Oui. Oui. Bah, c'est... Oui.

T : OK. Et du coup, est-ce que tu saurais dire en quoi l'écoute, euh... est similaire entre chaque soignant ?

Q : Ah euh... la question est plus simple... Je pense déjà de base que l'écoute sur certains types de soins. Bah déjà, c'est un... soit déjà, c'est... Je vais pas dire que c'est un soin, c'est pas une délivrance non plus. Mais c'est, c'est, mouais. T'énonces les faits, en fait. Ça fait partie du soin... autant du côté, du côté du patient, le côté de pouvoir parler, fin, ouais. J'allais revenir sur délivrance, mais pas spécialement. C'est d'expliquer les choses. Lui, il peut ressentir un poids en moins. Alors, que certaines questions soient posées directement par le soignant ou que ce soit le patient qui parle de lui-même, c'est déjà des trucs qui sont connus. Après, de la part du professionnel, le fait d'écouter, déjà, lui, il peut comprendre un peu mieux le... bah déjà, de un, il comprend mieux son patient et pourra mieux gérer les soins, de, le type d'aide à apporter après.

T : OK.

Q : (Rires). Je ne sais pas.

T : Non, c'est bien.

Q : Ouais. Ouais.

T : Je ne te juge pas.

Q : Ouais. Ouais. Je me juge tout seul.

T : Beh, il ne faut pas. Euh... du coup, je voudrais juste rebondir sur ce que tu disais tout à l'heure aussi, sur le fait d'aller dans un centre LGBT où, du coup, bah. Fin, quand tu vas dans un centre LGBT, en général, c'est que euh... t'as pas besoin d'annoncer le fait que tu sois, que tu fasses partie de la communauté. Est-ce que potentiellement, quand tu vas aller voir un soignant lambda, c'est un truc que, d'après toi, le soignant a besoin de savoir ? Peu importe, le pourquoi tu vas consulter le soignant.

Q : Euh... Non. Fin, c'est... la sexualité d'une personne, ça reste personnel. On n'est pas vu, on n'y est pas. Ça va paraître con, mais euh... Dans ma famille, il n'y a pas tout le monde qui est au courant, pour euh... du fait que je sois gay. Mais de mon côté, je ne vois pas l'intérêt de dire que je le suis non plus. Donc, pour le médecin, c'est absolument pareil. C'est... Fin, c'est... je ne me résume pas qu'à ça. Donc... fin, c'est tout con, mais fin, voilà. Je vais chez le médecin. J'ai une angine. Bah, c'est tout. Point. J'ai une angine. Voilà, c'est... ça n'a rien à faire là-dedans. Alors, après, oui. Le fait que tu sois... fin, dans le centre LGBT, bah, c'est, on sait que je le suis, c'est bien. Mais, ce n'est pas forcément parce que je suis gay que je vais avoir ça ou ça. C'est... C'est une meilleure acceptation. Oui et non. Sur le principe, oui. Fin après, voilà. C'est... voilà. Fin, c'est. C'est... Voilà. C'est posé au départ et puis, après, tu fais ta vie. Tu peux tout avoir, donc euh... Voilà.

T : OK. Du coup, on va arriver sur la partie discrimination.

Q : Hum.

T : Euh... donc, du coup, moi, j'aimerais savoir euh... quelles sont les formes de discriminations les plus répandues dans les soins en général et concernant les patients LGBTQIA, d'après toi ?

Q : Euh... moral, plus particulièrement. Parce que les mots blessent plus facilement que les actes physiques, je pense. Et que quand on, quand on utilise ta sexualité contre toi, bah c'est. Bah, t'es en dehors... fin, la personne en face qui te juge est en dehors de, de, de son point de vue qui est censé être impartial de base.

T : OK. Et du coup, si on est ici ensemble, c'est parce que tu as toi-même subi des discriminations lors de soins.

Q : Ouais.

T : Et du coup, euh... si, fin, j'aimerais que tu me définisses, d'après toi, ce qu'est une discrimination ?

Q : Euh... Qu'est-ce que c'est qu'une discrimination ? C'est... Le fait de traiter quelqu'un différemment parce qu'il y a une chose qui fait qu'elle va être différente.

T : OK. Et du coup, tu te bases sur cette définition-là pour savoir que ce qui va être vécu est une discrimination ?

Q : Euh... Bah, quand tu te... quand tu prends une réflexion est que dans cette réflexion, on te renvoie au fait que tu sois gay. Oui. Voilà, je ne sais pas si tu prends euh... Tu prends deux personnes qui ont la même pathologie. Tu mets un hétéro. Tu mets un gay. Bah l'hétéro, tu ne vas pas lui dire : « Bah, t'as ça parce que tu es hétéro ». Bah voilà. Comme un gay, lesbienne ou autre. On ne va pas dire : « T'as ça parce que t'es gay et c'est normal ». Bah non, ce n'est pas normal. Donc, tu la fermes et puis tu me soignes. Voilà. Comme tu le ferais pour tout le monde.

T : OK. Et du coup, sans citer de noms, est-ce que tu pourrais me parler de la situation que tu as vécue, me dire comment ça s'est passé et tout ce qui a à savoir sur la discrimination ?

Q : Bah citer des noms. Je n'en ai pas.

T : Non mais sans citer.

Q : Oui, oui. Non, je sais. Bah, même si j'avais voulu, je n'aurais pas pu. Euh... Non, mais ça. Après, c'était. Bah, c'était devant le médecin et après, c'était en pharmacie.

T : Donc, tu as eu deux situations ?

Q : Ouais.

T : Est-ce que tu peux les expliciter toutes les deux du coup ?

Q : Bah, alors. Les deux, en fait, ont découlé en très peu de temps parce que c'était suite à... Bah, suite à une agression, quoi. Euh... Le médecin, c'était euh... c'était. « Ah oui. Ça, c'est parce que vous êtes gay, donc c'est normal. » Non. Non. Non. Tu ne sors pas ça. Tu ne sors pas ça comme excuse. Et, en pharmacie, c'était euh... « Ah, mais ça, c'est un truc de PD, on n'en a pas. » D'accord. Bah, merci.

T : OK.

Q : Donc voilà. Donc, c'était... C'est, en fait, si tu veux, à ce moment-là, ce n'était pas forcément le discours que, que j'attendais de la part de professionnels, donc euh... Quand t'es censé ne pas juger et que tu te prends ça. Bah si, en fait, la personne le fait quand même, donc euh... donc voilà.

T : Du coup, le médecin supposait que l'agression était légitime du fait de ton homosexualité, c'est ça ?

Q : C'est ça. Voilà. Alors que c'est toi la victime d'agression. Bah, c'est... ça, c'est un truc qui est pénalisé parce que, enfin, j'ai eu le malheur d'être confronté à des policiers qui m'ont sorti : « beh c'est normal, ça s'est passé dans le 1^{er} arrondissement ». Non. Non. Non. Ce n'est pas normal qu'on soit dans n'importe quel quartier de la ville, ce n'est pas normal non plus. Donc, si même, que ce soit à tous niveaux, ceux qui représentent. Ceux qui vont représenter l'ordre. Ceux qui représentent, qui sont censés représenter l'impartialité dans les soins et autres, ont ce jugement-là sur notre personne. Bah... tu fais confiance à qui ? Est-ce que tu dis, fin, est-ce que tu vas avoir besoin de consulter ? Est-ce que tu vas consulter ? Et après, c'est comme ça qu'il y en a qui ne vont pas consulter alors qu'ils en ont besoin. Donc après, heureusement, tu en as qui ne jugent pas, tu en as qui, tu en as qui n'ont pas cette mentalité-là devant toi, et qui, et heureusement. Et après, oui, le fait qu'il y ait des centres LGBT, comme ça, de soins qui ouvrent. Bah, déjà, tu te dis, je ne vais pas voir ça. Je peux parler librement. Et je ne vais pas... Fin, on ne va pas me renvoyer un truc parce que je suis différent.

T : Donc du coup, en somme, euh... le fait qu'il y ait des centres spécialisés, ça aide quand même ?

Q : Oui. Il en faudrait plus. Il en faudrait plus parce que si on prend la communauté LGBT, si on suit les statistiques de l'État, on est dix pour cent. Ouais, bah dix pour cent, ça fait six millions en France, hein. C'est la moitié de Paris. Donc, il y en a de partout. Donc, il faut que tout le monde puisse avoir ou que tout le monde puisse avoir les moyens de se sentir vraiment safe, euh... de ce côté-là. Surtout que la santé, le corps, etc., ce sont des trucs qui sont personnels. Donc les gens savent déjà que, enfin nous-mêmes, on sait déjà qu'on a des problèmes, on n'a pas envie de se taper le jugement en plus de la personne en face. Oui, on est gros, oui, on est gays, oui, on est... oui, on a un handicap, on sait. On sait déjà qu'on a tout ça, vient pas rajouter un truc en plus. Donc voilà.

T : Ok. Hum. Est-ce que, du coup, euh... lors d'un soin ou lors d'un rendez-vous médical, on t'a déjà demandé ton orientation sexuelle alors que potentiellement ça n'avait rien avoir avec le pourquoi tu venais consulter ?

Q : Euh... Bah, du coup, suite à mon agression, oui. On me l'a posé. Mais voilà, c'est... je me suis fait agresser que je sois gay ou autre. Fin, ça n'a rien à voir là-dedans. Bah après... Fin, c'est, c'est voilà. C'est comme je dis. Si je viens parce que je pense que j'ai une angine. Bah voilà, j'ai une angine, tu me soignes, merci, au revoir.

T : Mais, du coup, quand on t'a posé la question, comment est-ce que tu t'es senti ?

Q : Bah, mal à l'aise. Parce que... en vrai, c'est comme tu as dit, ça n'a rien à voir là-dedans. Donc, en quoi ma sexualité vient dans le problème de santé pour quoi, pour lequel je viens consulter en fait. C'est deux trucs qui n'ont rien à voir. C'est... T'as mal la jambe, mais t'es roux. Oui, bah voilà, c'est bien. On s'en fout ! On s'en fout. Donc, si... c'est... c'est... sur le principe, ça n'a rien à voir, donc ne vient pas me... me... vient pas te renseigner sur ça. On se connaîtrait, oui, ok. On peut poser la question, puis, voilà, parce qu'on s'intéresse à l'autre. Mais, si c'est juste dans la prise en soin des soins qui sont classiques, j'ai envie de dire, bah voilà, non. Je ne sais pas.

T : Et, du coup, est-ce que... Comment, toi, tu as réagi ? Même si tu m'as dit que tu t'es senti mal à l'aise. Est-ce que tu as répondu quelque chose de cet ordre-là, en disant que ça n'avait aucun lien entre le fait que tu sois gay ou pas ?

Q : Bah non, parce que fin... à cette... à ce moment-là, ce n'était pas le truc le plus grave qui se passait dans ma vie. Donc, je n'étais pas focus comme ça. C'est après, en... c'est en sortant, en fait, que tu dis : mais... bah non, en fait... Ça ne se fait pas. Ça ne se demande pas. Et après, c'est quand tu analyses la façon de faire, la façon de dire de la personne en face. Tu te dis « Ah, mais oui... mais », bah non... avant ça allait, là, ça a changé. Donc voilà.

T : Et, du coup, le soignant, il a réagi comment quand tu lui as dit, que tu as répondu que tu étais effectivement gay ? C'est là, où il t'a répondu que c'était normal ?

Q : Bah, c'est voilà... C'est...

T : Fin, que c'était normal que ça te soit arrivé parce que c'est comme ça chez les gays ?

Q : C'est ça.

T : OK. Et, du coup, avec du recul, tu as réfléchi à cet échange ? Qu'est-ce que... comment tu aurais aimé réagir si tu réagirais différemment ?

Q : De lui répondre que je l'emmerde. Déjà, ça pourrait être pas mal. Que... et ouais, lui demander quel était le rapport avec mon problème à ce moment-là, en fait. Fin, c'est... c'est. Je viens me traiter parce que oui, potentiellement, on aurait pu me refiler n'importe quelle merde. On ne va pas me ressortir après, oui, mais c'est normal. Non, c'est... mon problème n'est pas normal. Ne viens pas essayer de me foutre une sorte de norme à ce moment-là.

Donc oui, non, j'aurais préféré mieux réagir. Après, c'est fait. D'un côté, il y a une partie un peu con, parce que... si tout le monde fait comme moi et ne réagit pas. Bah, en fait, ça va laisser, ça va laisser le soignant dans, après que oui, il peut continuer avec ces questions-là et ce genre de comportements avec les autres. Parce que si personne, si personne ne l'ouvre, bah, c'est ça qui met la norme. C'est ça le problème. Donc, il faut plus de soignants, mais il faut une meilleure formation à tous niveaux. Et ça après, c'est la qualité. C'est à tous les niveaux. Ce n'est pas que les soignants. C'est l'éducation... c'est l'éducation de la famille qu'il faut revoir. C'est l'éducation au niveau de l'école. C'est à n'importe quel point qu'il faut changer le système. Mais bon, on est en France.

T : Et depuis tout petit ? Fin, je veux dire...

Q : Oui, tout le monde.

T : Pour rebondir là-dessus, ce ne serait pas juste une formation pour les professionnels médicaux et paramédicaux, mais pour toute la population en général ?

Q : Oui. Parce que les... le côté médical, c'est dans l'approche à faire avec la personne, c'est, si tu viens consulter pour un truc et qu'on te renvoie juste à ta sexualité ou ta couleur de peau, etc. Bah, non. C'est pas parce que je suis ça qu'obligatoirement, j'ai ça. Voilà, après oui, c'est... c'est des trucs qui sont affolants, mais qu'on doit... C'est tout con, mais dans le côté LGBT, ça revient sur la défense des droits des LGBT, ça va repartir sur d'autres trucs. On voit aux États-Unis qui reviennent sur l'avortement, bah, ferme ta gueule. T'as soixante-dix piges, t'es blanc, qu'est-ce que tu en as à foutre ? Qu'est-ce que t'en as à foutre ? Bah, en France, c'est pareil. T'es hétéro, bah, c'est bien. Moi, je suis gay. Si je veux me marier et si je veux des enfants, machin, etc. Bah ferme ta gueule. On essaye de mettre des trucs en place et puis voilà. Ça ne t'atteint pas. Ça ne te fait rien. Donc, voilà.

T : OK. Du coup, moi, j'avais un peu pensé à un truc. Ça serait qu'on... plus du coup, d'un point de vue formation soignante sur une, une manière de prendre en soin inclusive. Est-ce que tu penses que ça, inclusive et non discriminante pour le coup. Est-ce que tu penses, déjà, que ça peut être une solution ? Qui pourrait être presque obligatoire dans une formation initiale, peu importe le métier du soin ?

Q : Ce n'est pas que ça devrait être presque obligatoire. Ça doit être obligatoire. Le problème, c'est, on est en 2023 et ce n'est pas mis en place. Et que ceux qui veulent le mettre en place, ils sont handicapés dans leur truc. Parce qu'on dit oui, mais pas maintenant, oui, mais ça va déranger, oui, mais c'est différent. Bah oui. Mais il faut que ce soit différent. On ne peut pas continuer comme ça. Donc, oui, ça devrait être, ça devrait être la norme. Là oui, on pourrait mettre des notes sur ça. Mais bien sûr, qu'il faut changer. Alors après, qu'on est... il ne faut

pas partir dans les travers non plus. Après que... Bah, c'est tout con, mais tu vois, je parlais du centre, du centre LGBT. Alors, oui, la quasi-totalité des, de ceux qui vont fréquenter font partie de la communauté. Mais t'as quand même des hétéros qui vont là-dedans. Ce n'est pas parce qu'ils sont différents que voilà. Donc, alors, après, oui, sur le système éducatif pour les soignants, oui, on les forme, machin, etc. C'est pareil, il ne faut pas partir dans les travers. Alors, oui, toi, tu ne fais pas partie de la communauté. Alors toi, on ne va pas te prendre. Voilà, t'as un patient, il vient pour un truc. Tu le traites. Point. Peu importe la couleur, la sexualité. Point.

T : Est-ce que tu penses qu'il y a des éléments plus importants que d'autres pour que cette formation réussisse si jamais elle venait à être mise en place ?

Q : Euh... Fin, des éléments plus ou moins importants... non... fin, là comme ça, je n'en vois pas. Mais après, c'est... c'est... c'est pareil. C'est comme je disais, pour que ce soit accepté dans un certain milieu, machin, etc., ça passe dès l'enfance. Donc, en fait, ce serait tout le système qu'il faudrait, qu'il faut revoir, en fait.

T : Du coup, tu penses que toute pensée n'est pas immuable, on peut la changer ?

Q : On peut aider à la changer. Mais, c'est... Mais... De toute façon, les pensées, tu aurais tout et son contraire, à chaque fois. Mais, je ne vais pas partir dans la banalisation du... des faits, mais, voilà, c'est... Ça fait 40 ans, si je ne dis pas de bêtises, que l'homosexualité n'est plus une maladie. Oui, il serait temps de le comprendre, que ce n'est plus une maladie. On n'est pas différent. Tout le monde peut choper tout. Donc oui, après, c'est si, c'est dès l'enfance. Alors, bien sûr, il y a un certain type de contenus et tout qu'on pourrait amener aux enfants, etc. Mais si, dès l'enfance, on leur raconte que « oui, il y en a qui ont un papa et une maman. Il y en a qui ont deux mamans, deux papas, aucun papa, aucune maman. Qui ont cinq parents différents ». Non, déjà, c'est montrer... Je ne vais pas dire montrer à la société, mais... Fin, si... dans le sens où si on accepte, déjà enfant, on n'aurait pas de problèmes à accepter après qu'il y ait des changements, que ce soit du côté éducatif, pour les soignants, que ce soit de n'importe quel côté. On a une facilité plus importante pour mettre en place si déjà dès la base, c'était, c'était inculqué à tout le monde. L'acceptation. Bah, c'est pareil. C'est les nouvelles générations qui confrontent les anciennes générations. Celles qui veulent bien écouter.

T : Est-ce que tu as espoir en cette nouvelle génération, sur les contenus scolaires qui peut y avoir ? Justement en ce moment, je lis un livre sur la santé LGBT qui, du coup, a trois grandes parties. Une partie sur l'oncologie qui serait un indicateur de santé chez les LGBT. Un côté sur l'obésité. Et aussi un côté sur la santé scolaire. Et où justement, rien n'est parfait à l'heure actuelle encore, mais les différents gouvernements ont quand même tenté de mettre en place

des choses. Je crois notamment, dans mes souvenirs, depuis 2011. Mais, il y a toujours aussi ce... fin, ce que le livre montre, c'est différentes études qui ont été faites sur, au final, bah même si on commence à noter dans les bouquins scolaires des choses sur l'orientation sexuelle, sur le genre aussi qu'il faut bien différencier de l'orientation sexuelle aussi. Euh... Bah qu'en fait, ça reste toujours à l'appréciation du prof derrière qui va donner cours aussi.

Q : Oui... euh... Non. Après, qu'on veuille... que les gens veuillent en parler ou pas. Déjà, c'est bien. Mais après, tu vois, les études, ça montre du coup. 2011. 2012. C'est la gauche qui passe au pouvoir. Sous Hollande. Les études, c'est bien. Les actes, c'est mieux. C'est tout con. Mais l'avancée des droits LGBT, à part le mariage. Merci Mme Taubira. On n'a rien. Et, en ce moment, dix ans après. On en est à se battre pour essayer de conserver ça. Que bah... après, c'est une question politique. Mais l'extrême-droite qui veut revenir sur l'appellation du mariage et les supprimer. Ça, c'est en France. Sauf que c'est déjà fait en Italie. Et elle est revenue sur les familles homoparentales. En Pologne, les droits des homosexuels, ils ont bien régressé. Aux États-Unis, les trans n'ont quasiment plus aucun droit. Et quand tu as le pas sur une minorité, on va taper sur une autre. Si ce n'est pas les gays, ce sera sur les femmes. Les femmes, là en France, on est obligé de remettre l'avortement. On a été obligé de mettre l'avortement dans la constitution. Alors que l'extrême-droite est contre et que l'extrême-droite, c'était 13 millions en 2022. C'est tout con. Ça fait mal. Et ça fait peur. C'est surtout ça. Alors, je ne perds pas espoir. Et j'espère ne jamais perdre espoir, euh... en ce qu'on est. Mais, faut qu'on passe la seconde. Parce qu'on est toujours à essayer de consolider des droits qu'on a depuis dix ans. On ne pourra jamais avancer sur d'autres trucs.

T : Et pourtant, l'année dernière, il y a quand même eu l'ouverture de la PMA pour toutes. Femme seule et couple homoparental femme.

Q : Oui. Après, ça, ça fait combien de temps que c'est légalisé sur d'autres pays ? On est la France. En termes de niveau mondial, on est dans les dix premiers pays. On s'assure que oui, nous, on a l'assurance maladie. Enfin, oui, ce n'est pas pour ça qu'on avance à côté. On est toujours dans des pensées arriéristes. Mais le problème, c'est que ces pensées arriéristes. Elles reviennent en force. Donc, si on fait des petits trucs de temps en temps. Fin des petits trucs, en soi quand même très importants. Mais ce n'est quand même pas suffisant tant que les minorités n'ont pas droit à la même chose que l'hétéro blanc mâle peut avoir. Surtout, fin, c'est... je ne sais pas... c'est... qu'est-ce que t'en a à foutre que une telle peut avoir accès... Si elle veut un enfant, qu'est-ce que t'en a à foutre de vouloir l'empêcher d'en avoir ? ça t'apporte quoi ? Elle sera mère, point. Oui. Aller au pire, t'entends son gamin gueuler. Comme n'importe qui.

T : Donc, tu serais totalement d'accord pour parler d'une société qui serait hétéronormative et cisnormative ? à l'heure actuelle ?

Q : Bah, on essaye, euh... On essaye de la changer et je pense qu'elle est... Je pense que les gens ont compris que oui, on pouvait être, qu'on ne pouvait plus être sur ce système-là. Mais, ça ne se fait pas assez rapidement. Et le problème, c'est qu'en étant pas assez rapide, il y en a qui conforte cette idée-là. Que l'on est hétéro et fier de l'être. Donc oui. Il faudrait qu'on se sorte un peu les doigts.

T : Donc, pour revenir un peu sur l'idée de la formation, il faudrait que ce soit une formation à plusieurs niveaux. Une formation qui serait à la fois éducative dès le plus jeune âge. Mais, du coup, pour reprendre, on va dire pour consolider le tout sur des générations passées, fin, passées. Les générations qui ont déjà quitté le système éducatif. D'avoir aussi une formation qui serait aussi pour eux. En gros, qui partirait du plus jeune âge jusqu'aux générations actuelles qui sont en formation en santé. Ou toutes autres formations. Parce que du coup, on parle surtout d'un problème sociétal là ensemble.

Q : Bah, de toute façon, la formation. Peu importe la profession, la formation, on en fait. On en fait à tout âge. Après, comme j'ai dit. Dix pour cent de la population, ce n'est pas rien. C'est... on sait que ça existe. Oui, c'est bien. Il faut le comprendre. Donc, oui, beh, comme je disais, les formations depuis le jeune âge, c'est au niveau des mentalités, des pensées, au niveau des familles. Après ça, c'est pareil. On ne peut pas... On peut avoir la volonté de le faire. Mais si la personne en face ne veut pas écouter. Bah... on ne va pas la dégager parce qu'elle ne veut pas la mettre en place. Donc, oui, non. Après, c'est, donc c'est sûr qu'au niveau des structures, des familles, c'est un peu compliqué. Mais quand, quand on part sur des métiers qui, qui dit dans le serment d'Hippocrate que vous allez soigner tout le monde. Ouais. Il va falloir faire en sorte de respecter ce serment, quoi.

T : Après, l'intérêt de ma question sur le côté formatif aussi, c'est que dans tout ce qui est profession médicale et paramédicale, il y a ce que l'on appelle la formation continue, en laquelle chaque soignant est obligé de... de...

Q : d'assister

T : d'assister. On a en fait le choix sur toute forme de formation. Ça va de webinaire à des formations sur plusieurs jours sur le terrain, on va dire. C'est aussi en ça, que moi, ça me semble intéressant de te poser la question en tant que patient sur : est-ce que si demain tel soignant est en faveur de se former justement à une prise en soin inclusive et non discriminante, mais qu'il pense ne pas avoir les codes pour y arriver seul. En gros, c'est un peu aussi ça l'idée. C'est de se dire est-ce que bah... pour ces gens-là qui veulent se former,

l'idée d'une formation qui pourrait exister, ça pourrait être déjà un premier pas dans, dans une avancée pour demain.

Q : Bah, il le faut après, je pense que, surtout au niveau de vos pro... fin... Au niveau médical et paramédical, déjà ce dossier-là, LGBT, ça devrait être un truc, à mon avis, obligatoire. Peu importe les niveaux. Et après, oui, qu'il y ait les possibilités d'avoir plus de formations et de... pour venir traiter les personnes. Beh oui, c'est un truc qui devrait en continu. Après, c'est... s'il y en a qui veulent se faire quatre fois le stage, bah, faites ! (rires). Au contraire, ce serait même mieux. Mais, oui, non, je pense que il devrait... Je ne vais pas dire qu'il devrait y avoir un cursus ou un chapitre obligatoire, mais voilà. De base, en tronc commun, il devrait y avoir un truc obligatoire. Et après, oui, plus de possibilités pour ceux qui veulent... qui veulent... bah, qui veulent se former, en apprendre plus ou autres. Oui, on doit avoir ça.

T : Ok. Euh... du coup, sur une autre question, moi, je voulais savoir, d'après toi, tu penses qu'il y a certaines professions du soin qui sont plus à même d'être discriminante que d'autres ? Si oui, lesquels à ton avis ?

Q : Euh... là comme ça je n'en vois pas forcément. Après, c'est pareil. C'est l'appréciation de la communauté LGBT. C'est un point de vue éducatif. C'est un point de vue politique. Et voilà, ce n'est pas marqué. Quand on rencontre quelqu'un ce n'est pas marqué sur son front. Ouais, je vote Mélenchon. Ouais, je vote Le Pen, je vote Macron. Donc, tu ne peux pas savoir. Etant donné que tu ne peux pas savoir ça. Tu ne sais pas comment la personne va réagir si tu lui dis que tu es gay ou pas. Et tu ne peux pas savoir comment...comment va être ton soin. En soit, et heureusement, là, tout le monde est au même niveau. Et on est neutre. On a confiance.

T : Et, du coup, à l'inverse, est ce que tu penses qu'il y a des professions de soins qui sont moins discriminantes ou peut être mieux préparées ?

Q : Euh... Bah... alors, non, pas forcément. C'est pareil. Fin, c'est tout con. Mais si cette formation-là pour le soin des personnes LGBT était mise en place, ce n'est pas marqué sur le front de la personne que oui, elle a suivi le stage. Ce n'est pas marqué. Bon après, il y en a qui pourrait l'indiquer, qui pourrait l'indiquer sur leur fiche de présentation et autres. Mais... euh... en soi, non, bah, je pense. Après, oui, il y en a qui sont censés être spécialisés et qu'on recommande. Bah après, est-ce qu'il y en a qui se mettent dans les centres de soins LGBT exprès pour montrer que oui, il y en a qui peuvent être plus ouverts que d'autres.

T : Et est-ce que tu penses, pour le coup, que ça pourrait être une bonne idée pour trouver un soignant qui serait ouvert à la question et non jugeant tout simplement au moment du soin de voir noter sur son site internet qu'il est LGBT-friendly ? Euh... en l'occurrence, je me rappelle avoir déjà vu sur un site, quand j'habitais le Nord-Pas-de-Calais, d'un dentiste, que c'était noté

carrément sur sa page Google, le petit drapeau LGBT, un peu en mode « Viens, il n'y a aucun problème ». Et aussi, là où ça n'a rien à voir, mais j'ai déjà vu devant des salons de tatouages des petits drapeaux LGBT-friendly en mode « bah viens, il y a aucun problème sur le truc ». Après, je pense, et ça pour le coup, il me semble qu'il y a beaucoup de dentistes par exemple, vu qu'ils vont... aller travailler sur les dents et que la partie buccale va saigner facilement. Il y a toujours cette peur du soignant qui va avoir un accident d'exposition au sang. Et, le problème, je pense et qu'il y a toujours cette relation dû aux années 80 de : t'es gay et le VIH est potentiellement en toi.

Q : Euh... Alors euh... d'un côté... Alors, c'est bien euh... oui et non. Parce qu'après, c'est tout con... alors... Toi, en tant que soignant, tu vas montrer que oui, tu acceptes tout le monde. Ça, il n'y a pas de soucis. Mais du coup, pour ceux qui sont contre, tu risques de devenir une cible aussi. Alors, tu veux montrer que tu es ouvert à tout le monde, mais par-derrrière, tu risques d'avoir, tu risques d'avoir... de te faire emmerder. Parce que tu acceptes de soigner ces personnes. C'est euh... c'est euh... t'ouvres les bras, mais tu as une cible dans le dos, quoi. Bon, c'est, c'est bien, oui, pour ceux qui acceptent la communauté, pour ceux qui sont dans la communauté. Mais ceux qui sont totalement contre, bah, c'est, tu vas être une de leurs cibles. Après, tu as ce truc de : est-ce que ça valait le coup que je montre que j'étais pour eux. C'est pour ça qu'en fait ça va être... fin ça revient... c'est tout con, mais en fait ça revient à dire à tout le monde oui, je suis gay, oui, je suis lesbienne, etc. On s'en fout. Ça fait partie de toi, mais ça ne te définit pas. Donc après, en soi, tout le monde devrait... tout le monde devrait soigner tout le monde. Et le problème, c'est qu'on ne devrait même pas à avoir... à devoir mettre ce truc de... après voilà, les dentistes, le VIH, etc. Ça, c'est encore autre chose. Mais, on ne devrait pas en venir là. On ne devrait pas passer par cette étape pour pouvoir faire valoir les choses. Donc tant pis.

T : OK.

Q : Mais ça reste une très bonne idée hein.

T : Mais après, ça reste ton avis. Tu as tout à fait le droit. Fin... En l'occurrence, j'essaye juste de récupérer des infos qui vont m'amener à réfléchir derrière aussi, euh... quand je vais analyser les entretiens. Il y a plein de trucs que potentiellement, là, j'aborde avec toi que je n'ai pas abordé avec d'autres parce que ça ne s'est pas présenté. Et c'est juste que je me suis dit : tiens, ça me paraît intéressant d'aborder la question.

Q : Oui. Voilà, tu vois, c'est comme... mais voilà, tu vois si c'était. Si déjà de base, c'était dans la formation, on n'aurait pas à montrer que... fin, si c'était accepté aussi... à votre niveau et au niveau classique... la populace... euh... on n'aurait pas à venir à faire ça... C'est... fin, c'est... devoir... fin, ouais, c'est... devoir continuer de se défendre pour ses droits, machin,

etc. Et que les autres doivent montrer qu'ils se défendent pour nos droits pour... fin... les siècles des lumières, il y a longtemps qu'on l'a quitté en France... on en est bien loin.

T : Humm. Après, du coup, pour revenir sur le côté dentiste qui a peur des... le dentiste... je mets le dentiste en général, mais en théorie tous les dentistes n'auront pas peur de ce truc-là, mais... j'ajoute différents trucs ou du coup dans les discriminations, la sérophobie en fait partie du coup. En sachant qu'une personne séropositive, en soi, je ne te l'apprendrais pas, mais qui est sous traitement, qui du coup, devient indétectable, eh beh, devient intransmissible. Et, juste le fait de, en gros, la question, c'est : est-ce qu'il faut dire à ton soignant aussi que tu es séropositif indétectable ? Et qu'il y a encore des gens, à l'heure actuelle, qui sont séropositifs indétectables et au moment où il l'annonce au dentiste. Alors que potentiellement, ils ont déjà rempli une fiche qui présentait tout le truc. Le dentiste, en fait, s'arrête en disant « en fait, je ne suis pas sûr que j'ai le droit de te soigner ? » Alors qu'en fait, il n'y a rien qui indique légalement que le dentiste n'a pas le droit de soigner une personne séropositive indétectable et qui pour le coup, en étant indétectable ne pourrait, même avec un accident d'exposition au sang, ne pourra pas transmettre le VIH, car sa charge virale sera beaucoup trop basse.

Q : Ça, c'est un problème de formation. Et ça après, c'est un dossier qui est encore en dehors... que la formation sur les personnes LGBT, j'ai envie de dire. Parce qu'ok, les années 80, ils foutent le VIH sur les gays. Fin, ouais, c'est bon. Si on prend le... Je ne connais pas les statistiques, mais si on prend les personnes qui sont séropositives... bah, t'as aussi des femmes et tu as aussi des hétéros. Alors voilà... c'est un manque d'informations sur ce problème-là qui fait que tu peux être discriminé dessus. Mais... c'est tout con, mais une personne hétéro, une femme hétéro... qui a le VIH et qui n'est pas au courant. Fin, je ne sais pas, mais elle se fait enlever les dents de sagesse comme un gay qui... comme un gay qui l'a, mais qui est sous traitement. Bah... t'as plus de problèmes... t'as plus de risques avec la patiente qu'avec le patient... sur ce principe-là.

T : Sur le fait qu'elle ne soit pas au courant ?

Q : Sur le fait qu'elle ne soit pas au courant. C'est pareil. Ce n'est pas marqué sur ton front. Et puis, on ne le voit pas... Après, oui. Le dentiste... le dentiste... pour ces soins, a besoin de savoir, je pense. Fin, a besoin de savoir... non même pas. C'est euh... au pire, il met une deuxième paire de gants et puis voilà s'il le veut. Mais, C'est... Ça, c'est encore une formation qui est encore différente, mais qui est nécessaire. À tous points de vue. Parce qu'on en est encore à « tu as le VIH, tu vas crever avant tes 40 ans et... fin... me touche pas, ne m'embrasse pas ». Ça, je n'en reviens pas, quoi. C'est encore un autre problème.

T : Hum.

Q : Et ça avance pas beaucoup dessus aussi. C'est ça le problème.

T : Ouais. Du coup, pour revenir un peu sur la question discrimination, j'ai une autre question, là, qui me vient. Euh... sur l'articulation entre trois thèmes qui sont préjugés, stéréotypes, discriminations. Est-ce que toi, tu sais comment les uns fonctionnent avec les autres ou tu ne sais pas du tout ?

Q : Euh...

T : Et comment tu arrives à les différencier les uns des autres ?

Q : Oula...

(Rires).

Q : Une question comme ça de philo... euh... préjugés, stéréotypes et discriminations.

T : Ouais. Est-ce que pour toi un stéréotype est obligatoirement une discrimination, un préjugé est obligatoirement une discrimination ou pas en fait ? En gros, ça va être un peu ça l'idée de la question.

Q : Bah... après... c'est... En soi, que ce soit une discrimination, je dirais que oui. Mais après, c'est pareil. Tu as discrimination positive et discrimination négative. Bon : les Chinois sont bons en maths. Sur le principe, ça va être un compliment. Mais ça reste un préjugé. Les gays ont le sida. Bah non... déjà, c'est négatif... ouais... ouais... je dirais préjugés aussi. La barrière préjugé-stéréotype, c'est un peu flou. Un peu flou. Oui, en soi, tout jugement amène à... amène à une forme de discrimination. Positive-négative. Après, tu as des paliers qui ne sont pas les mêmes. Après, c'est savoir à quel palier tu peux t'accrocher pour savoir ce que tu peux dire ou pas.

T : OK. Bah, écoute. Bon, moi, j'ai fini de te poser des questions sur tout ce que j'avais déjà préparé. Euh... Est-ce que tu veux revenir sur un truc qu'on a dit ?

Q : Bah là, pas forcément de choses sur lesquelles je voudrais revenir.

T : Est-ce que tu as des questions par rapport à tout ce que l'on s'est dit ?

Q : Quand est-ce que les formations seront-elles réellement mises en place ? C'est... C'est vrai, si on peut avoir des idées d'améliorations à mettre en place, c'est bien. C'est si on n'est pas suivi et qu'on doit se battre pour les mettre en place. Bah... t'en as qui lâchent au bout d'un moment. C'est ça le problème. Il faut continuer.

T : Bah, écoute. Du coup, je te remercie de tout ce temps que tu m'as accordé.

Q : Bah, je t'en prie.

T : Et euh... Je te remercie aussi pour cet échange que j'ai trouvé constructif.

Q : Pas de quoi.

ANNEXE VII – Transcrit entretien avec Antoine

T : Donc, du coup, euh, on se trouve là à l'instant, pour le, pour mon, pour les entretiens, pour mon mémoire... euh... donc pour le bon déroulé, si tu l'acceptes, je vais enregistrer la conversation. Euh... Pour me permettre de bien tout retranscrire derrière, et bien évidemment, je, je, je supprimerai l'enregistrement une fois que la retranscription serait faite. Euh... D'un point de vue anonymat, tout sera noirci ou remplacé par un prénom qu'on aura choisi à deux après, fin, si ça te convient ?

A : Oui.

T : Donc, pour commencer, je vais me présenter, euh... Donc, moi, je m'appelle Tony, j'ai 27 ans, je suis étudiant en kinésithérapie à l'ISTR de Lyon et je suis sur la fin de mon cursus. Donc, cela m'amène à faire ce travail de fin d'études. Euh... En ce qui me concerne personnellement, j'ai pour passion la danse, que je pratique depuis l'âge de 7 ans. Donc, du coup, euh... je me destinais en priorité à une carrière de danseur. Jusqu'à ce que je fasse des examens médicaux, euh... à l'aube de mes 18 ans où j'avais des douleurs au genou et ça m'a finalement poussé à refuser à la dernière minute mon entrée dans une école de danse dans le sud de la France. Euh... ensuite, j'ai fait des études post BAC en commençant par une licence en arts du spectacle avec un projet de master et doctorat de la danse et du théâtre parce que c'est deux arts que j'affectionne. Et au final, après discussion avec une de mes enseignantes qui était thésée depuis 10 ans. Et qui est restée contractuelle à l'université parce qu'elle ne répondait pas aux cases des facs de théâtres où on lui disait qu'elle était trop danse ou les facs de danses où on lui disait qu'elle était trop théâtre. Donc, vu que je m'orientais un peu dans un profil similaire. J'ai préféré me réorienter. Et je me suis retrouvé à passer le concours kiné par 3 fois. Une 1^{re} fois par euh... La L1 STAPS sur Amiens et de le louper une première fois et d'arriver sur Lyon en PACES avant de l'obtenir au bout de la deuxième fois. Et ce qui m'intéressait dans le métier, c'est l'approche du corps que j'avais moi en tant que danseur. Et aussi en tant que comédien amateur, et euh... donc voilà, c'est comme ça que je me suis retrouvé en kiné.

Et euh... pour le coup, je suis homosexuel et en couple depuis plusieurs années, et après plusieurs expériences de vies et de discussions autour de la question LGBTQIA+ avec des amis et des tuteurs de stages. Il m'est venu l'envie de travailler sur le sujet pour mon mémoire. Donc euh... c'est pour ça que mon mémoire va porter sur les discriminations des patients LGBTQIA+ dans les soins médicaux et/ou paramédicaux. Euh... donc c'est pour avoir ta vision de masseur-kiné diplômé d'état que je suis ici avec toi. Et euh... que j'aimerais, du coup, utiliser ce que tu pourras me dire comme éléments qualitatifs dans mon travail de fin d'études. Donc, du coup, voilà, j'ai fini de me présenter. Euh... et j'aimerais du coup en savoir un peu

plus sur toi. Si toi aussi tu peux te présenter un peu. Au moins, le, ton prénom, fictif ou vrai, que j'anonymiserai après, ton âge et loisirs de tous les jours.

A : Donc moi, je m'appelle Antoine, j'ai 27 ans. Euh... je suis kiné diplômé de la [REDACTED] depuis 2020. Ça fait 3 ans que j'exerce. Ça fait 2 ans que j'habite à [REDACTED] maintenant. Et après, je me suis engagé dans plusieurs associations à l'heure actuelle sur mon temps libre. Une qui s'appelle [REDACTED] qui lutte contre les LGBTIphobie en France principalement. Et l'autre qui s'appelle [REDACTED] qui fournit des soins, fin, qui est une association humanitaire qui a des missions en France et l'international. Et notamment, je gère les projets sur Paris et sur Lyon pour faire du soin aux personnes sans papiers. Et à côté de ça, je fais pas mal de sport, notamment là, j'ai repris l'athlétisme et l'escalade. Ce qui remplit bien mes journées.

T : Très bien. Et euh... du coup, Pourquoi tu es passé [REDACTED] ? Il y a une raison particulière ou pas du tout ?

A : Euh... Je suis venu pour faire un master. J'ai été diplômé en 2020. J'ai travaillé 1 an à [REDACTED]. Et après, je suis venu à [REDACTED] pour suivre le master, donc le M1 puis le M2 de Sciences politiques qui s'appelle Enjeux sociaux et politiques de santé. Euh... de l'université de [REDACTED]. Et en fait, comme c'est un master qui euh... qui demande pas beaucoup de temps, en tout cas qui est organisé pour les professionnels de santé, donc j'avais pas beaucoup de jours de cours. Comme j'avais plus d'amis à [REDACTED] et que la ville de [REDACTED] semblait plus intéressante. J'ai habité à [REDACTED] et j'allais à [REDACTED] pour les jours de cours. Euh... voilà pourquoi je suis arrivé ici.

T : Euh... du coup l'athlé, l'escalade c'est des passions ou un sport un peu routinier ?

A : Euh... l'escalade, c'est plus pour le plaisir. Parce que j'ai commencé euh en arrivant à [REDACTED] donc il y a 2 ans. Et euh... l'athlétisme, c'est une histoire de plus longue date. J'en ai fait depuis, fin, je sais pas, j'en ai fait pendant très longtemps, euh... Mon frère en a fait aussi beaucoup. J'en ai fait... fin, j'en ai fait aussi beaucoup beaucoup. Et euh, j'avais un peu arrêté à cause des études. Et j'ai repris là en arrivant à [REDACTED].

T : OK. Et d'un point de vue parcours professionnel, tu as fait que des études de kiné ?

A : Bah... j'ai fait des études de kiné, après, j'ai fait un master en science politique et après, j'ai fait 2 diplômes universitaires. J'en ai fait un en médecine qui s'appelle « accès à la santé et lutte contre les discriminations », que j'ai fini là en [REDACTED]. Et j'en ai fait un en astrophysique avec l'observatoire de [REDACTED] quand j'étais à [REDACTED].

T : OK. Euh... Du coup, le métier de Kiné, c'est le métier qui t'a toujours donné envie ?

A : Euh... Je... Il fallait que je trouve quelque chose. Sorti de BAC, je m'étais dit que j'allais être médecin parce que mon père était médecin. Ça avait l'air sympa et je pense qu'il y avait l'attrait un peu social derrière. Et... euh, du coup, je suis allé en PACES pour faire médecine à la base, mais je n'ai pas travaillé. Ce qui fait que je n'ai rien eu. La deuxième fois, j'avais toujours un peu la flemme de travailler. Fin, en tout cas, je n'étais pas le genre de personne à me consacrer à des heures et des heures à bucher sur des études. Fin, j'avais envie de continuer à faire du sport, des choses comme ça. Euh... du coup euh... du coup, je n'ai pas eu médecine, mais j'ai eu kiné. Et donc, je suis allé en kiné. Pas par euh... déception par rapport à la médecine, mais bah les deux m'auraient plus. Je pense que si j'avais eu médecine, je serais allé en médecine. Euh... maintenant... après, fin, plus de 8 ans après la PACES, je pense que j'aurais pas été heureux en médecine. Donc, je suis content de pas l'avoir eu. Euh... du coup, je suis allé en kiné. Fin, après, mon grand-père était kiné aussi, donc je connaissais un peu le métier, quand même de l'intérieur aussi.

T : OK, et du coup, comment se sont passées tes études de kiné ?

A : Euh... c'était... particulier. C'était à la fois sympa parce qu'il y avait une vie étudiante qui était cool. Euh... avec des oui, qui étaient plutôt sympathiques. Des enseignements qui me plaisaient aussi. De façon générale, il y a plein de choses qui m'intéressaient. Et du coup, on avait une... Parce que du coup, je les ai fait à [REDACTED] mes études. Et on avait une équipe qui était bien motivée pour faire avancer les choses et qui essayait de proposer des enseignements qui soient pas euh tout pétés. Donc, il y avait ce côté qui était intéressant parce qu'on sentait que l'équipe pédagogique était là pour nos études et pas juste pour travailler et dire « on est prof, on donne des cours et puis voilà quoi ». Une vraie volonté que les choses se passent bien, donc euh... Les cours en eux-mêmes étaient de bonnes qualités. En tout cas, j'ai l'impression avec ce début de pratiques que je suis pas complètement perdu. Les stages étaient bien aussi après... Ce qui a d'assez intéressant... Quand je regarde mes deux derniers stages, je les ai faits... l'avant-dernier, je l'ai fait dans un cabinet kiné du sport. Et le dernier, je l'ai fait en [REDACTED] dans un cabinet pareil très accès sportif, avec notamment toute une partie du stage où j'étais à [REDACTED]. Et maintenant, vraiment, les sportifs... c'est pas mon truc... je suis bien content de ne pas travailler avec eux. Ça, c'était intéressant. C'était quand même des études... J'ai dit sympathiques au début, mais qui étaient quand même très solitaires, parce que du coup, je suis un homme homosexuel aussi. Et j'étais solo dans mes promos et dans les promos au-dessus aussi. Il y a toujours ce côté quand tu as 20 ans, que t'as pas de représentations et

que tu te cherches, et du coup, c'est un peu... C'était à la fois particulier parce que c'était bonne ambiance, mais en même temps très solitaire aussi.

T : Ok, donc, si je peux résumer un peu : Ce qui t'a plu dedans, c'est le côté sympathique des profs qui étaient... fin, qui cherchaient à faire avancer le métier avec vous en tant que futurs professionnels et ce qui t'a le moins plu, c'est le côté très solitaire dans lequel t'étais de part euh ton orientation.

Est-ce que quand tu étais étudiant, tu avais déjà l'idée d'un parcours professionnel que t'aurais voulu une fois diplômé ?

A : Euh... En sortant de PACES, je pense que, comme beaucoup, je m'étais dit, je vais faire kiné du sport. Ça va être trop cool. Je vais être avec des sportifs tous les jours. Ça va être incroyable. Parce que du coup, je faisais beaucoup de sport avant et un peu pendant mes études aussi. Du coup, j'avais un peu ce côté de rêve de suivre un peu des sportifs. Trop bien. Et après, avec mes stages, je me suis rendu compte que... avec mes stages et avec mes partiels, je me suis rendu compte que musculo-squelettique, euh... c'était pas ma tasse de thé et que j'étais bien meilleur en respi, neuro. Et que ça me faisait beaucoup plus kiffer de soigner des gens respi, neuro ou pour les handicaps et du coup, euh... j'avais pas trop de projets professionnels, de ce que j'allais faire pendant mes études. Je m'étais dit euh... On verra. Et il s'est avéré que dernière année, on a eu une présentation avec [REDACTED] et [REDACTED] qui sont les fondateurs de [REDACTED] qui est une entreprise qui travaille pour mettre en relation des patients et des kinés qui travaillent à domicile. Et du coup, eux, leur but, c'est de créer un réseau de kinés qui travaillent à domicile. Donc, on les a rencontrés en dernière année. Et... et... je suis allé en stage d'observation entre guillemets. Je suis allé passer une journée avec une amie diplômée qui travaillait avec [REDACTED] aussi. Et du coup, on a fait... et donc je les ai rejoints. La deuxième année de l'asso à [REDACTED] parce que c'était une facilité de début d'exercices dans le sens où j'avais pas à me prendre la tête à chercher des cabs, ou des choses comme ça et ça me permettait de... bien gagner ma vie sans trop travailler. Et c'est euh ma devise, donc ça m'allait très bien. Mais c'était pas prévu dans mes études que j'allais faire du domicile en sortie de diplôme et encore moins 3 ans après.

T : OK. Est-ce que du coup, lors de ta première expérience professionnelle, euh... fin, est-ce que...

Qu'est-ce qui t'a surpris lors de ta première expérience professionnelle une fois que tu as été diplômé ?

A : Euh... il y avait deux choses, deux choses et demi. Il y a une sur la part professionnelle. C'est à la fois, j'étais un peu perdu, mais pas trop. Donc ça m'a un peu surpris de me dire, j'ai

fait 5/6 ans d'études. On va compter la PACES quand même. Euh... J'ai fait 5 stages professionnalisants et au final, tu sors d'études et tu te retrouves face aux patients tout seul. Et en fait, tu te dis : « Ah ouais, t'as encore plein de choses que je sais pas » mais en même temps, j'avais aussi ce côté « ouais, mais il y a plein de choses que je sais ». Donc, je suis capable de faire des choses. Et ça, ça va être le deuxième truc qui m'a surpris en fait les gens font confiance, les patients font confiance, en tout cas, les premiers que j'ai rencontrés, étaient vraiment en confiance dans le sens où je crois pas que je leur ai dit que je commençais tout juste, mais ça se voit un peu à la tête des gens quand il débute non ? en tout cas, il y a 3 ans, j'avais pas la tête d'un mec de 40 ans donc euh... ils pouvaient se douter que je sortais un peu des études. Et c'était assez surprenant de voir que les gens, ils étaient en total confiance, que peu importe ce que je leur aurais dit. Il y avait un peu ce côté-là de, c'est lui qui est professionnel de santé. Il sait donc euh... Je vais lui faire confiance et pas trop discuter. Ce n'est pas forcément une bonne chose. Ne pas discuter de ce que les gens proposent. Et après, il y avait le côté, ça, c'était le côté professionnel, et après, il y avait le côté perso qui est surprenant où tu commences dans le monde professionnel, c'est que t'es assez vite seul, mais on te fait très vite confiance. Ce que je trouve assez surprenant dans le sens où on est professionnel de santé. On a un gros impact sur la vie des gens. Et c'était bizarre, mais en même temps normal, j'avais mon diplôme, donc c'est que j'étais capable de le faire. Mais c'était un peu bizarre de se dire : maintenant, c'est moi qui fais et si je me plante et beh c'est moi qui me plante, quoi. Il y a personne pour te couvrir, personne pour, de hiérarchiquement responsable de moi, comme on peut avoir dans les stages.

T : OK. Et euh... Du coup, hormis les DU, master que tu as fait en plus. Est-ce que tu peux dire que tu t'es un peu spécifié dans la kiné à l'heure actuelle ?

A : Bah, du fait de ma pratique, comme je fais que du domicile et depuis 3 ans. De fait, je suis un peu plus spécialisé dans tout ce qui est gériatrie et neuro, parce que c'est ce qu'on a le plus quand même. Euh... respi un petit peu et a contrario, si je devais soigner Gérard, 30 ans, qui s'est blessé au squash, à l'épaule. Je pense que... il faudrait que je me replonge un petit peu dans ce que j'ai vu dans mes études. Mais après, j'ai une pratique que je cherche pas restrictive. Je fais aussi bien du musculo-squelettique, de la traumato. Là, j'avais une patiente qui pouvait pas aller en cabinet, mais elle avait 23 ans et s'était fait une entorse grave à la cheville au travail qui l'empêchait de sortir de chez elle. Et du coup, fin, je l'ai pris en charge au même titre que mes autres patients ou patientes. Donc euh... J'essaie d'avoir une approche, une pratique large pour voir un peu tout le monde. Et dans ma pratique, j'ai quand même plus de gériatries. Donc, c'est ce que je connais le mieux. Et après, en formation continue, j'ai fait euh... une formation en kiné respi pédiatrique et une sur Parkinson, ce qui du coup rejoint un peu les patients que j'ai le plus.

T : Du coup, même si on a déjà un peu répondu à ça, tu travailles exclusivement en libéral, euh... en libéral, en, à domicile, je voulais dire.

A : Ben, les deux du coup.

T : Euh... je voulais dire, t'as pas une structure dans laquelle tu as ton cabinet...

A : Nan.

T : Ta salle de pratique, euh... c'est...

A : Chez les gens

T : Chez les gens. OK. Euh... Pourquoi le libéral ? Hormis le fait de ta présentation de dernière année ? Est-ce qu'il y a une autre raison qui t'a poussé à choisir le domicile plutôt qu'un cabinet libéral dans lequel tu peux faire du domicile, par exemple ?

A : Euh... bah euh, ça fait juste parce que euh... j'ai eu la possibilité de travailler dans un groupe. Euh... de travailler avec [REDACTED] qui en fait me libère de beaucoup de choses, notamment d'un point de vue administratif. C'est eux qui gèrent tous mes rendez-vous, mon emploi du temps, qui optimisent ma tournée, et du coup, ça fait ça de moins en travail à faire. Et comme moi, moins je travaille et plus, je suis content. Et du coup, j'ai commencé avec eux, ça m'a plu et du coup, je suis resté avec eux. Encore une fois, comme ça me permet de pas trop travailler et de suffisamment gagner ma vie. Le rapport taux horaire/argent, il est hyper intéressant parce que du coup, administrativement, je ne suis pas en cabinet, donc je n'ai pas de rétrocessions. Je suis titulaire et comme je fais que du domicile, je n'ai pas de cabinets et donc je n'ai pas de charges. Je ne paye pas d'eau, d'électricité, des choses comme ça. Donc, en fait, tout ce que je gagne, c'est pour moi. Et donc, ça fait que je peux ne pas trop travailler et bien gagner ma vie. Et comme j'ai pris un master, fin, j'ai fait un master. J'avais besoin de cette liberté, de pouvoir adapter mon emploi du temps en fonction des jours de cours. Même si l'emploi du temps était assez fixe, mais on sait jamais si il y avait des choses qui se valent parce que l'université. C'est l'université quoi. Euh... donc, j'avais besoin d'un peu de souplesse de ce côté-là. Euh... et donc, je suis resté à domicile parce que c'était pratique. Voilà, de ce côté-là, et après, le libéral, pour l'instant, ce qui me plaît, c'est la liberté de pouvoir poser des vacances, des choses comme ça.

T : OK. Donc ça peut potentiellement répondre à la question ou du coup, c'est peut-être moi qui vais trop vite, mais du coup, c'est ça qui te plaît dans ta pratique aujourd'hui ? C'est de pouvoir te libérer du temps ?

A : Ouais, moi, je pense que, je trouve que le temps, c'est ce qui est le plus important. Et du coup, avoir cette possibilité de, d'adapter mon emploi du temps à ce que j'ai envie de faire,

c'est vraiment agréable pour moi. Typiquement, la semaine prochaine, il y a le congrès de la Société française de la santé publique à Saint-Étienne. Et du coup, je peux poser 2 jours pour y aller. Et faire ça, fin octobre, il y a un congrès à Bruxelles sur la santé LGBT et pareil, tu peux poser. Tu poses ta semaine du coup. Tu décales tes rendez-vous pour voir tes patients un petit peu quand même, mais t'as pas ce côté-là en salariat où t'es obligé d'aller négocier tes jours de congés. Justifier pourquoi tu veux aller à ce congrès-là. Qu'est-ce que ça peut apporter à ta pratique ? Donc, il y a ce côté très liberté que, pour l'instant, j'ai envie de garder.

T : OK. Pareil, tu réponds encore un peu en avance. Mais du coup, hormis celle que tu viens de citer. Est-ce que t'as déjà participé à des conférences et des congrès en lien avec ta pratique de masseur-kinésithérapeute ?

A : Euh... ouais. J'ai fait les CIFK congrès international francophone kinésithérapie, euh... il y a 2 ans... par là. Et après, euh... j'ai dû en faire d'autres.

T : OK. Est-ce que c'est des événements que tu as trouvés utiles dans ta pratique et comment ça t'a aidé à nourrir ta pratique professionnelle ?

A : Bah, moi, je trouve que c'est toujours important de continuer à se former. Euh... que ce soit sur des formations privées quelconques, comme j'ai pu en faire. Mais aussi, d'aller dans les congrès et les conférences, parce que du coup, c'est une autre approche. Les congrès, les conférences, c'est une approche beaucoup plus, en général, c'est plus universitaire et accès recherche que sur certaines formations qui sont plus pratiques. Du coup, ça permet aussi d'avoir un point de vue sur ce qui se fait, sur quels sont les axes de recherches qui sont les plus déployés à l'heure actuelle en France et dans le monde. Qui parfois colle avec la réalité de la pratique et qui parfois colle moins. Mais ça permet de se faire une idée de ce côté-là. Moi, j'ai bien aussi. C'est des temps où tu peux rencontrer plus de monde, où tu peux rencontrer des gens d'autres horizons. Dans les congrès, il y a aussi souvent des gens qui sont pas kinés, mais qui participent aussi à la recherche. Tu peux rencontrer d'autres professionnels de santé, d'autres corps de métiers. Par exemple, des sociologues, des philosophes... tout ça. Qui apportent du coup une nouvelle vision. Et l'intérêt des congrès, c'est qu'il y a toujours des temps pour échanger sur les temps officiels avec les gens. Pour moi, ça promeut la recherche et c'est important. Et comment ça a influencé ma pratique ? Moi, j'aime bien aller en congrès pour faire les trucs que j'ai l'impression me servent pas trop dans ma pratique, genre les luttes contre les discriminations, accès aux populations précaires. C'est des choses qui vont plus me chercher à me questionner sur euh... mon rôle en tant que citoyen et la place du professionnel de santé en France et quels rôles et quels enjeux on a. Plus que d'aller voir des conférences sur comment améliorer ma pratique avec tel patient qui a tel

problème. Moi, je préfère plus accès sur des thèmes santé publique, des choses comme ça. Ce qui rejoint le master que j'ai fait aussi.

T : Est-ce que t'as d'autres projets professionnels que tu aimerais un jour voir aboutir ?

A : Bah... Il y en a plusieurs. Moi, j'aimerais continuer à faire de la recherche justement sur la santé des personnes LGBT que j'ai pu faire avec mon master et mon DU. Du coup, je suis en train de réfléchir si je fais une thèse ou quelque chose comme ça. Euh... après euh... j'aimerais bien faire, réfléchir à comment faire pour avoir des consultations juste à destinations des personnes LGBT, justement accès sur les problématiques d'accès aux soins et des choses comme ça et répondre à des besoins qu'il y a. Et travailler avec des gens avec qui j'ai envie de travailler aussi du coup. De fait. Je sais pas trop quelle forme ça peut prendre. Et après, à court terme, comme je suis [REDACTED], l'idée, c'est de développer le réseau sur [REDACTED] pour avoir des rééducateurs bénévoles qui prendraient en charge du coup des patients sans papiers.

T : OK. Du coup, le sujet de tes recherches, c'était quoi sur les discriminations ?

A : Euh... J'ai écrit un article là qui est sorti dans Médecine, là, il y a pas longtemps, sur la [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]. Voilà, ça, c'était mon premier. Après, j'ai fait un autre travail d'études [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED].

T. OK. Maintenant, du coup, sur un point de vue de la kiné. Est-ce que dans ta pratique, tu rencontres des freins particuliers à l'exercice de ton métier ?

A : Euh... Oui. Il y en a plusieurs. Il y a un frein, il y a un frein d'accès démographique, parce que j'ai beaucoup de patients quand je les vois qui me disent que ça fait des semaines, voire des mois qu'ils cherchent des kinés à domicile et qu'ils en trouvent pas. Et du coup, il y a ce frein-là. Après, moi, en rapport avec les patients, il y a, comme j'ai une patientèle gériatrique, principalement, il y a un petit frein, euh... générationnel parfois. Où il y a des remarques qui ne sont pas toujours bien placées de la part des patients. Donc ça demande toujours un peu de réflexions en termes de communications. Et après euh... voilà, j'ai pas l'impression de rencontrer des difficultés particulières.

T : Sur euh... tu l'as un peu abordé tout à l'heure, sur la question du système de santé à l'heure actuelle en France. J'aimerais du coup avoir ton avis sur le système de santé en France en tant que professionnel ?

A : Euh... Je pense qu'il y avait du potentiel et euh... et, il est intéressant. Je pense que c'est un système qui est... en tout cas, qui est fondé sur des bases qui, que je trouve nécessaire qui euh... Sont sur l'égal accès aux soins, sur l'égal traitement des personnes, quelques chose comme ça, avec un format par cotisation qui est quand même assez intéressant. Qui permet certaines choses. Je pense que il aurait fallu aller plus loin et qu'il faut aller plus loin dans la part de, d'accessibilité aux soins avec, je pense que les mutuelles ont un peu trop de places et gagnent un peu trop de places à l'heure actuelle. Ce qui fait qu'il y a quand même beaucoup de gens qui ont des difficultés financières pour accéder aux soins, notamment les soins de spécialistes, médecines de spécialistes. Donc il y a beaucoup de choses. Après, il y a eu, euh, je sais pas quand, mais un moment où on s'est planté dans la régulation des professionnels de santé. Euh... parce que là notre système a été fondé en 45 et après la Seconde Guerre mondiale, donc ça fait il y a quand même 80 ans. Et on a pas assez de médecins généralistes, on a pas assez de médecins traitants. L'accès aux professionnels de santé est quand même assez compliqué quand tu discutes avec les patients. En termes à la fois géographique, financier et euh... temporel, quelque chose comme ça. Je sais pas à quel moment, et je sais pas comment on aurait pu faire mieux les choses, mais j'ai l'impression qu'à un moment, on a choisi de réguler les professionnels de santé. Ce qui en soi n'est pas forcément une mauvaise chose parce que, parce qu'il faut cadrer les choses comme on cadre les fonctionnaires. Mais en même temps, la façon dont on a cadré fait que maintenant, on a des déserts médicaux, on a pas assez de renouvellements en termes de professionnels de santé. Là la réforme de la PACES qui voulait introduire notamment plus de diversité dans les profils qui passent les concours qui je pense de ce côté-là sera intéressant. Fait qu'il y a plein de filières qui remplissent plus leur fac et notamment pharmacie. Qui avant ce système de PACES était un peu cruel ou les gens faisaient un concours et qui se disaient : bah, si j'ai rien, bah, j'ai rien et bon, je vais aller en pharmacie, parce que, au moins, j'aurais quelque chose. Ça faisait qu'on faisait des pharmaciens et pharmaciennes à la fin quand même. Et maintenant, il y a plus ce système-là, et du coup, bah, on va avoir une pénurie. Parce qu'il y a des facs où la moitié des places ne sont pas prises. Parce que les gens ont pas envie d'y aller. Et donc ça va créer des problèmes que euh... fin, je sais pas comment ça aurait pu être anticipé, mais peut-être que ça aurait pu l'être. Mais du coup, il y a ce problème d'accès aux soins, toujours qui est assez important. Mais après, c'est quand même un système qui est dans son organisation, a des bases qui peuvent quand même faire un truc intéressant. Après, je pense aussi qu'il faut qu'on travaille sur euh... La, l'interpro et comment on coordonne les soins entre les professionnels de santé

parce que la réalité montre que les médecins traitants, il y en a pas assez pour répondre à l'ensemble des besoins de la société, de la population. En tout cas géographiquement. Et en plus de ça, les médecins n'arrêtent pas de dire qu'ils n'ont pas assez de temps pour faire du soin de qualités. Euh... Et donc, il faut qu'on travaille sur : comment est-ce qu'on utilise au mieux l'ensemble des professions pour avoir des parcours qui sont adaptés, limités les tâches inutiles comme les certificats de non-contre-indications aux sports chez les jeunes ou des trucs comme ça. Je pense qu'il y a plein de choses qui peuvent se travailler, mais en fait, il faut qu'on arrive à sortir de ce côté paternaliste médical où le médecin est chef tout-puissant, et où c'est lui qui prend toutes les décisions. Ça évolue un petit peu parce qu'il y a des choses qui se mettent en place, mais, euh... Il faut qu'on aille plus loin et plus vite sur le développement des structures pros que ce soit le CPTS, les MSP, les équipes de soins primaires pour qu'il y ait un vrai travail libéral qui soit coordonné et que on est des tâches qui soient bien réparties et après, il y a un petit problème de financement, je trouve. Même si le système de cotisations est, pour moi, à mon sens, vachement intéressant parce que tu fais peser la charge du financement sur les gens qui peuvent, contrairement à l'impôt qui est pesé sur tout le monde. Ou alors faudrait réformer les impôts et qu'on taxe les riches, par exemple. Mais les cotisations, c'est quand même intéressant parce que ça met à contribution les gens qui travaillent, donc qui gagnent de l'argent, donc qui peuvent se permettre de financer. Et du coup ça peut permettre d'avoir un principe d'assistance aux personnes qui sont dépourvues de moyens et qui ont besoin de soins quand même. Mais... euh... j'ai un peu perdu le fil. Je parlais des cotisations. Euh... ah... oui, en termes de financement, je pense qu'il faut aussi repenser tout ce qui est financement comme ça l'est à l'heure actuelle, en termes de tarification à l'acte ou à l'activité, parce que, parce qu'en fait, on voit dans la pratique que c'est pas forcément adaptée. Bah, nous, dans notre NGAP, on a, je sais plus, une trentaine de codes différents. Il y en a plein qui servent pas à grand-chose. Et avec l'avenant 7, on va se trouver avec genre 70/80. Fin, un truc aberrant de gens qui sont pas sur le terrain et qui se rendent pas compte que ça sert à rien d'avoir des cotations à un point différent pour des choses qui sont tellement soit anecdotiques, soit pas nécessaires en tout cas. Et en fait, le fait d'avoir des tarifications à l'activité, ça pousse à la fois les gens qui veulent faire de l'argent à surconsommer des séances. Donc au mieux, ça fait qu'on a des professionnels de santé qui vont beaucoup travailler et potentiellement se tuer à la tâche. Et au pire, ça veut dire qu'on va avoir des professionnels de santé qui vont bâcler les soins, prendre plein de personnes à la fois, comme ça se voit parfois en kiné pour faire du chiffre. Parce que on est dans une logique de, plus tu vois de monde, plus tu gagnes de l'argent. Et comme on est un peu dans un pays capitaliste, bah plus t'as d'argents et plus t'as de réussites sociales et plus de... entre guillemets dans la vie, c'est plus facile de vivre avec 30 000 € qu'avec 500 € par mois. Et surtout, la tarification à l'activité, elle permet pas du tout, en tout cas, en kiné, de mener des

projets de santé publique, de faire de la prévention, d'aller faire de la sensibilisation, de prendre des temps longs avec des groupes de patients ou même avec des patients en séance unique, de faire des séances d'une heure, c'est pas rentable. Alors qu'il y a des patients qui en ont besoin. Qu'il y a des patients avec lesquels il faut qu'on fasse de l'éducation. Et en fait, ça, notre système de financement des professionnels de santé, nous permet pas de faire ça. Donc, je pense qu'il faut qu'on évolue et qu'on développe notamment des structures et notamment euh... bah, c'est le cas là avec les centres de santés sexuelles d'approche communautaire ou c'est des structures qui sont en partie financées par une tarification à l'activité, mais aussi par une enveloppe globale comme on avait avant la T2A. Qui permet du coup de financer des projets différents, diverses variables, d'une structure à l'autre et adaptés aux besoins des populations locales. Chose qu'on ne peut pas faire à l'heure actuelle. Voilà. Donc, je pense qu'on a un système de santé qui a des bases solides, qui commence un peu à tirer sur la corde et s'effriter sur les côtés, mais qu'on peut encore faire en sorte que ça redevienne un modèle exemplaire dans le monde par rapport aux autres systèmes de santé. Et surtout, qu'on peut encore faire en sorte qu'il soit encore plus accessible, encore plus équitable envers les patients.

T : OK. Euh... Du coup, c'est pas dans mon guide de base, mais l'accès direct, tu penses que ça peut être une solution ou pas ?

A : Je pense que l'accès direct, ça pourrait être une vraie solution. Euh... on peut... on a un peu du mal à extrapoler. Comme ça se fait dans, fin, c'est fait d'en d'autres pays, mais c'est difficile d'extrapoler parce que c'est pas les mêmes contextes socio-économiques, politiques et euh... C'est pas les mêmes systèmes de santé. Mais en tout cas, quand c'est fait dans les autres pays, ça montre qu'il y a pas... Si on prend un pays avant et après l'accès direct, il y a pas de pertes de chance pour les patients et ça, et du coup de fait, ça libère du temps médical. Et donc, ça peut entraîner, ça peut être une réponse intéressante. Euh... ça nécessite quand même certains cadrages, notamment en termes de formation. Parce que la formation de kiné en France a quand même beaucoup évolué ces dernières années et on a des gens qui pratiquent encore, qui sont quand même loin des recommandations actuelles. Donc, pour la sécurité du patient, il y a quand même besoin de poser des bases et de s'assurer que tout le monde est capable de le faire. Chose que je ne suis pas sûr. Que tout le monde le soit. Mais je pense que ouais, ça peut être un vrai atout pour répondre à un besoin sur des... surtout, sur des pathologies classiques, soit mal de dos, entorse de cheville, toutes les pathologies... toutes les pathologies, en fait. L'intérêt de l'accès direct, c'est que les gens qui pensent qu'ils ont un problème qui sera soigné par le kiné puissent aller voir un kiné. Et que le kiné puisse identifier si ça relève de ses compétences ou pas. L'idée, elle est pas, c'est ce que les médecins n'arrêtent pas de nous reprocher : « Oui, mais le diagnostic médical, c'est forcément

un médecin qui doit le faire. » En fait, l'accès direct, c'est pas la capacité à poser des diagnostics. C'est la capacité à identifier si la personne relève du champ de la kinésithérapie ou si elle a besoin de voir un médecin. Et du coup, ça répondrait vraiment à un besoin parce qu'il y a plein de gens qui vont voir le médecin en disant : « bah, j'ai mal là, euh... j'ai déjà eu mal là... je sais ce qu'il faut que je fasse. Et en fait, je suis obligé de venir vous voir pour que vous me fassiez une ordonnance pour que j'aille voir la personne qui doit me prendre en charge. » Et ça, on pourrait tendre sur plein d'autres choses... Sur les arrêts de travail courts, les gens qui ont la gastro, on sait que naturellement, c'est une maladie qui évolue vite et qui se soigne naturellement vite. Mais on sait aussi que sur un ou deux jours, tu peux être en incapacité d'aller travailler. Et le fait de devoir prendre rendez-vous chez le médecin. Et si ça se trouve, t'auras rendez-vous une semaine après. Sauf qu'une semaine après, tu seras plus malade. Donc ça veut dire que potentiellement, tu vas devoir aller au travail, vu que t'as pas d'arrêt de travail. Donc, tu vas potentiellement contaminer des gens. Ce qui est complètement stupide puisque d'autres gens vont être malades. Alors que si on avait des arrêts de travail déclaratifs courts. Bah, on libérera du temps pour des médecins qui ont des créneaux urgences pour pas avoir à recevoir ses gens là. Ça, ou alors les parents qui sont obligés d'aller voir le médecin en disant : bah, mon enfant est malade. Je sais ce qu'il faut faire pour le soigner, mais en fait, je peux pas le laisser seul, donc j'ai besoin d'un arrêt de travail. Fin voilà, ça peut répondre à tout ça. Et donc, oui, l'accès direct, ça peut être une des solutions pour libérer du temps, parce que la problématique à l'heure actuelle, c'est que on a... les patients ont une difficulté à entrer dans le système de soins. En général, une fois que t'es dedans, t'es pas trop dans l'urgence, ça va. Tu peux finir par te retrouver à aller voir qui tu veux. Ce qui est difficile, c'est de rentrer dans le système de santé parce que la seule, la porte principale, c'est les médecins généralistes et qu'il y en a pas pour tout le monde. Et donc d'ouvrir des portes différentes, comme il y a une porte « dentiste », « sage-femme », on pourrait avoir une porte kiné pour répondre à ses questions et donc ça libère du temps. Ça permet de soigner les gens plus vite.

T : OK. En ce qui concerne la kiné, quel est ton point de vue sur ton métier ?

A : Je pense que c'est un métier qui est hyper intéressant. À la fois parce qu'il est très divers dans la façon dont on peut le pratiquer et dans la façon dont et avec qui on va le pratiquer. Et on a l'avantage de pouvoir travailler dans plein de structures différentes avec plein de types de patients différents avec plein de pathologies différentes. Et il y a ce côté-là que je trouve très intéressant qu'on trouve pas avec d'autres métiers qui sont ultra-spécialisés. Donc ce côté qui est très intéressant. Et après, moi, je trouve qu'il a un côté très humain que j'aime beaucoup. Le fait qu'il y a beaucoup de patients qu'on voit régulièrement, qu'on suit sur le long court. Ça permet d'avoir des relations qui sont quand même plus humaines au travail que des

formes d'abattages où tu vois le patient qu'une fois par an. Quand tu le vois une fois par an. Ou tu traites un peu à la chaîne, sur des trucs un peu bâcler. Et après, je sais plus qui m'avait dit ça, mais c'était une phrase qui est intéressante, mais c'était que « les médecins sauvent des vies, et les kinés la rendent supportable derrière ». Dans le sens où, on est quand même un métier où le but principal de notre vie c'est de faire en sorte que les gens aillent mieux. On va pas guérir des gens... fin, si on va guérir des gens, mais on va pas sauver des vies, mais par contre, on va faire en sorte que les gens qu'on voit puissent vivre au mieux leur vie et ça je trouve ça hyper intéressant parce que ouais, c'est cool le chir qui t'a opéré d'une fracture, mais si derrière t'as un os solide, mais que tu peux pas marcher bah, c'est quand même pas très intéressant quoi. Donc c'est cool merci le chirurgien, mais il y a besoin de faire autre chose derrière et c'est là où notre métier est vraiment intéressant parce que t'as ce rapport-là où vraiment t'accompagnes les gens dans une nouvelle forme de vie qui normalement est un peu meilleur. Dont l'objectif est d'aller un peu meilleur. Donc voilà.

T : OK. Et du coup, tu y as un peu répondu, je pense juste avant, mais qu'est-ce que tu penses de la place de la kiné dans le système de santé ?

A : Moi, je pense qu'on est un peu sous-exploité. Que nos compétences pourraient être plus développées. Notamment l'accès direct, par exemple. Mais même en termes de prévention ou d'actes de sensibilisation. Comme en fait, on a aucun système pour être rémunéré pour faire ça. Beh, il y a très peu de gens qui le font. Mais on sait que l'activité physique, c'est primordial, que c'est une des meilleures façons d'à la fois guérir et prévenir l'apparition des troubles dans la population. C'est à la fois prévenir les troubles musculo-squelettiques, mais c'est aussi neuro-protecteur, une amélioration cardio-respiratoire, fin, ça marche avec tout le monde, mais en fait, on peine. Il y a 2-3 personnes vraiment motivées qui lancent des projets, qui vont chercher des financements, qui essayent de monter des trucs. Mais je pense qu'on pourrait aller plus loin d'un point de vue général pour justement aller exploiter ces compétences-là qui, de fait, sont actuellement occupées par les enseignants d'activités physiques adaptées. Et les coachs sportifs qui prennent ce créneau-là. Et je pense que c'est dommage qu'on suive pas ce créneau, parce que ça pourrait être une offre complémentaire dans le sens où les coachs sportifs sont à destination des gens sains. Donc, c'est hyper intéressant qu'ils continuent à faire de la prévention, de la sensibilisation à l'activité physique auprès des personnes saines pour éviter l'apparition de troubles. L'APA, c'est vraiment à destination des gens qui ont besoin d'une activité adaptée et donc qui s'adaptent notamment aux pathologies semi-graves, on va dire. Et la kiné, on pourrait du coup finir le truc et faire notamment auprès des personnes les plus malades et en complémentarité des APA et des coachs sportifs sur le reste de la population. Chose qu'on fait pas parce que financièrement, bah, t'as pas le temps quand t'es

en libéral et en salariat, bah, c'est pas dans la fiche de poste. Donc, le métier est intéressant, mais sous-exploité, je pense, en France.

T : OK. Si tu devais définir le métier de kiné avec tes propres mots ?

A : Le définir pour ?

T : La définition que toi, tu aimerais donner au métier de masseur-kiné.

A : Euh... je dirai que c'est un professionnel de santé qui a la compétence... pour accompagner les personnes au travers du mouvement dans le... le... dans le fait d'améliorer la qualité de vie des gens. Je dirais un truc comme ça, ouais. Travailler par le mouvement pour améliorer la qualité de vie des gens.

T : Très bien. D'après toi, quelles sont les valeurs importantes de ta pratique ?

A : Euh... La première, c'est l'accueil inconditionnel et non discriminant. Fin, inconditionnel dans le sens où toutes origines, tout milieu financier, toutes identités. Et non discriminant, ça rejoint un peu ça. Et après, il y a une partie d'écoute et d'empathie qui, à mon sens, est nécessaire, d'autant plus à domicile où il y a des gens qui sont très isolés et une grande partie de leur problème vient du fait qu'il soit isolé. Et juste le fait de parler, de les écouter, on apprend beaucoup de choses sur les gens. Et notamment sur leurs difficultés dans la vie quotidienne. Et par rapport à leurs qualités de vie. Écouter. Après l'empathie, c'est nécessaire parce que, parce qu'on est des gens qui travaillent dans le soin et que à un moment donné, si t'es pas un minimum empathique avec les gens, je sais pas pourquoi t'es professionnel de santé. Euh... écoute, empathie, non-discrimination, accueil et après partage. Je pense que les patients, ils ont beaucoup, beaucoup de choses à nous apprendre. À la fois de leur vécu de la maladie, mais aussi de leur perception de notre métier et aussi du système de santé et donc je pense que c'est un partage. Moi, mes séances, fin, mes prises en charge, c'est beaucoup dans le partage. Moi, j'apporte des connaissances théoriques et techniques, mais il faut que ça s'adapte à ce que eux, ils ont aussi à apporter dans leur vécu de la maladie, de leurs objectifs et de leur compréhension des choses. Et du coup, ça dépend, pour une même problématique, ça va pas du tout être la même chose d'un patient à l'autre. Et d'un lieu de soins à l'autre. Alors ouais, le partage, c'est important pour pouvoir bien prendre en charge les patients. Qu'ils se sentent à l'aise de partager leur vie avec nous quoi.

T : OK. Est-ce qu'il y a des choses qui te plaisent plus que d'autres et qui te déplaisent dans le métier de kiné ?

A : Ce qui me plaît, surtout, c'est le large éventail de choses qu'on peut faire. Je l'avais dit, tous types de pathologies, tous types de patients. Tous types de formes d'exercices : libéral,

salarié, mais aussi, bah, on peut mener des projets de prévention. Un petit peu quand même. On va y croire. Donc, moi, ce qui me plaît vraiment, c'est cette idée de pouvoir faire un peu tout. Parce que j'ai tendance à me lasser un peu vite. Et donc, l'idée de me dire que je n'ai pas un métier qui m'enferme pendant 30 ans dans la même chose. C'est assez rassurant. Donc là, je fais du domicile avec beaucoup de gériatries. Je sais que plus tard, je peux très bien aller faire du salariat et faire que de la respi ou aller dans un cabinet et faire plus de musculo-squelettique et des choses comme ça. Et après, ce qui me plaît moins, c'est, je pense, que c'est toute la partie administrative. Ça me gave d'une force... c'est pour ça que je travaille avec [REDACTED] parce qu'il gère mon emploi du temps et la prise de rendez-vous, donc ça me soulage. Mais, on en vient un peu à cette idée de financement, mais en fait dans la réalité, on est payé quand on est avec les patients et si tu veux faire du bon travail bah t'es pas payé sur la partie, déjà t'es pas payé sur la partie que tu passes devant ton ordinateur à scanner les ordonnances, à rentrer les cotations, à chercher dans la NGAP quelle cotation est la meilleure, fin, est celle adaptée en fonction du truc. Ça encore que techniquement, tu peux le faire sur le temps de la séance, mais c'est du temps de perdu pour le patient en soi. Mais surtout qu'administrativement, si tu veux faire des courriers aux médecins pour échanger, si tu veux envoyer ton bilan, fin, tu dois envoyer ton bilan, bah t'es pas payé. Donc, tu fais ça sur ton temps libre. Euh... tu fais ça le soir en rentrant, quand tu as du temps sur les week-ends, des choses comme ça. Il y a toute cette partie-là qui me gave. L'idée de devoir prendre sur mon temps libre pour pouvoir faire mon travail parce que ça a pas été pensé que si tu veux faire les choses, t'es obligé de faire, soit prendre du temps sur les patients, donc les faire en séances. Ce que j'ai pas envie de faire parce que les patients ont besoin de soins. Du coup, t'es obligé de faire ça sur ton temps libre, quoi.

T : OK. Alors, du coup, comme tu l'as déjà dit, tu as une patientèle principalement gériatrique actuellement, et du coup les patients trouvent ton contact par l'intermédiaire de l'association ? De [REDACTED] ?

A : Bah, ce qui se passe. C'est quand les patients ont besoin de soins à domicile et qu'ils ont le contact de [REDACTED]. Soit, ils appellent, soit, ils vont sur internet pour prendre rendez-vous. Et du coup, ils ont rendez-vous avec l'un des kinés du réseau. Ce n'est pas forcément moi, ça dépend en fonction des tournées, pour que ce soit optimisé, pour pas qu'on fasse des allers-retours ou qu'on perde des heures dans les trajets. Parce que c'est pareil. Dans les trajets, t'es pas... enfin, si t'es rémunéré, mais euh... bon, ça va quand tu fais du domicile à vélo et que t'es payé 4 euros ton trajet. Ça va, on va pas se plaindre. Mais, en fait, si tu passes la moitié de tes journées à aller d'un patient à l'autre, c'est du temps de séances que tu fais pas quoi. Tu vois, si t'as 10 min entre chaque patient, et bah, tu perds 10 min à chaque fois. Mais si tu les mets bout à bout. Ça veut dire qu'au bout de 3 patients, bah, t'as perdu le temps d'une

séance, quoi. Donc, si tu as des tournées optimisées, tu peux voir plus de monde. Et après, les gens, ils ont accès à [REDACTED] soit, en général, c'est par les professionnels de santé. On a présenté le réseau aux établissements de santé. Notamment, les hôpitaux qui font les sorties post-hospit. Et les médecins généralistes, pharmacies et cabinets d'inf., et tous les aide-soignants/aides-soignantes aussi. Donc l'idée, c'est que le numéro tourne, notamment par les professionnels de santé, parce que bah, on le voit. Moi, je le vois en séance. Les patients, quand ils ont un problème et qu'ils savent à peu près vers qui, ils vont toujours demander aux autres professionnels de santé qu'ils voient si on connaît. Et donc, bah, en général, ils sont quand même souvent suivis par des infirmiers, donc ils vont, fin, des cabinets d'infirmeries. Et donc, ils vont poser la question : « Bah, vous connaissiez pas un kiné ? », etc. Et moi, je le vois aussi en séance. On me demande : « Vous connaissiez pas des ergothérapeutes ? Vous connaissez des rhumatos ? Vous connaissez des chirs dans le coin et tout ? » Cette idée-là, on crée un réseau inter-pro pour que les patients aient accès aux informations. Et c'est un peu ce que [REDACTED] fait aussi.

T : OK. Comment est-ce que tu qualifierais l'état d'esprit et l'état émotionnel de tes patients la première fois que tu les vois ?

A : Il y en a beaucoup qui sont désespérés. Mouais... en tout cas, qui sont beaucoup dans la demande de solutions. Et qui, à la fois, sont très contents et reconnaissants. Parce qu'il y en a beaucoup qui cherchent depuis longtemps et donc quand il y a un kiné à domicile qui vient. Eh beh, ça leur fait quand même très plaisir de voir qu'ils ont quelqu'un... enfin. Mais, en même temps, bah, la pratique à domicile, techniquement, c'est des gens qui sont trop malades pour sortir de chez eux qu'on voit. Donc majoritairement géria ou polyhandicap ou handicaps lourds. Et du coup, c'est des gens qui sont très, très seuls, qui en général ont des vies très isolées. Dans beaucoup, beaucoup de cas, c'est des gens qui n'ont des contacts avec l'extérieur qu'à travers des professionnels de santé. Et du coup, il y a ce côté-là qui est très solitaire des gens que je rencontre dans leur état d'esprit. Ou il y en a qui sont très seuls et qui sont vraiment en rupture sociale qui fait que, du coup, les prises en charge, il y a quand même beaucoup de temps où tu parles et t'écoutes. Ça fait déjà beaucoup dans le soin pour ces personnes-là. Donc, il y a, à la fois... il y a les deux côtés... Il y a les gens qui sont très reconnaissants qu'ils aient enfin quelqu'un, et en même temps des gens qui sont désespérés, seuls et tristes et qui... Il y en a aussi beaucoup qui ont un peu perdu espoir, notamment dans les douleurs chroniques, où ça fait 12 ans qu'on les promène de professionnels en professionnels et qu'ils ont pas forcément l'impression de trouver des solutions et qui sont là, bah, en fait, quelqu'un en plus, qui n'ont pas forcément d'attentes. Ouais, qui ont ce côté un peu perte de confiance dans le système de santé qui a pas su les accompagner et trouver des solutions à leur problème, quoi.

T : OK. En général, du coup, toi, quel type d'information tu connais sur les patients en dehors de l'aspect médical ? Par exemple, lors de l'anamnèse, quelles sont les informations primordiales que toi tu as besoin de savoir et comment tu t'y prends pour poser les questions ? Fin, que tu as besoin de savoir ou qui va t'intéresser dans ta prise en soin ?

A : Alors, moi, une de mes questions... en dehors des informations médicales, c'est ça ?

T : Ouais.

A : Ma question priorité, c'est sur les activités de la vie quotidienne. Comment ça se déroule eux ? Beh, du coup, je leur pose la question. Je leur demande dans les activités de la vie de tous les jours, comment ça va ? Et je laisse parler et après, je vais creuser en détail sur tout ce qui est : s'habiller, se laver, manger. Pour moi, c'est les trucs prioritaires. C'est les besoins de bases des gens. Et chercher à identifier comment ils arrivent à faire ça. Peu importe la pathologie. Et surtout comment est-ce qu'ils arrivent à les faire et s'ils ont de l'aide, extérieur. Ce qui va m'intéresser, comme je l'ai dit, c'est souvent des personnes isolées, donc c'est aller chercher, justement, à quel point ils sont isolés. Pour savoir avec qui ils vivent donc je vais poser la question : est-ce que vous vivez avec quelqu'un ? J'ai arrêté... Je pense qu'au début de ma pratique, peut-être que je demandais naïvement : est-ce que vous vivez avec votre femme ou votre mari ? Et avec le temps, j'ai arrêté. Déjà parce qu'il n'y a pas que des couples hétéros. Déjà. Et surtout parce qu'il y a, des fois, des gens qui vivent avec des enfants, qui vivent avec des amis, des choses comme ça. Donc maintenant, je pose la question : est-ce que vous vivez avec quelqu'un ? Et... après, je pose la question : est-ce que vous avez des aides ? Et je demande soit s'ils ont des aides, disons payantes, notamment des aides pour le ménage, pour aller faire les courses, tout ça. Ou alors s'ils ont des voisins ou de la famille qui sont proches et qui les aident et à quel point ils les aident ? Quand il y a la famille, j'aime bien savoir où est-ce que les, la famille habite. Parce que si c'est des gens qui habitent dans la même ville, c'est pas la même chose que s'ils habitent loin, en termes de relationnel, de rupture à l'isolement et en termes de... d'accompagnement dans les soins. Parce que ça m'arrive parfois d'appeler la famille pour identifier des problèmes, pour discuter de certaines choses, de certaines adaptations du domicile. Donc, c'est quand même plus facile si on peut convenir d'un jour, par exemple, où les enfants viennent au domicile pendant le temps de la séance et on peut réfléchir ensemble. S'ils sont loin, bah, c'est vite compliqué, quoi. Et aussi, si ils ont des aides proches. C'est plus facile de gérer les gestions de crises. Notamment les chutes. S'il y a des gens qui passent régulièrement. Soit des aides payantes. Soit la famille. C'est plus facile pour accompagner les patients chuteurs que si la famille habite à l'autre bout de la France. Donc, moi, je passe beaucoup de temps à savoir à quel point la personne est isolée et comment trouver des solutions pour qu'on gère ce côté-là. Après, je leur pose la question

aussi sur leur croyance. Qui rejoint un peu la question médicale, mais, en gros, je leur demande : qu'est-ce qu'ils attendent du kiné ? Pourquoi est-ce qu'ils pensent qu'ils ont mal là ? Parce que ça va me permettre de lutter contre leurs croyances. Fin de travail avec leurs croyances sur le... notamment sur la perception de la douleur. Ça. Et on travaille sur ça. Euh.... Qu'est-ce que je pose d'autres comme questions ?... Sur le sommeil aussi. Fin, je pose beaucoup de questions sur le sommeil. Parce que ça influence beaucoup, à la fois les pathologies, mais à la fois les prises charges. Et à la fois, c'est un moyen d'identifier des red-flags aussi. Mais, du coup, travailler avec eux. Donc là, la question que je pose, c'est : Comment est-ce que vous dormez ? Il y en a qui me répondent très pragmatique, bah, sur le côté, mais ça m'intéresse aussi parce que par exemple, j'avais une patiente, fin, j'ai une patiente qui a des problèmes d'épaules... à gauche. Et on parlait de ça et elle me dit : "bah j'aime pas dormir sur le dos, mais je peux pas dormir à gauche parce que ça me fait mal à l'épaule. Donc en fait, je dors à droite. Mais au bout d'un moment, ça me fait mal à droite." Et du coup, ça a été un de nos critères dans la rééducation de se dire : bah, j'arrive à dormir X heures sur mon côté gauche. Et du coup, plus la personne elle dort, plus elle a un sommeil réparateur. Et plus ça va améliorer sa qualité de vie. Donc, on travaille beaucoup sur le sommeil. Donc les gens qui me répondent pragmatiquement ça. Ou alors, il y a des gens qui me répondent : bah, je dors bien ou je dors mal. Sur le nombre de réveils nocturnes aussi. Notamment les patients chuteurs. Bah ça demande des adaptations à domicile s'ils se lèvent 10 fois la nuit. Bah, il faut s'assurer que par exemple mettre des... Leds dans les couloirs, s'assurer qu'ils ont un accès aux toilettes, facile. Ça demande des choses qui sont pas forcément en lien avec la pathologie, mais sur lesquelles je travaille. Donc sur le sommeil, sur l'isolement. Je pose beaucoup de questions sur leurs hobbies et leurs activités. Et là, je leur demande comment ils occupent leurs journées ? Savoir ce qu'ils font pour identifier à la fois... parce qu'en fait, je travaille à la fois dans l'autonomisation des patients. L'idée, c'est que j'ai envie qu'ils aient des exercices à faire parce que quand je les vois une heure par semaine donc deux fois 30 min en général. Bah, sur 7 fois 24h, ça fait quand même pas beaucoup quoi. Et l'idée, c'est que c'est des gens qui ont besoin de bouger aussi quoi. Et donc, identifier le planning de leur journée, ça permet d'identifier des temps où ils peuvent faire leurs exercices. Ça permet aussi d'identifier en fonction soit de leur ancien métier, soit des activités qu'ils faisaient avant. Ça permet d'identifier deux choses. Quand je cherche ça, c'est à la fois pour savoir s'ils ont arrêté les activités à cause de leur problème de santé et parce que ça peut être un objectif de se dire bah à cause de ma fracture et ma prothèse de hanche, j'ai arrêté... Bah... typiquement, j'ai une patiente en ce moment, tendinopathie, douleurs chroniques hanche gauche, qui a arrêté d'aller à la gym douce avec ses copines à la maison des aînées parce qu'elle a mal. Identifier ça, ça permet d'avoir des axes de travail. Et ça permet aussi d'axer ce qu'on va faire en séance pour à la fois répondre à ce qu'ils aiment faire et que ce

soit un peu moins pénible. Par exemple, j'ai une patiente qui adore la natation et du coup, on fait plein d'exercices en lien avec la natation, la nage. Même juste si c'est des exercices classiques. C'est dans la façon de formuler le contenu de la séance qui va varier. Par exemple, avec elle, il y a plein d'exercices que je fais avec d'autres patients, mais avec elle, je lui dis maintenant, vous allez me faire 3 allers-retours en crawl. Et elle, ça lui fait plaisir parce qu'elle a l'impression de retrouver un peu ses activités. Donc le sommeil, les activités, l'isolement... et après à force de discuter, on parle beaucoup aussi de santé mentale et de comment ils se sentent aussi dans leurs vies de tous les jours. C'est un peu un échange global par rapport à l'isolement, par rapport à la famille, aux problèmes de santé. Pendant un temps, je faisais des échelles de santé mentale. Et j'ai arrêté parce que ça me prenait du temps. Et que ce côté questionnaire où on est là, face à face, et je pose juste des questions bêtes et il faut cocher des cases. Je trouvais ça trop impersonnel et je préfère glisser les questions au cours de la... de l'échange. C'est un peu moins solide scientifiquement, mais c'est un rapport humain qui est plus intéressant, je trouve.

T : OK. Euh... du coup, comment est-ce que tu qualifierais cette relation que tu entretiens avec tes patients pendant leur rééducation ?

A : Euh... Bonne, j'espère... (rires)... Mais euh... hum... je sais pas. C'est à la fois une relation que je veux professionnelle parce que j'ai pas envie d'être leur ami. Euh... parce que c'est pour moi, c'est aussi être au travail... et euh... du coup, euh... ça doit rester sur des temps de travail. Euh... dans le sens où bien passé, passé 18 h, je ne répondrai pas au téléphone. Euh... le week-end, je ne répondrai pas au téléphone ni aux messages et ça attendra. Si y a une urgence, euh, on en a discuté avant et si y a une urgence, ils savent que c'est le 15 ou le médecin ou la famille et que de toute façon, je n'vais pas gérer les urgences. Euh donc euh... une relation professionnelle, mais, mais en même temps comme c'est des gens que je vois deux fois par semaine y a de fait cette relation, y a une relation un peu plus... amicale qui se crée aussi où l'idée c'est quand même que bah... qu'on passe du bon temps en séance quoi parce qu'à domicile bah t'es face à la personne et en général y a que elle et toi, donc, euh, si, si vous vous appréciez pas, c'est long quoi. Donc, euh, j'essaye de faire ça, euh, y a des patients, enfin, y a des personnes avec qui c'est plus facile que d'autres, y a des gens avec qui ça accroche plus, mais, euh, comme dans toute relation humaine.

T : OK. Et du coup, euh... est-ce que c'est facile d'entrer en relation de confiance avec ses patients ?

A : Nan (un peu direct). Je pense pas parce que euh... fin, c'est un peu quitte ou double, je pense qu'il y a des gens avec qui c'est trop facile et qui vont avoir trop vite confiance en nous et euh, y a ce côté-là que euh, qui m'exaspère un peu où parfois, on est un peu placé sur un

piédestal. Où on va dire : "wahou le kiné, il va sauver ma vie et ça va être incroyable." Et ça marche avec les autres professionnels de santé aussi et, et je pense qu'il faut relativiser la place qu'on joue dans la vie des gens. Parce que, encore une fois, bah, même si tu les vois deux fois par semaine, ça fait une heure, une heure sur une semaine, c'est négligeable dans une vie. C'est important, mais c'est pas non plus, c'est clairement pas majoritaire. Euh, donc, moi, les gens qui ont trop confiance, bah, je pense pas que ce soit une relation de confiance parce que j'ai envie qu'il y ait aussi de l'échange, qu'il y ait de la discussion, qu'il y ait de, du partage. Et les gens qui vont croire aveuglément ce que dit euh le kiné, ils vont moins partager, j'ai l'impression. Parce qu'ils vont s'dire : c'est bon, il sait tout. Et même si ça correspond pas, euh, vraiment à leur vie, bah, euh, des fois, ils vont pas oser le dire. Et à côté de ça, on a des gens qui sont, euh, tellement soit en errance, soit en désespérance que c'est assez difficile de leur f... rendre... de... de créer une relation de confiance. D'autant plus, dans la kiné où on n'a pas des... on a rarement des... des résultats miracles. Et euh, c'est souvent long et du coup bah... ça peut être, c'est ass... je trouve qu'avec les patients, c'est... y en a beaucoup qui ont du mal euh... à... enfin, c'est assez difficile d'avoir une relation de confiance quand tu dois leur dire euh : « promis, vous aurez des résultats, mais pas avant euh, 6 mois 1 an ». Et alors que c'est des gens qui souffrent et qui ont envie de gens qui leur disent euh : « Bah, v'nez m'voir et dans deux séances, vous aurez plus mal ». Donc, j'trouve que c'est assez difficile puis en plus, même une fois qu'elle est faite, il faut l'entretenir et euh... et ça demande du travail et donc, c'est euh, jamais, euh, jamais facile une relation de confiance.

T : Du coup, est-ce que toi, tu as une technique à toi, de tes trois années d'expérience qui vont te permettre de... d'acquérir cette relation de confiance qui va te permettre de mener à bien les séances ?

A : Euh... Moi, j'ai envie de croire que je passe beaucoup de, fin, bein, oui... J'ai envie de croire que je passe beaucoup de temps à les écouter et que du coup, ça aide à créer une relation parce que les gens, ils sont... j'ai envie de leur offrir un espace où ils peuvent parler et euh, et du coup, euh, j'me dis que s'ils se sentent à l'aise de parler sans être interrompu et bah, ils auront plus confiance en moi parce que ils vont se dire que : « lui, il m'écoute vraiment » et c'est ce que je fais.

T : OK. Et du coup, est-ce que ça... est-ce que ça marche à tous les coups, ou est-ce qu'il y a quand même des patients qui sont plus réfractaires avec ça et dans ces cas-là euh, pour ces patients avec qui ça pourrait ne pas marcher... qu'est-ce qui d'après toi, les freinerait à ce que cette relation de confiance se mette en place ?

A : Euh... bah y a des gens qui aiment pas parler, donc, euh, tout de suite, bah, ça va pas matcher de ce côté-là euh... et du coup... y a deux soluss, enfin, deux solutions, deux

solutions, je sais pas, mais... je sais que moi ça m'arrive de leur dire : bah si ensemble ça fonctionne pas, on peut trouver quelqu'un d'autre. Et je préfère largement que les patients aillent voir un autre kiné avec qui ça collera peut-être plus plutôt qu'on s'engluie dans une relation où on n'arrive pas à se parler, où on se comprend pas et... les rapports humains fonctionnent pas. Ou parfois j'ai pas la compétence aussi pour être le mieux placé pour les aider et au bout d'un moment quand tu vois que ça fait euh 7 mois que tu les suis et qu'y a zéro progrès sur des pathologies où théoriquement y a du progrès possible bah y faut aussi se dire que peut-être ça fonctionne pas et qu'il faut aller voir un autre kiné. Euh, et donc, j pense que ça, c'est mon autre solution quand vraiment ça colle pas avec des patients et qu'on arrive pas à créer de l'échange. Voilà.

T : Hum, donc, bah, du coup, bah, c'est... ma question, on en a déjà un peu parlé tal'heure, mais j pense que peut-être, tu auras quelque chose d'autre à rajouter. Quand tu vois les patients en séance, du coup, est-ce que tu penses qu'ils ont des attentes précises envers toi ? euh... d'un point de vue kiné ?

A : Euh, bah, je pose toujours la question, je leur pose toujours la question, ah... En fait, je commence mes bilans... enfin, je me présente et ma première question, c'est : « Racontez-moi ce qui vous arrive », et là, je les laisse parler. Et euh, et des fois, y a des informations sur : qu'est-ce qui s'attendent de la kiné. Euh, et après, je pose toujours les questions « qu'est-ce que vous attendez de moi ? » ce qui ouvre la porte à pleins de réponses possibles, et « est-ce que vous avez déjà fait de la kiné ? » pour voir aussi ce qu'ils connaissent du métier, euh, si ils ont déjà eu un aperçu, si, si, si ils ont des idées préconçues des choses comme ça, c'est intéressant. Euh, oui, je leur demande toujours ce qu'ils attendent de moi.

T : Hum. Ah bah, j'avais oublié cette question-là... qu'est-ce que... qu'est-ce que t'as à cœur de véhiculer comme image auprès de tes patients.

A : Moi, j'ai envie que en sortant de nos séances, ils se disent : on a les professionnels de santé qui sont là pour moi. Et euh, qui, du coup, qui ont écouté mes problèmes, qui ont écouté ma plainte, qui cherchent des solutions pour moi. Moi, c'est ce que j'ai envie, qui, euh, enfin, que, qu'on quitte les... que chaque séance se termine où la personne, elle a toujours cette idée en tête que : y vient pour m'aider vraiment et pas juste y vient pour travailler.

T : OK. Et du coup, y avait une question, mais j'ai pas besoin de la poser parce que j'ai compris que l'écoute était primordiale dans ton travail. Hum, et du coup, y a quand même euh une question, c'est, euh, quelle part, en pourcentage, tu donnerais à la composante psychologique du soin versus la composante corporelle/somesthésique ?

A : Pffff... je pense qu'elle est au moins aussi importante euh... notamment quand tu commences à t'intéresser à la douleur chronique, tu vois très bien que le côté biologique, c'est euh, n'a pas réponse à tout... et au contraire n'a plutôt réponse à rien. Euh... et euh... et d'autant plus dans ma pratique où j'ai quand même beaucoup de gens qui sont... ouais, très seuls... qu'y ont soit des vrais syndromes dépressifs qui ont été diagnostiqués, soit des attitudes mélancoliques/dépressives. Bah, euh, en gros, euh, le psychologique, il est important, le relationnel aussi et que... et c'est pour ça que je donne autant d'importance à l'écoute euh... parce que euh... parce que je pense que je peux apporter plus en discutant avec les gens de leur problème que en leur disant soit « venez, on va faire dix squats » soit en les touchant.

T : OK. Hum. Et est-ce que du coup, euh... ça t'est déjà arrivé de débloquer ou soulager un patient sur des symptômes physiques avec, euh, un aspect psychologique de la prise en soin ?

A : Euh...

T : Ou, est-ce que tu penses que tu as pu aider d'un point de vue...

A : Ouais, je pense que ça a aidé. Y a, y a beaucoup de temps, dans euh, dans mes séances où justement, j'essaye de leur faire comprendre que euh, que notamment, la douleur, c'est pas forcément en lien avec une lésion physique. Et du coup, d'échanger sur ça, je pense que ça joue beaucoup sur leur prise en charge aussi.

T : OK, et euh... outre la formation de base, on va dire, de la kiné, est-ce que tu as suivi des formations ou obtenu des renseignements sur l'aspect euh... psychologique de la prise en soin ?

A : euh... de façon officielle non, enfin j'ai pas fait de formation par rapport à ça, après j'ai passé beaucoup de temps à échanger avec des kinés qui ont la même vision que moi et sur lesquels on partage beaucoup sur justement cette prise en charge des facteurs psychologiques et relationnels avec les patients. Et euh... et j'ai... et pas mal de podcasts aussi. En tout cas, c'est un domaine qui m'intéresse.

T : OK. Et est-ce que tu penses qu'il y a un effet blouse blanche ? Je ne sais pas si tu portes une blouse quand tu vas au domicile, mais euh... qui va aider le patient à se dire « bon bah, c'est un professionnel de santé, justement, je peux avoir confiance et potentiellement me confier plus facilement » ?

A : Euh non, je ne porte pas de blouse (rire). La seule fois où j'en ai portée, c'était en kiné pédiatrie parce que les enfants, ils savent. Donc, même à domicile, ils savent, donc là, j'avais une blouse. Euh, mais sinon ouais, y a, y a un effet, un effet d'halo autour de la profession en se

disant « ouais, c'est un professionnel de santé, forcément, il va m'aider ». Et euh, et les gens parlent beaucoup quand on prend le temps de les écouter, évidemment. Euh... y a ce truc-là intéressant où de, je sais plus combien c'était, mais y a une étude qu'y avait été faite sur le temps de parole des patients avant que le médecin les coupe. Et c'est euh... je sais plus, c'est de l'ordre de 30 secondes où ils ont le temps de parler. Donc, c'est sûr que si tu es interrompu toutes les 30 secondes, tu vas pas te confier à la personne, parce qu'il faut laisser le temps aux gens de parler. Euh... donc ouais, l'effet professionnel de santé, les gens, ils ont tendance à parler, surtout si on les écoute, et surtout quand on les voit souvent. Et plus on les voit et plus t'as, plus tu leur laisses du... la possibilité de parler. C'est-à-dire que, c'est sûr qu'avec, par exemple, le médecin qui les voit une fois tous les trois mois, bah, dans la consult, bah, c'est moins que nous quand on les voit deux fois par semaine. Donc ça fait, ouais, bah si, on les voit presque 8 fois par mois. Et bah, tout de suite, quand ça revient régulièrement, bah, ils vont se confier plus facilement. Le fait d'avoir beaucoup de récurrence, ça permet, euh, qu'ils gens, ils se confient plus parce que bah, tu les vois plus souvent.

T : C'est pareil, un rendez-vous médical, en général, c'est 15 minutes.

A : Bah, ça dépend des médecins, mais oui. En tout cas, en général, c'est plus court que les séances de kiné. Mais après, c'était euh, c'était sur une séance de... même si t'es sur une séance d'une heure en cab euh, on pourrait se dire une heure, c'est long, mais si en fait, tu as vu ton kiné au début quand il t'a dit bonjour et qu'ensuite, il t'a mis sur un vélo, il est allé voir quelqu'un d'autre puis il vient juste pour te donner quelques exercices bah certes, tu as fait une heure de kiné, mais au final, tu n'as pas vu de professionnel de santé quoi.

T : Euh... c'est un frein d'ailleurs pour toi ça ? Fin, dans l'sens où tu fais pas non plus de cabinet parce que tu, t'as peur de devenir un soignant comme ça ?

A : Euh... Je... je pense oui. Mais c'est pas un frein en tout cas, enfin, c'est pas ça qui me freine d'aller en cabinet. Après peut-être que une fois, peut-être que si je devais m'installer en cabinet, je prendrais plus le temps de réfléchir à ça et à comment organiser les choses pour que justement ça n'arrive pas, mais en tout cas, c'est pas ça qui me freine d'aller au cabinet.

T : Parce que pour le coup, euh... y a des cabinets où leur politique, c'est le patient pendant une demi-heure. Et bien souvent, même si le patient reste plus longtemps, bah, ils ont passé la demi-heure avec le patient avant de le mettre sur un vélo ou quoi que ce soit, quoi.

A : Oui. Bah ça, ça peut être intéressant, mais après tant que le patient est dans le cabinet, il est sous ta responsabilité et euh donc ça veut dire que si le patient, il reste une heure, euh, bah, toi t'es quand même payé qu'une demi-heure, t'as quand même une demi-heure de travail où tu dois surveiller ce qu'il fait, s'assurer qu'il n'y ait pas de problèmes, que il fasse ses

exercices, donc du coup, t'es pas payé. Euh... mais après en stage euh j'fonctionnais un peu comme ça et j'pense que c'est quand même plus intéressant ce système-là, mais faut pas que ça tombe dans la dérive de bah, j'en prends 4 en même temps parce que ils sont semi-autonomes et puis j'les vois pas vraiment.

T : Est-ce que t'as des... t'utilises des techniques aussi pour identifier les émotions de tes patients ? Par du langage non verbal ou euh des techniques plus stratégiques pour amener les discussions sur un point, euh, précis, une émotion que tu aurais pu identifier.

A : Euh... non, j'crois pas. En général, juste, je pose la question. Peut-être que du coup, ça peut paraître brutal avec les patients, mais euh, déjà, je leur demande quand je les vois je leur demande « comment ça va ? » et pas « est-ce que ça va ? » parce que de fait, « est-ce que ça va ? », ça, ça induit le fait qu'ils ont moins la possibilité de dire « non ça va pas ». Alors que « comment ça va ? » ça ouvre la possibilité de dire « ça va bien » ou « ça va pas bien ». Et après, on peut partir sur ça. Mais sinon, euh j'ai pas de technique particulière, c'est du ressenti... « Vous avez l'air fatigué » euh, « comment ça va » enfin, voilà, quoi.

T : OK. Et euh, est-ce que ça t'est déjà arrivé de conseiller, euh, une consultation avec un psychologue à tes patients ?

A : Ouais. Euh... à beaucoup, j'en parle. Et euh, je pense que personne le fait. Parce que bah, encore une fois, c'est... ça veut dire qu'il faut trouver des psychologues qui vont au domicile. Ou alors, il faut que j'ai des patients qui soient assez à l'aise avec la technologie pour faire des téléconsultations avec des psychologues. Et je ne sais même pas si y a des psychologues qui font ça. J'me suis jamais renseigné. Mais euh, mais ouais, j'en parle souvent. Euh, j'en parle régulièrement. Euh, pas avec tout le monde, pas de façon systématique. Peut-être que je devrais intégrer cette question dans mon bilan : « Est-ce que vous avez un suivi psychologique ? Est-ce que vous en avez déjà eu un ? » Ça pourrait être intéressant. Mais en général, c'est plutôt après plusieurs séances. Euh, quand les patients commencent un peu à se confier et que, qui commencent à te raconter leur vie. J'essaye de glisser : « Ah, vous savez, y a des gens dont c'est le métier qui pourraient vous aider et tout, ça s'appelle des psychologues ». Mais après y a aussi, y a, y a... ouais, comme je dis, j'pense que les gens le font pas parce que 1, faut trouver, faudrait trouver des psychologues qui aillent à domicile, et bah, les soins c'est pas pris en charge, euh, et donc, y en a beaucoup qui peuvent pas se permettre de, d'avoir des séances de psy, euh, ouais, d'avoir des séances de psy tout court.

T : Euh... ça me fait penser du coup, à une, euh, une expérience personnelle, où, euh, j'étais en STAPS, je suivais une UE optionnelle qui était, euh, enfin, qui traitée du handicap, et on avait une psychologue clinicienne qui était venue et qui nous avait demandé au premier cours, elle nous avait fait un cours de 4 heures, où elle nous a demandé vu qu'on était une dizaine

d'étudiants de nous présenter individuellement et de nous demander ce qu'on voulait faire. Donc vu que mon projet à ce moment-là, c'était déjà de devenir kiné, elle avait réagi en disant que c'était un très beau métier parce que pour elle du coup, on soignait à la fois le corps et l'esprit justement par l'écoute du patient.

A : Hum, ouais. Mais y a un, j'pense qu'y a une vraie plus-value, en formation initiale, à avoir des professionnels divers et variés. Qui interviennent. Euh, et pas être formé que par des gens de notre profession. Parce que ça permet d'avoir des aspects différents, euh, des points de vue autres. Ça permet de développer des, des parts de notre métier qu'on ne développe pas forcément. Mais, je pense qu'on gagnerait à avoir, ouais, des psychologues, des sociologues, des philosophes qui viennent questionner notre pratique en formation initiale et continue.

T : Euh... et du coup, est-ce que tu as déjà rencontré une ou plusieurs situations où tu n'as pas su interagir avec le patient pour un problème particulier que le patient a peut-être pu évoquer ?

A : Euh, ouais. Oui, oui, ça m'arrive, même régulièrement. Euh, parce que j'**suis pas** toujours formé aux questions, euh, et après j'pen... y a deux, deux situations, soit la personne, elle, euh, soit je sais pas comment, soit je sais pas comment répondre à leur interrogation, donc là, bah, soit on essaye de trouver des solutions, mais des fois, on n'y arrive pas à se comprendre. Soit, ils apportent une information qui, qui n'a pas lieu d'être dans cette place et... et oui, c'est difficile de discuter avec quelqu'un qui tient des propos racistes et qui te dit que ses problèmes viennent de, de... je sais plus, j'avais une patiente en fait, elle avait des propos racistes à toutes les séances, au point que bah, en fait, on a arrêté parce que moi, je ne pouvais pas, donc, je l'ai réorienté. Mais vraiment, tous ses problèmes venaient du fait que dans son quartier y avait que des noirs et des arabes et que... et que c'était inadmissible quoi. Bah, dans ce cas-là, bah, je suis un peu, euh, ouais, j'me dis, euh, je sais pas, je sais pas trop comment réagir, je suis un peu bloqué. Et après, y a les gens aussi qui te disent, euh, et après, l'autre difficulté c'est ceux qui te disent, bah, en fait, euh, j'en ai beaucoup qui me disent, euh : « j'aimerais mourir parce que je suis toute seule, toute ma famille, mais amis sont morts, moi j'ai qu'une envie, c'est que ça s'arrête », et toi t'es là, euh, tu leur dis « oui euh ok ». Et euh, et voilà, euh, et c'est avec eux que je coince le plus, c'est les gens qui ont une vraie détresse, notamment liée à l'isolement et qui te font part d'idée où ils ont envie de se suicider et tu dis « bah, on va trouver une solution », parce que tu dis « parce que 1, c'est pas parce que vous êtes une personne âgée que vous avez forcément l'envie de vous suicider » parce que y a beaucoup de sous-diagnostic de dépression chez les personnes âgées. Euh, parce que on se dit « ça va, c'est l'âge, c'est normal qu'elle soit un peu triste », mais non. Et bien sûr, on n'est pas formé à accompagner les personnes dans ce cas-là et en même temps, c'est pas

mon métier, de, enfin, je ne règle pas les problèmes psy, je ne suis ni psychologue, ni psychiatre.

T : Pour le coup, là, sur les tentatives, fin, pas les tentatives de suicide, mais pour les patients qui élaborent potentiellement un plan, je sais qu'y a sur ■■■■, un numéro de téléphone avec une antenne à, sur ■■■■, il me semble, et du coup, c'est des psychologues qui répondent au téléphone et qui discutent avec les patients.

A : OK.

T : Et du coup, est-ce que, euh, avec du recul sur certaines situations, tu te dis : peut-être que j'aurais pu réagir comme ça plutôt que de la manière dont tu l'as fait ?

A : Ouais... bah, y a toujours ce moment où trois jours après, sous ta douche, tu te dis « Ah, j'aurais dû répondre ça », « Ah, j'aurais pu lui proposer ça ». Et donc, soit, soit, t'as la chance d'avoir encore la personne en soin et de pouvoir éventuellement revenir sur le sujet et reproposer autre chose. Soit, t'as plus la personne en soin et c'est trop tard et ça sert pour les fois d'après. Euh... j'ai pas d'exemple précis de moment où j'aurai pu faire autrement, fin pas d'exemple précis... mais oui, c'est sûr que ça a déjà dû m'arriver.

T : OK. Euh, du coup, comme je te disais aussi au début, je suis arrivé en kiné pour la question du rapport au corps qui m'intéressait euh, et du coup, j'aimerais qu'on essaye un peu de l'aborder, là, pendant l'entretien, euh, sur, euh, du coup, quelle est la représentation que toi, tu as du corps de tes patients ?

A : La représentation... ? Euh... je ne sais pas, je ne m'étais jamais posé la question. Euh... je sais pas... enfin, c'est une partie de leur identité, euh, qui traduit une problématique pour laquelle ils ont besoin d'aide et que j'essaie de les aider. Et voilà.

T : OK. Et sur la question de la pudeur, comment est-ce que tu gères la pudeur de certains ou certaines de tes patients/patientes ?

A : Euh... et bah... je... déjà moi, je touche rarement mes patients. Euh, parce que j'ai une approche où on travaille plus, euh... pas par le toucher. Enfin, je fais très peu de thérapie manuelle. Euh... quand j'ai besoin de les toucher, euh, je demande toujours l'avis, enfin, oui, toujours l'avis aux personnes pour tout, même si c'est, euh, pour euh, tenir un bras, tenir, toucher n'importe quoi, à chaque fois. Ce qui est assez rigolo parce que du coup, j'ai quand même beaucoup de patients qui me disent : « bah ouais évidemment » quand tu leur demandes « est-ce que je peux toucher votre épaule ? », « est-ce que je peux vous prendre le bras ? ». Euh ça, et après, euh, j'ai, du fait de ma pratique, j'ai quand même rarement besoin de déshabiller les gens. Euh, en tout cas, je trouve qu'y a quand même beaucoup de choses

qu'on peut faire à travers un t-shirt ou à travers un pantalon. Surtout à domicile, ils sont quand même rarement, euh, avec, euh, des vêtements très épais et des trucs compliqués. Et... et après, on s'adapte, enfin, je m'adapte toujours au patient. Y a des patients qui sont plus à l'aise que d'autres du fait de montrer ou d'être touché. Donc euh, on essaye de s'adapter un maximum.

T : Euh, est-ce que tu penses que ta manière de pratiquer la kiné, elle assure euh... quel effet ta manière de pratiquer la kiné a sur la relation que le ou la patiente entretient avec son corps ?

A : Euh... bah, moi, ma façon de pratiquer, c'est essayer de leur redonner, euh, confiance en leur corps et en leurs capacités physiques. C'est pour ça qu'on fait beaucoup de travail actif, enfin, je fais, je leur fais faire, moi, je fais pas, je les regarde faire du travail actif. Parce que l'idée, c'est justement que qu'ils prennent conscience, dont ce qu'ils sont capables de faire malgré leur problème de santé, et notamment ce qu'ils sont capables de faire seul à domicile, parce que je sais que les trois quarts vont passer beaucoup de temps seuls chez eux, et mon idée de la kiné, c'est de les rendre apte à vivre seul le plus longtemps possible. Donc en fait, moi, ce que je veux à travers ma façon de pratiquer, c'est de leur faire prendre conscience de leur capacité physique et donc de leur, et donc ça passe un peu par une perception de leur corps qui... en tout cas, j'ai l'objectif de leur faire comprendre qu'il est plus solide et souple que ce qu'ils ne pensent. Et après, euh... je travaille pas trop sur, euh, sur la partie acceptation du corps, notamment le corps qui vieillit, y a beaucoup de patients qui m'en parlent, qui me disent « ah, mais euh », enfin qui me parlent de oui, que ils se voient vieillir en fait. Et ça on en parle moins. Mais l'idée, c'est vraiment, dans ma pratique, c'est vraiment changer leur perception de leur corps en termes de compétence.

T : OK. Et du coup, sur toi, ta vision de ton corps à toi, parce que du coup, j'ai réfléchi au truc, enfin, moi personnellement, j'ai souvent entendu que les mains, c'est l'outil de travail du kiné puisque de base, on est masseur-kinésithérapeute, et donc y avait quand même ce côté massage par lequel on utilisait beaucoup les mains, ou même dans la thérapie manuelle, toute thérapie manuelle confondue. Et du coup moi, je me suis dit que par extension que, au final, avec la kiné active qu'on fait aussi, que c'est au final, c'est notre corps à nous qui est notre outil de travail, parce que souvent, on va au moins faire une démonstration de ce qu'on va demander au patient. Bah, du coup, est-ce que tu partages cet avis avec moi ?

A : Bah oui, je pense que oui, notre corps est un outil de travail primordial, parce que oui, j'ai dit que je ne faisais pas les exercices, mais je leur montre quand même. Et avec certains patients, on les fait ensemble parce que, parce que, euh, bah, parce que, quand j'explique les consignes, bah, ils comprennent pas, mais quand je les fais, bah, ils voient. Donc ouais, j'ai, euh, le corps comme outil de travail qui, euh, oui, je suis assez d'accord avec toi. Mais ça

rejoint plein de métiers au final. Tous les métiers, au final, notre corps est notre outil de travail. Et après, on pourrait parler de Michel Foucault et du biopouvoir et de la façon dont on dirige les corps pour justement contrôler les populations et tout ça. Mais oui, tout à fait.

T : Euh, et du coup, quelle est la représentation que tu as de ton corps à toi du coup, en tant que personne et plus en tant que kiné ?

A : Euh ma relation avec mon corps... je... elle s'est améliorée, c'est dernier temps, déjà en reprenant le sport, je me sentais plus à l'aise dans ce que j'étais capable de faire que quand j'avais beaucoup plus arrêté. Euh, après, euh, le temps aide à plein de chose. Moi, j'ai perdu mes cheveux assez tôt, notamment parce que j'avais pris des médicaments et du coup euh à la fin du lycée, je commençais déjà à les perdre et j'ai mis un peu de temps avant de l'accepter jusqu'au jour où j'en ai eu ras-le-bol et j'ai dit à mon colloque « rase-moi la tête ». C'était un peu du jour au lendemain. Mais euh, du coup, ouais, ça évolue, en fait, quand on prend le temps d'essayer de poser des regards un peu plus bienveillants sur ce qu'on est capable de faire et ce qu'on attend de soi. C'est quand même important et euh, voilà, je suis quand même plus à l'aise avec mon corps. Je pense que les études de kiné ont quand même beaucoup joué. Euh parce qu'on nous a un peu jeté dans le bain, euh, en TD, il faut être en sous-vêtement devant tout le monde. Et du coup, par la force des choses, tu... on va pas dire tu, j'ai pris confiance en moi, euh, dans le fait d'être regardé. Et euh, voilà, et c'était aussi, y avait à la fois un côté, c'était présenté comme nécessaire dans les études et à la fois un côté d'acceptation sociale. Parce que quand t'es, bah, je sais pas si c'est le cas partout, mais j'ai l'impression que dans les groupes masculins, y a une présentation du corps qui est nécessaire. Y a une valorisation de certains types de corps et du coup, euh, ça force un peu le fait de travailler sur sa confiance parfois.

T : OK, donc c'est à la fois le sport et aussi un peu les études de kiné qui t'ont un peu influencé dans la relation que tu as avec ton corps.

A : Oui, et plein de chose sur, de réflexion sur la norme aussi. Pour apprendre à travailler sur d'autres aspects, notamment mes cheveux.

T : OK. Donc, du coup, on en arrive à la question sur la discrimination des soins, enfin, dans les soins, pardon. Euh et euh, donc mon mémoire s'intéresse à un peu tout ce qu'on a balayé, mais du coup aussi principalement la discrimination. Euh, donc, euh, moi, j'aimerais avoir ton point de vue sur la question en tant que soignant aussi par l'intermédiaire de l'associatif que, dans lequel t'es. Euh, et du coup, euh, ma première question, qui est peut-être un peu vague, c'est dans quelle mesure, euh, tu penses que la discrimination LGBT existe dans le système de santé français ?

A : Euh... Je pense qu'elle est plus que réelle, de deux côtés. À la fois, du côté des patients qui vont s'auto-discriminer de faire certaines choses par peur d'être jugés. Et je pense qu'il y a beaucoup de gens qui vont renoncer à consulter à cause de la peur du jugement. Donc, il s'auto-discrimine. Et je pense qu'elle est aussi réelle du côté des professionnels de santé. À la fois des gens qui sont volontairement discriminants. Comme on l'a vu, là, il n'y a pas longtemps. Le gynécologue qui a refusé de prendre en charge une personne trans pour un examen de la poitrine. Mais ça, c'est un exemple médiatique. Mais, je pense qu'il y en a plein d'autres qu'on ne voit pas passer sur des gens qui sont volontairement discriminants sous couvert de la médecine. Et après, je pense qu'il y a aussi plein d'autres qui sont involontairement discriminants du fait de pas être vraiment formés à ces questions-là. Et ce qui en même temps est normal. Il y a tellement de représentations des personnes, notamment des personnes trans. Si tu ne t'es pas posé la question, tu vas forcément faire des erreurs. Et du coup, c'est des actes discriminatoires qui, dans le meilleur des cas, sont des erreurs qui vont être corrigées par le professionnel de santé et qui ensuite ne refera pas la même chose. Et dans le pire des cas, vont passer soit inaperçus ou soit il va dire « tant pis pour ces gens-là ». Ouais, je pense que le système est un peu discriminant de ce côté. Après, il y a aussi toute une partie discriminante liée au coup financier. On sait qu'une personne LGBT, notamment les personnes trans, sont souvent des personnes précaires qui ne vont pas avoir accès au professionnel de santé du fait de leur précarité financière. Donc, il y a aussi une discrimination de ce côté-là. Il y a aussi beaucoup de jugements sur les pratiques. Il y a beaucoup de personnes, de personnes LGBTI... en tout cas, il y a beaucoup de personnes qui ont des rapports, on va dire, homosexuels qui sont aussi travailleurs et travailleuses du sexe. Et du coup, ça entraîne des jugements de la part des professionnels de santé, parfois qui peuvent être discriminants. Sur la pratique du chemsex aussi, ça peut entrer en difficulté dans des prises en charge soignantes qui peuvent amener des pratiques discriminantes. Après, si on veut regarder les nombres, je les ai pas en tête, mais SOS homophobie, il y a un rapport annuel sur les discriminations LGBTIphobe en France. Qui sort tous les ans. Comme son nom l'indique. Et qui a un chapitre santé. Et donc, on a des gens qui témoignent tous les ans par rapport à ces questions-là. Et c'est, en grande majorité, des situations où les personnes ont été rejetées par les professionnels de santé du fait de leur orientation sexuelle et/ou identité de genre.

T : OK. Du coup, aujourd'hui, je m'entretiens avec toi pour le point de vue kiné. J'ai aussi créé un questionnaire que j'ai mis en ligne sur lequel j'ai eu 108 répondants et répondantes dont 6 qui ont été exclus dès les premières questions parce que mon questionnaire est à destination des personnes LGBT et que dès lors que les personnes ne s'identifiaient pas comme LGBT, elles étaient envoyées à la fin du questionnaire. Et du coup, il y avait des questions qui

justement demandaient : « Est-ce que vous pensez qu'il y a des discriminations un peu faciles qui sont faites dans la société en règle générale ? » Sur des réponses que j'ai reçues, je peux citer qu'il y a beaucoup de stéréotypes, des clichés qui sont donnés. Des préjugés. Des jugements. Des remarques déplacées. Des questions indiscrètes. La méfiance et la peur des IST de la part des soignants. La difficulté des prises en soins des personnes transgenres, mégenrage, de l'homophobie, transphobie, LGBTphobie en général. Stigmatisation. Malveillance. Discours moralisateur. Méconnaissance du mot LGBT. Refus de prise en soins. Donc, du coup, de tout ça, qu'est-ce que tu en penses de tout ce qui ressort même par rapport à ce que tu viens de me dire du rapport annuel ?

A : Moi, ça m'étonne pas que les gens aient ces retours-là du questionnaire. Parce que ça traduit une ambiance générale, j'ai l'impression. Il y a toujours beaucoup d'actes LGBTIphobes en France. Pas que dans le monde de la santé. Donc, forcément, ça paraît logique que ça se retrouve aussi dans le monde de la santé. Et en même temps, ça montre aussi tout le travail qu'il y a à faire. À la fois en formation initiale et à la fois en formation continue pour un peu sortir de cette norme que, en fait, tout le monde est forcément hétérosexuel et cisgenre. Et aller questionner ça. Et en fait, ça s'apprend de parler avec les gens et notamment avec les personnes trans et avec les personnes LGB, donc il y a quand même beaucoup de choses à faire. Oui, il y a beaucoup de travail.

T : Est-ce que tu penses avoir été un jour discriminant, sans le vouloir, dans une prise en soin ? Pas forcément d'un point de vue LGBT pour le coup, mais d'un point de vue général avec des patients. Parce que là, pour le coup, ce sont les discriminations LGBT qui m'intéressent, mais il peut y avoir de la discrimination sur tout.

A : Je pense que oui. Je pense que ce serait utopique de croire que je n'ai jamais été discriminant. Euh... par contre, je pense que je ne l'ai jamais été volontairement. Mais, ça me paraîtrait étonnant qu'à aucun moment, je n'ai pas fait une remarque déplacée ou proposé un truc qui n'allait pas et que la personne n'a pas forcément dit. Et que j'ai pu avoir... oui.

T : D'après toi, du coup, qu'est-ce qui fait qu'un soignant peut être discriminant ?

A : Bah... On a tous des idées préconçues et des préjugés sur plein d'aspects de la vie. Ces préjugés, ils arrivent forcément dans notre pratique, contrairement à ce que pourraient dire certaines personnes. Et que quand on met sa blouse de soignant, on ne devient pas neutre de tous nos préjugés, même s'il y a des gens qui aimeraient le croire. Et donc, forcément, tu commences les soins en arrivant avec des préjugés que voilà, qui sont véhiculés du fait de notre éducation, de notre système qui n'est pas exempt de préjugés non plus. De nos rapports sociaux. Et qu'il y a plein de choses que l'on n'a pas connues. Moi, j'ai grandi. J'ai un père médecin, une mère institutrice. Donc, j'ai plutôt une famille riche. CSP+. Donc, je n'ai jamais

connu la misère financière. Et donc, le fait de ne pas connaître ce que c'est. Ça fait que j'ai forcément que des idées préconçues et des préjugés que je suis obligé de véhiculer et qui, en fait, sont combattus que quand on rencontre des gens qui vivent des situations. Et c'est aussi pour ça qu'il y a un besoin de visibilité dans la pratique sur les différentes situations des gens. Et que, en formation initiale, il faut qu'on laisse plus de poids à ce côté social dans la prise en charge. Parce que ce n'est pas la même chose de soigner quelqu'un qui est CSP+, qu'une personne qui est issue de l'immigration, qu'une personne LGBT, qu'une personne racisée. Même juste entre un homme et une femme, si on reste binaire, c'est différent. Quand on voit, il y a quand même des aberrations où l'on se dit. Ouais, on a tellement pensé la société, notamment la société française, autour de l'homme blanc cis qu'il y a plein de choses qu'on n'a pas fait. L'exemple le plus récent, c'est pour la première fois, là, ces dernières années, ils ont commencé à tester des protections hygiéniques avec autre chose que de l'eau. Parce que jusqu'à présent, ils les testaient qu'avec l'eau, qui n'a pas du tout la même consistance ni la même capacité d'absorption que le sang. Il y a ça. Là, ils ont sorti le premier mannequin femme pour faire des crash tests des voitures. Parce que jusqu'à présent, ils ne faisaient qu'avec des hommes. Parce que, bien sûr, tout le monde est pareil. Et du coup, en fait, on est tellement dans ce format-là depuis tout petit que l'on a forcément des préjugés qu'on promène en séance. Et à ce propos, il y a un podcast qui est incroyable de programme B qui s'appelle « Le raciste en moi », qui évoque que le fait de grandir dans une société blanche, notamment en France. On a forcément des biais racistes du fait de notre éducation et du système et de l'histoire française qu'il faut combattre. Donc, je pense que la discrimination, elle vient de là. Parce que j'ai envie de croire que les gens ne sont pas foncièrement méchants. Il y en a qui sont méchants, mais j'ai envie de croire que l'être humain n'est pas foncièrement méchant et que beaucoup de choses reposent sur des méconnaissances et le fait de s'arrêter aux premières impressions.

T. Donc, du coup, on serait discriminant naturellement par la culture qu'on aurait acquise ?

A : Ouais. Le contexte socioculturel dans lequel on grandit, pour moi, il influence notre vie. Et il s'avère qu'en France, le contexte socioculturel, c'est un contexte occidental, blanc, riche, hétéro, cis majoritairement. Et du coup, on a des préjugés sur toutes les autres minorités, qui fait que ça peut entraîner des actes discriminants. Mais ce qui est une bonne chose parce que ça veut dire que si on fait changer notre point de vue social et culturel, on peut combattre ça. Ce n'est pas inné et acquis d'être une personne discriminante.

T : OK. Tu m'as dit l'inverse pourtant ?

A : Bah, je pense que c'est acquis. Fin, oui, c'est acquis par ton éducation, mais ce n'est pas inné. Ce n'est pas biologiquement quelque chose qui fait que tu es forcément discriminant, donc c'est une bonne nouvelle.

T : Alors, est-ce que tu penses qu'il y a certaines professions du soin qui sont moins à même de discriminer les patients que d'autres ? Ou à l'inverse, est-ce que tu penses qu'il y a certaines professions qui le sont plus ?

A : Je ne sais pas. Je pourrais peut-être répondre, mais du coup, ce serait un peu sur des idées préconçues. Je pense que les personnes qui travaillent dans les milieux auprès des minorités sont quand même moins discriminants parce qu'ils ont choisi de travailler dans ces milieux-là. Par exemple, je pense aux personnes qui travaillent dans les permanences d'accès aux soins de santé, dans les PMI, les gens qui travaillent dans les centres d'addictologie. Je me dis que si tu fais le choix d'aller travailler dans des endroits qui s'intéressent à une part minoritaire, souvent discriminée, de la population, tu peux être moins discriminant. Mais du coup, ça ne répond pas à la question. Est-ce qu'il y a une profession. Parce que je pense que c'est plutôt, c'est une façon d'exercer la profession. Et je ne pense pas qu'il y a une profession plus ou moins discriminante que les autres en fonction de là où tu travailles.

T : Est-ce que tu as des outils pour lutter contre les discriminations ?

A : Pour moi, il faut se confronter aux idées et aux vécus des personnes minoritaires. Dans le sens où il faut se forcer à aller écouter des podcasts, regarder des documentaires, lire des livres qui parlent des personnes minoritaires, qui sont construits, produits, créés par des personnes minoritaires. Et c'est en se confrontant et en allant toujours chercher à rencontrer les personnes que, du coup, on peut aller à l'encontre des idées préconçues qu'on a. Et donc, du coup, de fait, être moins discriminant. Plus on va connaître les gens et plus on sera à même d'être moins discriminant, je pense.

T : Et donc, c'est un outil que tu pourrais conseiller à des confrères, consœurs, tous métiers du soin confondus ? Ce serait ta manière, à toi, pour limiter ou abolir la discrimination ?

A : Ouais, je pense que c'est en créant de l'échange entre les gens que on arrivera à faire évoluer les choses. C'est un peu ce qu'on fait avec [REDACTED] aussi. J'ai peut-être ce côté-là qui m'influence ou alors, j'ai rejoint [REDACTED] parce qu'il propose ça et que c'est ce qui m'a plu. Un peu des deux. Mais oui, je pense que c'est en créant... pas du débat parce qu'on ne fait pas de débat sur l'existence des gens, mais c'est en créant de l'échange et de la discussion qu'on arrivera à lutter contre. Et voilà.

T : C'était ma dernière partie. Avant de conclure, est-ce que tu as quelque chose sur laquelle tu aimerais revenir ? Sur ce dont on a parlé ? Ou un point important à souligner ?

A : Euh... non.

T : Est-ce que tu as des questions sur ma recherche ?

A : Non. Non, mais je veux bien le mémoire quand il sera fini.

T : Je te l'enverrai. Et pourquoi tu as accepté de participer à ma recherche ?

A : Parce que c'est un sujet qui m'intéresse. Le soin des personnes LGBT, déjà parce que ça me concerne aussi. Et parce que c'est un sujet qui me plaît, et après, j'essaye de répondre au maximum aux sollicitations des gens en formation initiale en termes d'initiation à la recherche parce que pour en avoir fait, c'est pénible les gens qui disent non et qui ne veulent pas répondre, et que en général, ça prend pas beaucoup de temps et que c'est en participant à de la recherche qu'on fera avancer beaucoup de chose sur plein de sujet. Et donc ça fait un peu partie d'une façon de lutter contre les discriminations aussi en aidant à soutenir les gens qui font de la recherche aussi.

T : Eh bien, du coup, je te remercie du temps que tu m'as accordé. Et pour cet échange constructif.

A : Avec plaisir.

ANNEXE VIII – Transcrit entretien avec Gwenaëlle

T : Donc, bonjour, dans le cadre de mon travail d'entretien, j'ai besoin de ton accord pour procéder à celui-ci. Pour son bon déroulé, j'aimerais, si tu me le permets, de t'enregistrer pour pouvoir mieux t'écouter et être dans un véritable échange tout du long. Euh... En ce qui concerne l'anonymat, tout signe distinctif qui pourrait permettre de te reconnaître sera noirci ou supprimé lors de la retranscription. Est-ce que cela te convient ?

G : Pas de soucis. Je suis d'accord.

T : Super. Donc, du coup, pour commencer, je vais me présenter. Moi, je m'appelle Tony, j'ai 27 ans. Je suis étudiant kiné sur la fin de mon cursus. Ce qui m'amène à faire mon travail de fin d'études. En ce qui me concerne, j'ai pratiqué la danse depuis l'âge de 7 ans. J'ai d'abord voulu avoir une carrière de danseur jusqu'à ce que je fasse des examens médicaux pour des douleurs des genoux qui m'ont finalement obligé de refuser à la dernière minute mon entrée dans une école de danse du sud de la France. J'ai donc commencé mes études post bac par une licence en arts du spectacle avec un projet de master et de doctorat autour de la danse et du théâtre. Deux arts que j'affectionne beaucoup. Et après discussion avec une de mes enseignantes qui avait fait une thèse depuis 10 ans et qui était contractuelle à l'université parce qu'elle ne répondait pas aux cases de différentes facs du fait de sa polyvalence entre ses deux arts. Donc, moi, j'ai préféré me réorienter parce que je souhaitais avoir un profil similaire au sien. Et je ne voulais pas être dans le même cas qu'elle et être contractuel toute ma carrière. C'est comme ça que je me suis retrouvé à passer le concours kiné par 3 fois avant de l'obtenir. Ce qui m'a intéressé dans ce métier, c'est l'approche du corps que j'avais d'un point de vue artistique à travers la danse et le théâtre. Ensuite, étant homosexuel et en couple depuis plusieurs années, après plusieurs expériences de vies et discussions autour de la question LGBTQIA+ avec des ami(e)s et tuteurs de stage en kiné, m'est venu l'envie de travailler sur le sujet pour mon mémoire. Ainsi, ce dernier portera sur la discrimination des patients LGBT lors des soins paramédicaux et/ou médicaux. C'est donc pour avoir la vision du masseur-kinésithérapeute diplômé d'État que nous nous voyons, et ainsi, l'entretien me permettra d'avoir des éléments qualitatifs à exploiter pour l'élaboration de mon travail de fin d'études.

Avant de commencer, est-ce que tu as des questions sur le travail ?

G : Non, mais sacré parcours.

T : Merci. Euh... Donc, du coup, maintenant que je me suis présenté. J'aimerais avoir quelques informations sur toi en tant que personne. Donc, est-ce que tu peux te présenter ? Nous donner ton prénom, ton âge, tes loisirs.

G : Alors moi, je m'appelle Gwenaëlle, j'ai 49 ans. Je suis kiné depuis quand même pas mal d'années, mais j'ai travaillé dans plein de domaines parce que je trouve que la kiné a cet avantage, c'est qu'on peut avoir un panel de choix dans les lieux, dans la façon de travailler et dans les âges. Un grand panel de choix dans la profession. Donc, en fait, j'ai fait beaucoup de pédiatrie, dont dans les grands brûlés. J'ai travaillé aussi un peu de partout en France parce que je trouve que c'était intéressant de voir les différentes techniques en fonction des endroits parce qu'on a tous des habitudes, des protocoles qui varient suivant les régions. J'ai fait, donc, du centre de rééducation, j'ai fait du thermalisme donc à [REDACTED]. C'était sympa. Bon pour avoir de l'argent et faire des voyages. On est bien d'accord, hein. Nan, nan, mais sinon, c'était formateur pour tout ce qui est massage. C'est assez intéressant. Après, j'ai fait d'autres centres de rééducations. Je suis allée aussi en Savoie. Je suis allée à [REDACTED] en centre de rééducation neuro grands brûlés pour adulte. C'est à côté de [REDACTED]. Et en tant qu'étudiante, j'ai fait des stages... [coupure et interruption de l'entretien]

J'ai travaillé donc un petit peu de partout, donc en [REDACTED]. Après, j'ai travaillé à l'hôpital dans différents services, en fait. J'avais un poste de pool. Ce qu'on appelle pool, c'est-à-dire, euh... j'étais polyvalente. Je remplaçais mes collègues quand ils étaient absents. Donc, j'ai fait quasiment tous les services hormis les réas. Mais j'ai fait de la médecine, j'ai fait de la gériatrie. J'ai fait de la chirurgie. Plein, plein, plein de services différents. Après, je suis partie, je suis allée faire du libéral en [REDACTED] pour raison familiale. Et après, bin euh... ça m'a pas trop plu. Parce qu'après, là où j'étais, c'était pas terrible. Donc, du coup, une de mes collègues avec qui je travaille m'a appelé pour me dire qu'il y avait une place à [REDACTED] et donc je suis revenue. J'ai postulé à [REDACTED] parce que je savais pas trop où aller. Ça a été l'opportunité de revenir à [REDACTED]. Et là, donc, euh... oui, j'ai fait aussi tout ce... Alors, on a l'avantage aussi à [REDACTED] d'avoir de la pénitencière. Donc, j'ai fait pas mal d'années en service pénitencier et aux prisons de [REDACTED]. Chez l'homme. Pour les hommes, surtout en prison. Donc, voilà. Après, maintenant, sur [REDACTED], je travaille en urologie. J'ai fait beaucoup de néphrologie aussi. Et je reste beaucoup en chir. Et maintenant en poste de consultation et de réhabilitation avant chirurgie.

T : OK. Au niveau des loisirs personnels, t'en fais un peu ou pas ?

G : Alors, euh, bah, j'aime bien bouger. Donc, j'essaie de faire du sport. Pour raison médicale, j'ai dû arrêter pour l'instant la course. Sinon les voyages. J'ai pas mal voyagé. J'aime bien aller voir aux musées, aller voir des expos, tout ça. Sortir.

T : Et ton dernier voyage, c'était quoi ?

G : Alors le dernier voyage, j'étais allée au Portugal.

T : OK. Euh... Donc, du coup, est-ce que les études de kiné, c'est les seules études que t'es faites ?

G : Ouais. Ouais, ouais, parce que moi, j'ai eu mon bac et après mon bac, j'ai enchainé directement avec les études de kiné.

T : OK. Est-ce que ça a toujours été la profession que tu as toujours voulu faire ?

G : Pas du tout. Non.

T : Qu'est-ce qui t'intéressait d'autres ?

G : Moi, je voulais être astrophysicienne.

T : Hum. OK. Et pourquoi tu ne l'as pas fait du coup ?

G : Parce que j'ai des problèmes de vue et que c'était trop compliqué pour moi l'astrophysique. C'était trop visuel. Et des problèmes de couleurs et tout. Donc, je ne pouvais pas.

T : Et euh... Qu'est-ce qui t'a donné envie de devenir kiné du coup ?

G : Mon médecin traitant.

T : Ok.

G : Parce que je ne savais pas du coup quoi faire et il m'a dit : "bah tiens, pourquoi tu ne ferais pas ça ?" Et son fils qui avait le même âge, du coup, on est parti tous les deux sur le même cursus. Lui, il voulait médecine, mais il a loupé. Du coup, voilà, tout simplement parce que je connaissais pas plus que ça et que je me suis renseigné et que je trouvais ça cool. En fait, je voulais faire un métier qui bouge. Un métier où j'avais plein d'opportunités et je voulais pas être assise derrière un bureau, donc c'était le métier idéal. Et être en rencontre avec les gens. Voilà, c'est ce qui me plaisait.

T : OK. Comment se sont passées tes études de kiné du coup ?

G : Bien.

T : Bien ?

G : Ouais, ouais, super.

T : Qu'est-ce qui a fait que tu as apprécié tes études de kiné ?

G : Alors, euh... tous les copains que j'avais. Euh... bah, on était une bonne petite bande et puis on travaillait ensemble. Ça, c'était génial. On avait pas mal de copains, puis bon, on était un petit groupe. On était 4. Donc, du coup, ce qui était cool, c'était que pour les examens, on révisait ensemble. Donc, c'était génial, et puis, voilà, les soirées, machin. Voilà et tout ce que

j'ai pu apprendre durant mes études, surtout les stages, en fait. Parce que je me suis rendu compte, surtout une fois que j'étais diplômée, que j'allais avoir encore beaucoup de choses à apprendre et je me dis que j'ai encore beaucoup de choses à apprendre.

T : Et, dans les études, est-ce qu'il y a des choses qui t'ont moins plu ?

G : Bah, certaines théories où il fallait apprendre des choses, de l'anat pur, c'était un peu rébarbatif, c'était du bachotage quoi. Voilà, mais sinon, dans l'ensemble, non. Je sais que des fois, je trouvais ça un peu rébarbatif ou à l'époque, ça ne m'intéressait pas plus que ça.

T : OK. Et euh... est-ce que, à l'époque, t'avais déjà une idée un peu du parcours professionnel que tu voulais avoir ?

G : Absolument pas. Tout ce que je voulais, c'était de voir un maximum de choses.

T : OK. Euh... Donc, il y avait, fin, en tout cas, dans les cours que tu avais, il y avait aucune spécialité qui t'intéressait plus qu'une autre à ce moment-là ?

G : Non, et euh... c'est surtout là où j'ai le moins bossé, mais c'est une spécialité où j'ai travaillé plus tôt dans ma carrière. Bah, finalement, c'est peut-être ce manque que j'ai eu à l'école qui fait que je travaille dans ses spécialités. Non, non, il n'y a rien qui m'a plu. Non, moi, ce que je voulais, c'était voir un maximum de choses. Et, en fait, j'ai commencé par la pédiatrie, les grands brûlés, parce qu'en fait, j'ai fait un stage, le dernier stage, non, c'était pendant ma dernière année. Et, janvier, j'avais fait un stage à [REDACTED] et ça m'avait vraiment beaucoup plu. Je leur avais demandé s'il y avait un poste. Parce que voilà, ça me plaisait bien. Et ils m'ont dit, bah, t'as ton diplôme et t'es embauchée.

T : Génial.

G : Donc, c'est parti comme ça.

T : OK. Et du coup, c'est dans un but de voir tous les possibles que tu as changé plusieurs fois de services ?

G : Ouais. Parce que je voulais. Comme je dis, il y a plein de choses à faire. Je voulais essayer le libéral. Essayer le thermalisme. Essayer le centre de Rééducation. Je voulais faire de la pédiatrie. J'ai fait de la gériatrie. Fin, je fais tous les âges. Fin voilà. J'ai fait sportifs de haut niveau. Euh... ouais.

T : Beau parcours aussi du coup. Hum, est-ce qu'il y a quelque chose qui t'a surpris ? Euh... Enfin, est-ce que ta première expérience, en tant que professionnel... Dans ta première expérience en tant que professionnel, il y a quelque chose qui t'a surpris en sortant du diplôme ?

G : Ce que je me suis dit, c'est que j'avais encore beaucoup de travail. Euh... beaucoup de choses à apprendre plutôt. Qu'au final, dans les études, on apprend beaucoup de théories, mais qu'en fait, on a un métier pratique et qui manque quand même beaucoup de connaissances et que finalement, c'est en travaillant qu'on apprend beaucoup.

T : OK. Hum. Est-ce que du coup, depuis ton diplôme d'État, tu as suivi des formations spécifiques ?

G : Ouais.

T : Lesquelles ?

G : Euh... je suis... euh... j'ai eu un DU de périnéologie-sphinctérologie. Euh... et j'ai une formation, euh... j'ai mangé le mot... j'ai le nom au bout de langues... euh... Zut alors...

T : Ça reviendra après, alors ce n'est pas très grave.

G : Bah, zut. Puis après, les formations que j'ai fait dans mon cursus aussi, quoi. Euh... Drainage lymphatique, trouble de la déglutition... Qu'est-ce que j'ai fait encore ? Je ne sais même pas. Voilà, mais si on doit retenir un truc, ouais, c'est mon DU et j'aimerais bien refaire un autre DU.

T : Oui ?! Lequel ?

G : Sexo

T : Ok. Euh... du coup, c'est des formations que tu as fait par l'intermédiaire de l'hôpital ?

G : De l'hôpital, ouais.

T : C'est l'hôpital qui t'a financé tes formations ?

G : Tout à fait. Ouais. Ouais. Il faut faire une demande. C'est un peu complexe, mais une fois que c'est fait. Euh... ça va quoi.

T : Et une raison particulière pour cette formation-là ?

G : Bah disons qu'il faut faire quand même une lettre de motivation. Je travaille quand même en urologie, donc j'ai fait valoir mon boulot en urologie. J'avais des projets. Donc, c'est pour ça que du coup, j'ai pu avoir mon DU de périnéo. Et comme je travaille beaucoup aussi, euh... j'étais dans une étude par rapport à la prostate et aux troubles de la fonction érectile, c'est pour ça que j'aimerais partir là-dessus, puis je travaille avec des transsexuelles, donc j'aimerais bien partir sur la sexualité.

T : OK. Donc, du coup, aujourd'hui, tu travailles à l'hôpital...

G : Hum, hum.

T : À quoi ressemble ta salle de pratique ? Est-ce que tu es toujours dans une salle de rééducation ou... ?

G : Non. Non. On est... Non, parce que c'est de la chirurgie. À l'hôpital. En chirurgie, on est au pied du patient. Fin, on est dans les chambres des patients. On travaille, fin, moi, je sais que j'aime bien travailler en équipe, donc je travaille aussi avec des infirmières, des aides-soignantes, puis je fais un travail de groupe. Je suis surtout en chambre pour la rééducation de mes patients et un peu maintenant qu'on a une salle de rééducation, mais c'est surtout. Ici, je viens surtout pour mes consultations en amont de la chirurgie. Mais, ça m'arrive d'amener des patients aussi. Parce que j'ai d'autres projets en cours aussi.

T : Du coup, tu m'as dit que tu aimais travailler en équipe. Tu travailles qu'avec des aides-soignantes, infirmières ou tu as des collègues kiné aussi ?

G : Non, non. J'ai des collègues kiné aussi avec qui je bosse. J'ai une collègue aussi ici. Je travaille. J'aime bien travailler seule aussi, hein. Voilà.

T : Donc, du coup, tu as combien d'années d'expériences au total ?

G : Euh... Quinze. Non, attends plus que ça, qu'est-ce que je raconte ? Si, quinze ans, ouais, c'est ça.

T : Euh... quelle spécialité kiné prédomine dans ta pratique aujourd'hui ?

G : Alors spécialité. Le problème c'est qu'on est un hôpital qu'on fait de la chirurgie. Je dirais kiné respi, beaucoup de respi, mobilisations, marche. Parce que j'ai beaucoup de patients neuro aussi. Ça va être tout ça. Tout ce qui est conseils aussi.

T : Et qu'est-ce que tu préfères dans ta pratique aujourd'hui ?

G : Alors, j'ai découvert dans la réhabilitation les entretiens avant les consultations avec les patients. Et je trouve ça super sympa parce que c'est une autre façon de voir les gens. Avec les familles. Les préparer à une chirurgie. Et finalement, j'ai découvert tout ça et je trouve ça super intéressant.

T : Est-ce que tu as déjà participé à des conférences, des congrès en lien avec la pratique kiné ?

G : Ouais. J'ai un congrès, là. Mardi. Mercredi. Je ne suis pas là. Je suis à Paris pour un congrès.

T : Un congrès dans lequel toi, tu vas parler ?

G : Oui, oui.

T : Et du coup, ce sera sur... ?

G : La réhabilitation dans le cancer de vessie.

T : OK.

G : Mais j'en ai fait plusieurs. J'ai fait des soirées thématiques. J'ai fait plusieurs présentations ouais.

T : Et est-ce que c'est intéressant d'après toi ?

G : Ouais, c'est... moi qui n'aime pas trop parler en public. Bah, j'ai appris. Et finalement, j'ai trouvé ça sympa, même si c'est hyper stressant.

T : En quoi, donc, du coup, en quoi ça t'a aidé dans ta pratique professionnelle ?

G : Bah, de pouvoir aborder les gens et parler plus facilement.

T : Est-ce que tu fais partie d'une association, d'un organisme ou d'un réseau ?

G : Ouais, mais j'ai un peu laissé tomber ces derniers temps.

T : Ok et du coup c'est laquelle ?

G : Alors, c'est une association par rapport aux maladies rénales. Ça s'appelle [REDACTED]. Et avant, je faisais partie d'une autre association, euh... Mais c'était plus en but humanitaire. Parce que j'ai fait un peu d'humanitaire aussi comme ça avec cette asso.

T : Et qu'est-ce qui t'a poussé à intégrer une association du coup ?

G : Parce que j'ai rencontré des personnes avec qui j'ai discuté et avec qui je me suis bien entendue et qui faisaient partie d'une association et du coup, je me suis dit : « Pourquoi pas, ça peut être intéressant ». Ça m'a intéressé et je trouvais ça enrichissant. Et ce partage, partager plein de choses avec les gens. Découvrir autre chose, quoi.

T : OK. Hormis le DU sexo dont tu m'as parlé, est-ce que tu as d'autres projets professionnels ?

G : Oui. J'ai un autre projet. Alors, c'est de l'orthopédie. À la base, c'est un projet canadien que je vais mettre en place là bientôt. Mais je dois me former. C'est par rapport. Alors, il faut faire des vidéos quand un patient marche pour voir comment se mobilise son genou. Par rotation. Par euh... Pour voir comment ça se passe. Pour pouvoir, après, fabriquer des prothèses qui sont beaucoup plus physiologiques.

T : Donc euh... patient-dépendant, physiologique patient-dépendant.

G : Je pense que c'est ça. Parce que je n'ai pas eu toutes les explications et là, je vais me former bientôt et je n'ai pas eu toutes les infos.

T : Du coup, d'un point de vue kiné, est-ce que tu rencontres des freins particuliers dans l'exercice de ton métier ?

G : En globalité ?

T : Ouais.

G : Alors, des freins, oui, parce que je travaille en institution. On fait pas ce qu'on veut parce qu'on n'est pas seul. Donc, les freins, ils peuvent être parce que soit, un frein parce que je veux faire une formation, parce que je veux un truc, donc ça peut être un frein administratif, hiérarchique. Ça peut être un frein aussi auprès du patient, parce qu'il y a une raison pour que je ne puisse pas prendre en charge mon patient pour X ou Y raisons. Soit, il ne veut pas ou autres choses. Ça peut être ça. Dans la vie de tous les jours, on ne fait pas toujours ce qu'on veut. Ça peut être aussi un frein lié au fonctionnement du service. Parce que le patient, il est en soin, il est vu par plein d'autres intervenants. Et que moi, ce patient, je ne peux pas le voir. Parce qu'il a des examens. C'est des problèmes inhérents à l'hôpital et surtout en chirurgie où les patients, ça peut être aussi la douleur du patient. Ça peut être plein d'autres choses. Les visites aussi des patients.

T : OK. Et pour rebondir sur ce que tu disais tout à l'heure, sur ton expérience en libéral. Ça t'a pas trop plu, tu disais ?

G : Nan, c'est le côté administratif qui m'a soulé.

T : OK. Et ça, pour toi, c'est un vrai frein aussi ?

G : Ouais, parce que j'aime pas. Fin, ça me gonfle l'administratif, puis là où j'étais dans le cabinet, on avait pas internet. C'était un vieux truc. Il fallait prendre cinq patients en même temps. C'était pas ma façon de faire.

T : OK.

G : Je trouve que non. Il faut quand même prendre un patient, s'en occuper. C'était pas ma façon de faire dans le cabinet précédent.

T : Et tu as eu qu'une expérience en libéral ou tu en as eu plusieurs ?

G : Non, non. J'en ai eu qu'une et voilà. Non. Après, j'ai des copines qui sont en libéral, mais voilà. En général, la problématique, c'est que c'est quand même beaucoup d'heures et beaucoup d'administratif. J'ai plein de copains qui ont fait du libéral et en général, c'est ce qui en ressort quoi.

T : Sur le côté système de santé, qu'est-ce que tu penses du système de santé actuel en tant que professionnel ?

G : Alors, on a ou on avait un bon système de santé dans le sens où on a la chance d'avoir une prise en charge euh... assez importante au niveau des patients. Une prise en charge où les patients ne payent pas, où on prend soin des gens, même ceux qui n'ont pas de sécu qui sont dans des états pas possibles. Ça, c'est vraiment génial. Mais malheureusement, bah, il y a des choses... comme pour tout... il y a des abus. Fin, je trouve que c'est un peu compliqué en ce moment. C'est que c'est bien de soigner tout le monde, mais euh... le système s'essouffle aussi. On ne peut pas euh... on ne peut pas être ... s'occuper de tout le monde, tous ceux qui viennent aussi profiter de notre système. Il faut aussi que l'on donne des limites et euh... donc la sécu fait euh... comment dire... C'est bien d'avoir la gratuité, par exemple pour les dents et tout. Ce n'est pas du super matériel. On est bien d'accord. Mais parallèlement à ça, on commence à être dans une... Fin à deux vitesses, dans le sens où les mutuelles augmentent pour pallier ce déficit au niveau de la sécu. Donc les gens qui n'ont pas d'argent, c'est bien d'un côté, ils ont ça, mais ils ne peuvent pas se payer une mutuelle pour d'autres remboursements. Donc finalement, l'un dans l'autre, on commence à être dans une situation qui est quand même un petit peu compliquée. Parce que je trouve qu'il y a quand même beaucoup de gens qui n'ont pas de moyens d'avoir une mutuelle. Donc finalement, quand ils sont à l'hôpital, bah, ils ont euh... des forfaits journaliers, bah souvent, les assistantes viennent, donc comment trouver une solution. Ils n'ont pas de mutuelles. On ne peut pas les amener en centre parce qu'il faut qu'ils paient. Fin, ça crée des problématiques pour certaines personnes. Ceux qui ont l'argent, bah, ils ont une mutuelle, ceux qui voient avec le travail. Mais malheureusement, tout le monde n'a pas ça, puis il y a des gens qui n'y pensent pas non plus. Je trouve qu'on arrive à une prise en charge qui devient quand même à deux vitesses. Si on a de l'argent, on peut aussi payer. Il y a beaucoup, je trouve, maintenant de chirurgiens, de médecins qui sont privés, même à l'hôpital. Et on a des sous, bah, on a le chirurgien. On n'a pas les sous, bah... on a l'interne, fin, l'assistant. C'est un choix aussi à faire. Il y en a qui sont prêts à mettre toutes leurs économies pour une opération.

T : OK. Et du coup, euh...

G : C'est ce qui me choque un petit peu à l'hôpital.

T : C'est ce qui pour toi fonctionne moins bien dans le système ?

G : Moi, je trouve.

T : OK.

G : Après, il y a bien d'autres problématiques, mais bon... On ne va pas faire tout un débat, hein ! Mais à l'heure actuelle, ce qui me choque, c'est quand je vois à l'hôpital des patients qui viennent pour des chirurgiens, qui déposent des sommes, certaines sommes, qui n'ont pas beaucoup d'argent. C'est euh... [souffle]. Ils veulent se faire soigner. Je comprends. Ils veulent le chirurgien avec la notoriété du chirurgien et moi, je trouve que ça me choque un peu pour un hôpital public. Mais c'est le système, hein ?

T : Hum, du coup, ça me fait penser... J'ai vu dans l'actualité qu'il y avait euh... Une proposition de suppression de l'AME, l'Aide Médicale d'État. Et ça, tu penses que c'est quelque chose qui serait...

G : Alors, attends... euh... oui, et non, parce que soigner les gens, je suis tout à fait d'accord. Je suis soignant. Il faut soigner les gens et tout. Mais le problème, c'est qu'on se rend compte qu'il y a beaucoup de gens qui viennent de certains pays, en France, pour se faire soigner. Ils prennent l'avion. Ils ne sont pas bien. Ils arrivent en France. Je vais me faire soigner gratuitement. Voilà. Et le problème, c'est qu'on abuse du système. Et à force d'abuser, c'est quand, dans tous les domaines, bah à force d'abuser... il faut mettre des barrières. Parce qu'au bout d'un moment, bah, on ne peut pas travailler pour tout le monde. Voilà.

T : OK.

G : Donc, ça, je le vois dans certaines patho et... Ça devient problématique. Déjà, faut qu'on soigne déjà certaines personnes. Les gens qui sont vraiment en France, on a déjà de quoi faire. Si, en plus, on rajoute les gens qui ne sont pas de France, qui viennent de l'étranger, qui repartent et machin. Je veux dire, ça coute cher quand même. C'est bien de soigner les gens, mais on ne peut pas soigner tout le monde.

T : Hum, en ce qui concerne la kinésithérapie, quel est ton point de vue sur ton métier ?

G : Je trouve que c'est un métier qui est, euh... Très riche. Qui peut être intéressant. Tout dépend de ce qu'on en fait et de ce qu'on veut en faire. Soit libéral, comme certains de mes collègues, c'est de la rentabilité et c'est du coaching. Et je prends cinq personnes dans le cabinet. Et hop, hop, hop, hop, hop, hop. Toi, fais ci, toi, fais ça, et dès que j'ai le dos tourné, bah, euh, mon patient ne fait plus rien. Soit, euh... on ne veut pas bien prendre en soin le patient et on peut faire de la vraie rééducation. Soit, ça peut être comme certains font. Je suis à l'hôpital, je ne fais que de la marchothérapie et la bonne rééducation, je ne la fais pas. Donc, on a... Le problème, comme je dis, c'est qu'on a beaucoup de diversités et ça peut être dans le sens négatif. C'est que pour une même patho, on peut avoir une prise en charge qui est complètement différente. Parce que, en fonction de la personne qui prend en charge. Il y a la personne qui veut s'investir et qui va faire de la vraie rééducation, la personne qui en a rien à

foutre et qui fera le strict minimum et euh... c'est un peu ça aussi la problématique de notre prise en... de notre métier et de notre prise en charge.

T : OK. Ouais.

G : Et... Le problème aussi, c'est comme on manque de kiné en France, on a beaucoup de kiné qui viennent d'autres pays et en fait, on n'a pas le même cursus. On n'a pas les mêmes connaissances. On n'a pas le même savoir. Donc, ils arrivent dans... chez nous travailler. Donc, c'est très bien, hein. Mais, ils n'ont pas tous les acquis que nous on a et du coup, il y a des lacunes et on voit que la prise en charge et quand même bien différente par rapport à un kiné qui est en France ou même en Belgique. Alors, Belgique, Italie, Portugal, ça se ressent quand même beaucoup par rapport aux études par rapport à la France. Je trouve.

T : OK. Et hum, pour rebondir ce que tu disais, en fonction du soignant, on va prendre le principe que ce sont des soignants qui ont fait leurs études en France. Est-ce que tu penses que les problèmes de Sécurité sociale peuvent jouer dedans ?

G : Alors, si c'est en libéral, peut-être, mais si à l'hôpital, ça ne va rien changer.

T : OK.

G : Ah bah, non, non. À l'hôpital, on a un forfait. Donc non, à l'hôpital, ça ne va pas impacter la prise en charge du patient parce que nous, c'est compris dans un forfait journalier. Donc, le patient, il est à l'hôpital et bah nous, c'est inclus dedans. Sauf pour certains services qui fonctionnent comme des SSR. On a un SSR gériatrique, où là, c'est plus coté à l'acte. Mais non, euh, ça ne va rien changer dans la prise en charge du patient. Non, ça, c'est sûr. Voilà. Pas par rapport à ça. Je pense qu'en libéral, ça peut modifier et que de toute façon, je sais, pour en avoir discuté avec des collègues, on fera tout pour gagner un maximum de cotation et que ce soit le plus rentable possible.

T : Hum. Que penses-tu de la place de la kiné dans le système de santé ?

G : Euh... je trouve que, des fois, on est un petit peu oublié et qu'on n'est pas très bien perçu ou mal perçu. Je ne suis pas sûr qu'on sache vraiment ce qu'on fait. Et je ne pense pas qu'on soit, je pense qu'on n'est pas si bien connu que ça, et d'autant plus les kinés qui travaillent en structure. Aussi bien à l'hôpital qu'en centre de rééducation ou quoi que ce soit. L'image du kiné, c'est le kiné en libéral, voilà. C'est simple. Les gens pensent au kiné. Tout de suite, c'est le kiné en libéral. Et c'est vrai qu'on n'a pas cette image du kiné en structure. N'importe quelle structure, il peut bien travailler dans plein d'autres structures. Les gens n'ont pas cette image. C'est euh... en libéral. Et je pense que même au niveau des hautes instances, c'est... tout est

fait pour le kiné en libéral. On a un ordre qui est fait pour le kiné en libéral et pas pour les autres, ça, c'est sûr.

T : OK. Si tu devais définir, avec tes propres mots, ton métier, quelle serait la définition ?

G : Polyvalence, adaptabilité, hmm... Ouais, Polyvalence, adaptabilité et euh... apprentissage. Parce que voilà, comme pour tout. On apprend. Si on veut être quelqu'un... comme dans beaucoup de domaines, hein. Si on veut rester un petit peu, fin, continuer à être au mieux avec son patient. Il y a tout plein de nouvelles choses qu'il faut apprendre et c'est ça qui est intéressant aussi.

T : Hum. Quelles sont, pour toi, les valeurs importantes dans ta pratique ?

G : L'écoute euh... la patience aussi. Euh... l'adaptabilité. Voilà c'est surtout ça.

T : D'accord. Et...

G : Et surtout, ne jamais être néfaste pour le patient. Jamais être délétère pour le patient. Ça s'est le plus important.

T : Très bien. Qu'est ce qui te plaît dans ton métier et qu'est ce qui te déplaît ?

G : Ce qui me plaît, moi, c'est que j'ai la chance de faire ce que je veux. J'ai une chance inouïe, c'est que mon poste, mes postes, chaque fois que j'ai travaillé, j'ai créé mes postes. J'ai toujours cette façon de faire qui fait que je fais ce que je veux, donc ça, c'est cool.

T : OK.

G : Donc, je fais ce qu'il me plaît. Bon, avec, il faut remplacer à droite, à gauche. Mais dans l'ensemble, je fais ce que je veux. Ce qu'il me plaît. Donc, ça, c'est génial.

T : Et donc, il n'y a rien qui te déplaît ?

G : Euh... bin... après, oui, il y a toujours des trucs. C'est, c'est le quotidien. On va dire ça comme ça. La lourdeur administrative. Plein, plein d'autres choses. Mais des petites choses, des petits tracés. On va dire.

T : OK. Mais l'administratif, il existe en structure aussi ?

G : Ouais. Ah oui, oui. On a... On a à chaque fois qu'on voit un patient. On a un système, [REDACTED], qui s'appelle. C'est un très bel outil. On a accès à toutes les infos sur le patient. Euh... On a : radiologie, scanner, bilan... sanguin, urinaire, tout ce que fait le patient, c'est tracé et on a accès à tout ce qu'il se passe. Du moment que c'est fait à l'hôpital. Peu importe l'hôpital. On a une traçabilité qui est faite, les consultations, les séjours qu'il a faits dans d'autres hôpitaux. S'il y a une prise en charge kiné, donc on est au courant de tout, et ça, c'est génial.

T : OK.

G : Donc, du coup, quand on a vu un patient. On trace, nous, on a aussi un endroit pour tracer notre séance.

T : OK. Euh... du côté de la patientèle, donc quel type de patientèle tu traites actuellement ?

G : Oula, alors quel type ? c'est-à-dire ?

T : Bah... Euh... quel type ? je ne sais pas comment te le dire un peu mieux. La plupart des patients que tu vas voir aujourd'hui...

G : Ah, bah moi, j'ai de tout. Des jeunes, des vieux, tous les sexes. Toutes les religions. J'ai une patientèle très variée. J'ai une patientèle variée, pourquoi ? Parce que, alors déjà à l'hôpital, tout le monde vient à l'hôpital. C'est, j'ai de tout, hein. Ça va du SDF au directeur d'établissement en passant par toutes les professions qui puissent exister, hein. Toutes professions ou qu'importe. Les âges différents. Alors, le minimum, c'est seize ans, parce qu'après, ils ne sont plus traités à l'hôpital, ils sont traités dans un autre hôpital jusqu'à cent et quelques années, hein. Euh... patientèle. Bah, comme je disais tout à l'heure, tous niveaux sociaux. Voilà. Donc j'ai de tout. Toutes les religions. Tout. J'ai de tout. Là, j'ai un choix extraordinaire. Qu'il parle français, il parle français, euh... tout. C'est cool. C'est ce qui me plaît.

T : La diversité. Euh...

G : La diversité. C'est ce que je voulais dire.

T : Euh... Comment qualifierais-tu l'état d'esprit, l'état émotionnel de tes patients la première fois qu'il te voit ?

G : Alors, il y a deux... fin, même pas. Oui, deux façons, alors, moi, j'ai mes patients que je vois en consultation en amont de la chirurgie. Donc, ça, c'est de la consultation. Et ceux que je vois en post-opératoire. Déjà, la prise en charge, c'est pas du tout la même. Il y a. Ils arrivent. Ils sont bien. Ils viennent en consultation lambda. Les autres, ils sont opérés. Donc déjà, eux, leurs états d'esprit, ils sont pas du tout le même. Parce que quelqu'un qui vient en consultation, bah voilà, il peut avoir mal, pas mal. Il vient accompagner, pas accompagner. Il vient juste pour une consultation avec ses angoisses et tout ça. Et le patient qui est opéré, qui lui, a un autre état d'esprit. Ça, je m'en suis vraiment rendu compte parce que je les vois avant et après. Alors les patients que je vois en amont de la chirurgie, alors bon, ils sont contents de voir. Alors content, ce n'est peut-être pas le bon terme. Je ne sais pas comment dire. Parce qu'en fait, ils sont, moi, je les vois dans un parcours, donc ils sont, voilà. Là où ils sont contents, c'est qu'en fait, ils sont dans un parcours qu'ils n'ont pas à revenir quinze fois à l'hôpital. Voilà. Donc

là, ils sont contents de ça. Je leur explique plein de choses, donc je pense qu'ils sont satisfaits de la prise en charge que je peux leur donner. Ceux que je vois en post-opératoire, eux, ils sont contents de me revoir parce qu'ils connaissent quelqu'un, parce que je les ai déjà vus avant et que je les connais aussi. Donc pour eux, c'est rassurant. Donc ça, il y a ce côté-là, qui est rassurant pour les patients. Les autres que je ne connais pas, comment est-ce qu'ils réagissent ? Bah... euh... ça... c'est... je sais... Bonne question. Bah, alors, il y a de tout. Les réflexions que j'ai, c'est euh... Ah oui. Ah oui. Alors ça, souvent, j'ai entendu : « Ah, le kiné, vous allez me torturer, me faire mal ». Souvent, je l'ai entendu. Quand même, l'image du kiné, grosse brute épaisse. Les gens qui ont un certain âge, déjà. Alors, ils ont aussi l'image, les gens d'un certain âge déjà aussi : du mec baraqué d'un mètre quatre-vingts, quatre-vingts kilos. Donc, vu mon gabarit quand ils me voient. J'ai eu un monsieur un jour qui m'a dit : « Non, non, je ne vais pas marcher avec vous. » Alors, je lui dis : « Bah, pourquoi ? parce que je suis une femme ? Vous pouvez me le dire. » Il m'a dit : oui. Je lui dis : « Vous savez, euh... » Il me dit : « Je préfère le déambulateur que vous ». Bah, je lui ai dit : « Écoutez, vous savez, si vous tombez, le déambulateur, il ne vous rattrapera pas. Mais moi, je vous rattraperai. » Ça s'est très bien passé par la suite.

T : Des fois, il faut les bousculer aussi, peut-être les patients.

G : Oh que oui. Gentiment. Ou des fois un peu plus. Mais. Voilà. Je pense surtout des fois, pour les patients d'un certain âge, où ils ont une image, stéréotypes encore. Mais c'est vrai que... euh... voilà... des fois, ils ont cette image, des fois un petit peu... de... ah oui, vous allez me lever... mais oui, alors je sais faire. Ce n'est pas un problème. Voilà. Ça peut être ça. Mais ce n'est pas... Mais du moment que l'on dit que l'on est kiné, bah ça rassure vachement les gens. Voilà. Ils ont confiance. Je trouve qu'il y a une confiance qui va s'établir.

T : OK. Euh... En général, quel type d'informations tu connais de tes patients en dehors de l'aspect médical ? Par exemple, leur première consultation quand tu les vois ?

G : Alors, quand je les vois, rien. Si ce n'est que c'est moi qui fais, bah... je me fais... Je fais mon propre diagnostic et je leur pose plein de questions... Leur mode de vie. Comment ils vivent. Voilà. Je leur pose plein de questions. Donc, comme une consultation où on ne connaît pas les gens.

T : OK.

G : Donc, en fait, la première consultation, c'est comment vivent les gens, est-ce qu'ils sont seuls, pas seuls. Est-ce qu'il travaille ? Voilà. Donc, c'est à partir de là que je vais apprendre à connaître le patient, comme ça, je le saurais pour la fois d'après si je les revois.

T : OK. Et euh... du coup, est-ce qu'il y a des informations primordiales que toi, tu as besoin de savoir ?

G : Alors pour certaines pathologies, s'ils vivent seuls ou pas, oui. S'ils vivent en appartement ou en maison, oui. Et quelles activités ils font, s'ils sont toujours actifs ou pas.

T : OK. Et est-ce que tu as une manière de t'y prendre pour poser les questions ?

G : Hum... Alors, oui et non. Parce que j'essaie d'avoir un espèce de cadre, mais de temps en temps, j'aime bien changer. Parce que je n'aime pas la routine. Donc, je ne veux pas m'obliger à faire toujours la même chose. Donc, j'essaie de changer ma façon de faire sans rien oublier. C'est bon pour mon Alzheimer aussi.

(Rires)

G : Nan, mais c'est vrai.

T : Ça fait travailler la cognition.

G : Nan, mais c'est vrai, hein. Et euh... suivant les pathos, je ne travaille pas de la même façon parce que ce n'est pas les mêmes choses. Fin, en gros, oui, je vais poser des questions, mais il y a des choses qui m'intéressent plus que d'autres. Donc en fonction, c'est de l'orthopédie ou de la chirurgie plus au niveau viscéral, digestif, urinaire. Je n'ai pas tout à fait la même, les mêmes questions.

T : OK.

G : Et les suites ne sont pas les mêmes, surtout.

T : Euh... Comment qualifierais-tu la relation que tu entretiens avec les patients durant leur rééducation ?

G : Rééducation de confiance. Moi, ce que je veux, c'est que le patient... J'ai une confiance avec le patient, que ce soit réciproque, et grâce à ça, on peut faire beaucoup de choses. Si le patient me fait confiance, on pourra faire beaucoup de choses. Si le patient, il est réfractaire, il ne me fait pas confiance, ça va être compliqué. Ça, c'est primordial. Si on n'a pas la confiance du patient, on n'arrivera jamais à faire quoi que ce soit. Voilà.

T : Et du coup, est-ce qu'il t'est facile d'entrer en relation de confiance avec eux ?

G : Ouais.

T : Ouais, et comment tu t'y prends du coup ?

G : Ah, ça.

T : C'est secret ?

G : Non, je me suis rendu compte. Alors ça, oui. Euh... je ne sais pas. Ça a toujours été chez moi, euh... quelque chose, j'ai eu ce contact. Voilà. Euh... Ce n'est pas toujours... Voilà... au moins une chose, euh... beh voilà... Mais euh... j'essaie déjà de faire, tant que faire se peut, plutôt souriante. Voilà. Et euh... si je vois que c'est compliqué de passer par de l'humour.

T : OK.

G : De dédramatiser une situation, passer par un autre système pour obtenir ce que je veux. Voilà. Je vais arriver à mes fins, mais je vais détourner l'attention du patient pour arriver à mes fins. Ce matin, j'ai un patient en ce moment, c'est très, très, très compliqué. Il a eu une grosse chirurgie qui lui fait très mal. C'est super compliqué. Je le remets à la marche. Fin, c'est... voilà, c'est... Il avait très mal avant. Ce patient, je l'avais vu en consultation, donc je le connaissais avant, donc je savais qu'il avait très mal, qu'en chirurgie... fin, c'est assez complexe. Et ça fait deux jours que j'essaie de le verticaliser, de le faire marcher. J'aimerais le faire travailler, mais c'est compliqué. Là, aujourd'hui, j'y suis arrivé un peu mieux parce qu'en fait, j'ai trouvé une façon de l'aborder. Et bah, ça a bien marché. Depuis, je l'ai dit aux infirmières et finalement, elles ont fait ce que je leur ai dit. Du coup, elles m'ont dit : « Oh, mais c'est super, on y est arrivé ». On ne fait pas beaucoup de mètres avec ce monsieur parce que voilà... il marche trois quatre mètres parce qu'il a mal et c'est compliqué. Mais, j'ai détourné l'attention du patient pour qu'il oublie sa douleur, qu'il focalise sur quelque chose. Parce que je lui pose des questions, donc son attention, elle est concentrée sur ce que je lui dis, sur les questions que je lui pose. Sur sa vie. Sur ce qu'il fait. Tout ça. Donc, le patient, il est content parce que je parle de lui. Du coup, je détourne son attention de sa douleur. Ça, j'ai beaucoup appris en... Donc, déjà, avec les enfants, et euh... à la pénitenciaire.

T : OK.

G : Hum.

T : Et euh... Est-ce que ça t'est déjà arrivé, pour le coup, de ne pas du tout réussir à rentrer en relation de confiance avec un patient ?

G : Hum.

T : Et si, oui, du coup, qu'est-ce qui, d'après toi, n'a pas marché ?

G : Ah, soit, il y a le patient qui a des troubles cognitifs aussi. Alors ça, ça m'est arrivé. Alors, là. Relation inexistante. Là. Franchement. Voilà. Euh... soit parce que, parce que, qu'on le veuille ou non, on a tous des affinités avec quelqu'un, et que le patient. Je m'en souviendrai toute ma vie de ce patient. C'était à la pénitenciaire. Et euh... j'étais... très particulier, ce

monsieur. Il avait mis le feu dans une boîte de nuit. Il parlait très peu français, c'était un Allemand. Et... en fait, ça le soulait que je vienne le faire travailler parce que je lui demandais des choses, et voilà. Donc, en plus, je ne pouvais pas l'encadrer, donc c'était réciproque, mais j'ai fait ma séance.

T : OK.

G : Voilà.

T : Est-ce que, du coup, là je vais rebondir sur autre chose, le fait que tu sois en structure, il y a un côté où tu peux plus facilement demander à un collègue de te remplacer sur un patient ?

G : ça peut se faire, mais... euh... en majorité des cas... euh... je prends le patient en charge et voilà.

T : OK.

G : Nan, mais, quand même, en structure, on est souvent seul, aussi. Je veux dire... voilà. Après, à nous de nous débrouiller pour qu'on puisse s'occuper des patients. Sachant que moi, j'ai aucun a priori sur tel ou tel patient. Ce qui n'est pas toujours le cas de mes collègues. Mais moi, qu'importe le patient, je le prendrai en charge. Donc, je n'ai pas d'a priori déjà vis-à-vis du patient.

T : OK. Hum. Qu'as-tu à cœur de véhiculer comme image auprès de tes patients ?

G : Mon image ?

T : Euh... ouais. Ton image ou l'image du métier, quand tu vois un patient, ce que tu as envie qu'il retienne, on va dire, quand même ? par exemple, chez...

G : Bah, qu'il, qu'il ait, euh... qu'il soit content de sa prise en charge et que bah... qu'il ait pu... fin, je ne sais pas moi... progresser dans sa prise en charge. Ouais, je ne sais pas comment exprimer ça, par contre.

T : Est-ce que, par exemple, quand tu prends en soin un patient qui va être plus ou moins âgé et qui aurait cette idée du kiné stéréotypé d'un mètre quatre-vingts, quatre-vingts kilos, comme tu disais tout à l'heure. Est-ce que, du coup, le fait que toi, tu sois une femme qui soit plus petite, et voilà. Bah en gros, de changer cette image du stéréotype chez un patient...

G : Ah, oui, oui, oui.

T : ... parce que, par exemple, ça c'est...

G : Alors ça, je me fais un malin plaisir à le faire.

T : OK. Euh... Quand tu vois un patient, d'après toi, quelles sont les attentes qu'il a envers toi ? Est-ce que tu penses que, comme en libéral...

G : Alors, non.

T : ...pour le kiné hospitalier, il y aura des attentes ?

G : Je ne suis pas si sûr que ça. Ou alors, il aura des attentes parce qu'on va lui dire que le kiné va passer.

T : OK.

G : Il a des attentes, parce qu'il est briefé avant. Souvent, en chirurgie, quand on fait la RAAC, donc ils sont vus en amont. Ils sont briefés les patients... parce que dans le protocole RAAC, ils vont voir les patients. Euh... les patients... ils vont voir le kiné, les patients... nanana... Donc, il a déjà ce cheminement où ils sont déjà prévenus qu'il va y avoir le kiné et qu'est-ce que va faire le kiné avec eux. Donc, il a l'attente que on lui a déjà plus ou moins dite en amont de la chirurgie. Donc, euh... est-ce qu'il a une autre attente ? Ou qu'est-ce qu'il peut attendre de plus ? Je ne sais pas. Ou le patient, il est surpris. Il n'attend rien. Ou voilà. Je ne sais pas. Je ne sais pas si le patient, il a une attente. Non, parce qu'on lui dit tellement : « Vous allez voir le kiné », qu'il attend le kiné. C'est tout.

T : Est-ce que toi, quand tu les vois en rééducation pour la première fois, post-chirurgie par exemple, tu vas leur demander si... quelles sont les attentes de la séance de kiné ?

G : Non, parce que c'est moi qui leur dis : on va faire ça, ça et ça. Et je leur dis, c'est moi qui donne des objectifs.

T : OK.

G : Après, pour certaines choses, je peux demander au patient s'il voudrait faire ci, s'il voudrait faire ça. Mais je n'ai pas, je suis pas en centre de rééducation où j'ai un temps qui est vraiment énorme. Moi, j'ai des séjours qui sont courts. Donc, du coup, euh... j'ai un objectif qu'il faut que j'atteigne. Donc, c'est moi qui mène la danse.

T : OK.

G : Sauf si le patient, il émet, il a une demande particulière ou il veut quelque chose en particulier. Voilà.

T : Et du coup, de quelle manière tu vas être dans l'écoute du patient pendant la rééducation ?

G : Je suis toujours à l'écoute du patient. Du début à la fin, je suis là pour écouter les patients. En fait, je m'adapte. Chaque patient. Je m'adapte à chaque patient. Ma rééducation en

globalité, elle est toujours, fin, la même pour une même patho, mais adaptée à chaque patient. Donc, je suis toujours à l'écoute du patient. Dans ces besoins. Dans ce qu'il veut. Dans comment il se sent. Euh... Voilà.

T : Euh... Quelle part donnerais-tu à la composante psychologique du soin, versus la composante corporelle/somatique ? Si tu devais donner un pourcentage entre l'un et l'autre.

G : Alors, c'est très fluctuant, je dirai, entre les patients. Mais, il ne faut pas justement, être négligent comme pour mon patient. Je reprends justement le même exemple que tout à l'heure, qui, justement, en shuntant quelque chose, justement, le côté psychologue, en le faisant partir sur autre chose. Il oublie la douleur qu'il a en lui ancrée. Et donc, faut le travailler aussi. Savoir jouer là-dessus, c'est important. Moi, je travaille sur la globalité du patient. Tant sur le plan psychologique, psychiatrique que sur le physiologique. Émotionnel et tout ça. Donc, si on prend en charge la globalité du patient, je dirais que pour certains, c'est cinquante-cinquante. Pour d'autres, ça peut être 70/30. 30/70. Voilà. Mais euh... pour moi, c'est une globalité et c'est un patient dans tout ce que ça implique. Dans toutes ces émotions. Donc, tout ce que « Oh bah voilà. Ah, je suis content. Aujourd'hui, ma fille, ça y est. Elle a eu son permis. » « Ah, c'est super, machin. » Bah, du coup, on va discuter. Et c'est ce qui est important. C'est cette relation que je vais créer avec le patient et qui, du coup, en créant cette relation, c'est une confiance qui va s'établir. Hier soir, je suis partie, après mes consultations. Je croise un patient dont je m'étais occupé. Il me dit : « Ah, bonjour, comment ça va ? Je suis content de vous revoir. Vous saviez ce que vous m'aviez dit, nana... Je continue à faire ce que vous m'aviez dit. » Bah, voilà. Ça, c'est une confiance, et il écoute ce que je lui dis. Ça, c'est cool. C'est le but escompté, on va dire.

T : Et euh... donc, tu me donnais l'exemple, donc, de ton patient de ce matin que tu as réussi à shunter par l'intermédiaire du dialogue. Est-ce que, par d'autres manières, tu as déjà réussi à débloquer ou soulager un patient par un aspect psychologique dans une prise en soin ?

G : L'humour.

T : Par l'humour ?

G : Hum. J'ai un patient, je m'en souviens. Je travaillais en pneumo, donc il y a quelques années. Je le voyais, il était hyper encombré, ce monsieur. C'était affreux. Je le voyais à huit heures du matin. Donc, avec tout ce qu'implique la kiné respi. Tous les matins, je me faisais

insulter. « Ah, vous me faites chier, machin. Ouais, j'en ai marre de vous voir, machin. » Et un matin, je suis arrivé. Parce que bon, ça gonfle quand même. Un accueil pareil à huit heures du matin, on a connu mieux quand même. Je préférerais boire mon café. Et je l'ai vu. J'ai éclaté de rires. Et le patient, il m'a regardé. Il ne savait pas ce qu'il fallait faire. Ça l'a tellement désarçonné. Beh, j'ai pu en faire ce que j'en ai voulu. Du coup, ça c'est super bien passé les séances d'après et il ne m'a plus jamais mal parlé. Au contraire, il était super content de me voir le matin et il m'a même fait de l'humour.

T : Eh beh, ouais.

G : Nan, mais voilà. C'est... et ça, c'est un truc, je m'en suis vraiment rendu compte. On passe faire autre chose. C'est trop bien.

T : Et du coup, est-ce que tu as suivi des formations, obtenu des informations sur l'aspect psychologique de la prise en charge ?

G : Non, jamais.

T : Jamais ? Est-ce que tu as toujours réussi à te débrouiller seule ?

G : Hum.

T : Ouais ?

G : Hum. Et pourtant, j'ai fait pas mal de services assez durs quand même. C'est peut-être pour ça. J'ai appris sur le tas quoi.

T : OK.

G : Parce que, bon, la pénitencière, les prisons, euh... c'est fun aussi.

(Rires)

Ah oui. Non. J'ai fait des trucs bien fun.

T : Ça t'a endurci du coup ?

G : Ça m'a fait comprendre autrement l'esprit humain.

T : OK. Est-ce que tu as remarqué ou est-ce que tu penses qu'il y a une facilité des patients à se confier grâce à l'effet blouse blanche ?

G : Alors, je ne dirais pas blouse blanche. Pas du tout. Parce que justement, il y a le syndrome de la blouse blanche et ça, ça les stresse. C'est le fait de : kiné. Et ça, mes collègues, en fait, je ne m'en suis pas rendu compte, moi. C'est mes collègues qui m'ont fait la remarque. Ils m'ont dit quand t'arrives et tu dis « Bonjour, euh... je suis la kiné, nana... » Tout de suite, ça

change. Et tout de suite, les gens sont à l'écoute. C'est hallucinant. Et moi, je m'en étais jamais rendu compte et c'est mes collègues aides-soignantes qui m'ont fait la remarque.

T : Et donc, du coup, pourquoi il y aurait une différence ?

G : Avec le kiné, le patient fera plein de choses. Avec les infirmières : « Ah, mais on n'y arrive pas, machin. On s'est pété le dos, machin ». J'arrive : « Bonjour. On est... Bonjour, je suis la kiné. On y va. Ah oui, oui. D'accord, allez hop. » Je ne sais pas. Effet magique. Ça marche du feu de Dieu. Non, non, mais, blague à part. Je ne sais pas. Moi, je vois le kiné, ce n'est pas pour ça que je vais me lever. Bon, si tiens. Non, mais je ne sais pas. Non, mais je ne sais pas. C'est vraiment un truc, qu'il soit jeune, vieux, qu'importe. Alors là, ça n'a pas du tout. Je ne sais pas pourquoi. Alors ça, peut-être aussi : « Ah, mais vous allez me faire mal. » Non, pas du tout. Beh, du moment qu'on dit : Beh, il y a le kiné qui arrive. « Ah bah oui, je vous attendais. » Voilà. C'est souvent. « Ah, je vous attendais. » C'est quand même plutôt positif. Voilà.

T : C'était justement une remarque d'un cours hier, un TP sur la brulo justement, sur les postures et où le prof nous disait que postures c'était vingt minutes et qu'il y en a beaucoup qui disaient que ça fait mal une posture chez les brûlés. Et que lui nous disait, que, au contraire, une posture, ça dure vingt minutes et le patient doit être capable de s'endormir. Du coup, ça me fait penser juste à ça sur le fait que...

G : Tout dépend comment on est. Je me souviens, j'ai travaillé, justement, chez les grands brûlés aussi, j'ai, de la pédi et chez les adultes. Et si on amène la discussion, et suivant comment on... Alors si on arrive, crac, on tire comme un brutal sur la... Alors déjà, on va faire péter la bride, ce qui n'est pas du tout une bonne chose. Mais si on arrive doucement, alors oui, ça fait mal et que des fois, une posture au début, oui, ça fait mal quand même. Franchement, quand on tire doucement. Mais si on y va tranquillou, et que, au bout de vingt minutes, on écoute vraiment le patient. Que le patient, s'il se détend bien, oui, il peut s'endormir à la fin de la posture. Je suis tout à fait d'accord.

T : Hum.

G : Mais, à contrepartie, moi, j'ai des séances où je sais que le patient, je vais lui faire mal. Donc, je leur dis d'emblée. Oui, je sais. Je vais vous faire mal, mais, je ferai de telle façon pour minimiser la douleur. Mais je leur dis d'emblée. Oui, ça va faire mal. Je les préviens systématiquement. Si je vais leur faire mal, parce que je n'ai pas le choix, parce que c'est de la rééducation et que oui, ils vont avoir mal. Alors, soit, des fois, je demande un antalgique avant la chirurgie... euh... la chirurgie... avant ma séance, pour qu'il ait moins mal. Je peux faire ça, c'est déjà arrivé. Soit, euh... mais je préviens quand même le patient qui a le choix,

mais je ferai tout pour éviter qu'il ait trop mal et que je serai quand même à son écoute. Et que si vraiment ça fait trop mal, on fera d'une façon différente.

T : OK. Donc, tu travailles avec un seuil douloureux ?

G : Hum.

T : À ne pas dépasser à chaque fois ?

G : J'essaye.

T : OK.

G : La douleur étant subjective, faut savoir doser. Parce que, sans porter de jugements désobligeants ou quoi que ce soit. Nous, on appelle ça : le syndrome méditerranéen. C'est aïe, aïe, aïe. (crie). Oui, mais je vous ai pas encore touché. Ok. Voilà. Alors ça, faut savoir différencier le « aïe », non, mais attendez, on a encore rien fait, de la personne qui est comme ça. Limite les larmes aux bords des yeux. « Vous avez mal ? » « Non, j'ai, "aïe", pas mal. » Non. Oui, vous avez mal, donc stop, on va arrêter. Il faut vraiment regarder son patient et être aussi à l'écoute de tous les signes que le patient. Je suis détendu, j'ai pas mal. Non, mais si vous avez mal. Voilà. C'est paradoxal aussi. Il faut toujours être à l'écoute de son patient.

T : Du coup, hormis la douleur, comment tu fais pour identifier les émotions de tes patients ? Euh... par du langage non verbal ou des stratégies ou des techniques pour amener la discussion sur le point ou sur un point précis, d'un point de vue émotionnel ? Est-ce que ça t'arrive du coup d'aborder un point de vue émotionnel en séance, par exemple ?

G : Alors euh... ça dépend, alors certains sujets, peut-être pas en séance, je vais pas les aborder parce que euh... si la personne se met à sangloter, que c'est quelque chose de trop vif pour la personne ou y a trop d'émotions, ça me freine ma séance donc y a pas d'intérêt. Soit, je le fais après la séance, ou je commence la séance et je vois que la personne, elle est tellement pas bien et que je ne pourrais pas continuer, et je commence à aborder et je vais partir sur autre chose. Donc, plus de la discussion qui va aussi parfois apporter du bien au patient. Voilà.

T : Et est-ce que du coup, donc je ne sais pas si dans ton service y a un psychologue qui est dédié.

G : (me coupe) De temps en temps, il vient. On fait la demande.

T : Et est-ce que du coup, tu conseilles euh... à tes patients euh... la consultation ?

G : Ouais. Je leur demande s'ils veulent parler. Je dis qu'on est là pour les écouter. Et que s'ils ont besoin de parler, bah, y a une personne qui est là pour euh... pour elle.

T : OK.

G : Si ils désirent. Y en a qui m'disent : « Bah non, vous êtes là, je préfère vous parler », enfin, vous en tant que soignant ou voilà. Je leur dis si vous avez besoin de parler, si, voilà.

T : Hum... Est-ce que ça t'est déjà arrivé de te retrouver dans une situation euh... où tu ne savais pas comment interagir avec un patient ?

G : Hum, hum (acquiescement par onomatopée). Oui, oui.

T : Du coup, est-ce que tu peux me raconter comment tu as procédé ?

G : Alors, euh... bah, soit, le patient, euh... alors interagir, c'est-à-dire ? soit, parce qu'il parlait pas ou c'était lui qui était dans l'opposition ?

T : Euh... soit l'un, soit l'autre... euh dans l'opposition, par exemple ?

G : Alors... y a plein de cas de figure. Dans l'opposition, le problème, c'est que si c'est une patiente qui est démente Alzheimer, c'est hyper compliqué d'interagir. Donc, euh... faut essayer, euh... de l'encadrer tant que faire se peut, mais c'est pas toujours évident. Donc, euh, voilà. Et des fois, on y va aussi, si je peux, je veux dire, on est en équipe, avoir peut-être, des fois prendre... alors un aide-soignant, et sinon j'essaie de jouer quand il y a une famille, de jouer avec la famille. Pour m'aider. J'avais un patient, alors c'était pas la prise en charge, était pas compliqué dans l'absolu, mais euh... son fils était présent les après-midis, donc si je voulais travailler mieux, lui faire faire vraiment une bonne rééducation, travailler la marche, travailler la marche parce qu'il n'y arrivait pas bien. En posant le pied, l'équilibre, le pas. Je me servais de son fils qui était là, qui le motivait. Donc, je me suis servi des fois de la famille, je passe des fois par un tiers pour pouvoir y accéder quoi.

Euh... voilà, des fois, euh, des neuros qui ont des problèmes de communication qui sont un peu particulières, bah des fois y a un tiers qui est là pour communiquer et c'est... pour interagir, ça peut être bien, ou alors, bah, ça m'est arrivé d'être en échec complet. Je me suis pris une baffe par un patient, dément, violent et tout.

T : OK. Et du coup, ça a toujours été dans des situations où il y avait une démence derrière ou un problème cognitif du patient ?

G : Ah, bah là, oui, euh, démence. Ma collègue était à côté, elle a même pas pu arrêter le geste. Il était arrivé et alors, euh, là, il m'a tapé. Heureusement que j'étais debout, mais, euh... Première fois, quoi. Même en ayant travaillé en carcéral, je ne me suis jamais fait taper, ni insulter, et là, euh... papinou... pfff (onomatopée et petit geste de claque).

Après bah voilà, y a toujours le fait de, du patient qui en a ras-le-bol, qui aime pas être hospitalisé, qui est fatigué, qui, euh, pour X raison, qui peut être, euh, un peu en disant : « Bah non, je ne veux pas vous voir ». Ça, ça arrive aussi. Donc, il faut respecter aussi le refus du patient parce que, euh, bah parce qu'il veut pas. Donc, dans ces cas-là, ton patient refuse, parce que c'est un refus de pour X raison. On rentre pas... je ne cherche pas à rentrer dedans. Dans : comprendre le pourquoi du comment. Parce que, euh... Alors si le patient, je le connais bien, je dis : « Pourquoi vous voulez pas ? » parce qu'il me dit « Je suis fatigué », parce que ci, parce que ça, parce que voilà, j'ai mes familles, parce que pour X raison.

Puis y a des patients, bah, des fois, on les connaît pas parce qu'ils veulent pas. Parce qu'ils ont pas envie, ça les fait chier de travailler. C'est ce qu'ils me disent : « Vous me gonflez », euh, « J'ai pas envie », euh, « Je veux me reposer », voilà. Donc là, dans ces cas-là, malheureusement, on peut pas trop interagir et euh voilà. Y a des patients, c'est compliqué.

T : Et, euh, avec du recul du coup, est-ce que y a des situations où tu t'es dit « Bah tiens, j'aurais peut-être dû faire différemment » ?

G : Pour certaines prises en charge, euh... ouais, peut-être. Mais après, c'est vrai que pour certains patients, je sais que je voyais que de toute façon, j'allais remplacer. J'allais pas euh... le patient, je vais le voir deux fois, bon, *pfou*. Après, il veut pas, il veut pas. Je veux dire, je vais pas chercher plus loin, quoi. Parce qu'il peut avoir des raisons. Mais si c'est un patient que je suis pendant longtemps. Oui, je vais essayer de plus réfléchir en terme « qu'est-ce que je peux faire ? » et « comment je peux le faire ? » parce que je serai plus embêtée, quoi. Voilà.

T : Donc, du coup, euh, je vais arriver sur la partie...sur l'approche du corps. Euh... Donc, moi, la question du rapport au corps dans le métier de kiné, ça m'intéresse aussi. Et du coup, j'aimerais savoir, dans un premier temps, euh... quelle est la représentation que tu as du corps de tes patients ?

G : Alors, euh... bah, mes patients... Alors, comme j'ai dit tout à l'heure, et ça, je le réitère, hein. Mes patients : c'est une globalité. Ce n'est pas un corps. Voilà. Déjà, c'est une personne. C'est un individu qui vient avec une problématique. Déjà, c'est pas un corps, c'est un patient avec une problématique que je vais traiter et que je vais essayer de soigner. Voilà. Donc, déjà, c'est pas du tout la même approche, donc c'est le corps dans sa globalité. C'est l'individu, euh... avec son corps, ses pudeurs et tout ce que ça peut impliquer. Et sa non-pudeur, surtout à l'hôpital.

T : Et du coup, comment tu gères la pudeur ou la non-pudeur de certains patients ?

G : Alors la pudeur, je le fais de façon, par exemple, si je soulève, si je veux faire un truc, je mets toujours le drap pour faire attention aux parties génitales. Une femme au niveau de la

poitrine. J'essaye toujours de faire attention au respect de la personne et de son intimité. Après, il y a des fois où l'on ne peut pas faire et si la personne, elle est là, et pof, elle enlève la chemise. Elle a pas de pudeur. Bah voilà. On fait avec, hein. Et des fois, la non-pudeur, beh, j'essaye de mettre un truc, parce que, voilà. Je veux dire, c'est bon à l'hôpital, on est déjà à poil toute la journée. Je veux dire, c'est bon, au bout d'un moment. On en a un peu marre, quoi. On essaye de tout faire pour qu'il soit un peu plus pudique, quoi. On va dire bien fermer une chemise derrière. Faire en sorte de garder la dignité de la personne, quoi.

T : OK. Du coup, quel effet ta manière de pratiquer la kiné a sur la relation que le ou la patiente entretient avec son corps ? Est-ce que tu penses que ta manière de pratiquer a un impact sur la représentation que le patient a de son corps ?

G : Hum. Je sais pas. Alors, c'est... ça dépend des pathos. Ça dépend de plein de choses. De... de... Pour une femme qui a eu une mastectomie. Oui. Ça peut avoir un impact parce que je vais leur expliquer les gestes qu'il faut faire. Je vais leur montrer des choses, donc, il y a un impact par rapport à ce qu'elles ont et elles me disent : « Oui, j'ai pas vu ma cicatrice », donc je vais essayer de faire... alors ceux qui ont aussi une cicatrice. Alors oui, je rebondis là-dessus. Ceux qui ont une cicatrice, ils me disent : « Je veux pas voir ma cicatrice. » Donc, je leur donne des conseils pour comment se laver. Pour certains trucs, il va falloir que j'intervienne. Sans voir leur cicatrice parce que justement, c'est une partie de leur corps qui les... Ouais, qu'ils me disent, qui les dégoutent quand même. Et qui leur font peur. Ils veulent pas voir. Donc, euh... Ouais, ça peut avoir un impact là-dessus, mais pour le reste, euh... Pfff, je suis pas sûre.

T : OK. Du coup, fin, comment est-ce que tu procèdes quand c'est comme ça ?

G : Je leur donne des conseils pour justement, euh... un peu dédramatiser la situation. Qu'ils peuvent faire d'une autre façon, sans voir leur cicatrice, et je leur explique qu'ils peuvent faire des choses euh... Voilà... en essayant de cacher cette cicatrice, quoi.

T : OK. Et est-ce que potentiellement, donc la question de la cicatrice, ça peut être un des éléments qui va faire que tu vas potentiellement proposer l'intervention d'un psychologue pour aider à intégrer la cicatrice ?

G : Alors, pour tout ce qui est abdo... non, pas plus que ça. Parce que ça en a pas l'utilité. Pour une mastectomie, je pense... il y a un suivi qui est fait en systématique pour ces femmes-là.

T : OK. Après, moi, j'avais une question, c'est euh... J'ai souvent entendu dire que les mains, c'est un outil du métier de kiné. Pour plein d'autres métiers aussi, au final. Mais du coup, moi, par extension, je me suis dit qu'avec la kiné active sur laquelle on est formé de plus en plus,

euh... Moi, j'ai étendu le truc au fait que le corps du kiné, fin, le corps, c'est l'outil de métier du kiné.

G : Le corps, c'est l'outil de métier du kiné. Moi, je me sers de tout mon corps. Moi, les gens, ils sont contre moi. J'ai un rapport. Fin, je veux dire, les gens, je les ai contre moi. Quand je fais un transfert à un patient qui est hémiparétique. Le patient, il est contre moi. Des fois, je leur dis quand... On a un métier de contact. Les gens, ils me touchent. Donc c'est pas les mains. Il n'y a pas que les mains. Il y a tout le corps. Voilà.

T : Euh... maintenant, la question que j'ai, c'est : Quelles représentations as-tu de ton corps ?

G : Euh... Aucune idée.

T : Et est-ce que, d'après toi, même si tu sais pas là maintenant me dire quelle est la représentation que tu as de ton corps, fin, est-ce que tu penses que, au fil des années, cette représentation a pu changer quand même ?

G : Ah bah, obligatoirement, inconsciemment ou consciemment peut-être d'ailleurs. Je ne sais pas du coup. Elle a dû évoluer par mes pratiques et puis mes acquis et mes connaissances. Il y a... ça me fait penser à un truc. (rires). Un jour, je travaillais, j'étais en médecine interne. J'avais un monsieur. C'était treize heures trente. Et le monsieur était plus grand que moi. Il faisait un mètre quatre-vingt-dix. Certain âge. Une cinquantaine d'années. Moi, je devais avoir vingt-huit ans, quelque chose comme ça. Donc voilà. Et euh... je le fais marcher dans le couloir. Il y avait un grand couloir. Évidemment, personne, puisque c'était l'heure de la relève des infirmières. Le mec, il me dit : « Olala, ça va pas, ça va pas. » Et là, je me retourne : un couloir, pas une chaise, rien. Moi, qu'est-ce que je fais ? Bah, je mets le patient contre le mur et je me plaque contre le patient. Bah, je ne savais pas quoi faire. Du coup, je me suis servi de mon corps, quoi. Et là, sur ce, son fils arrive. Et là, j'entends rigoler. Et le mec, fin, le fils, il dit à son père : « ahah, ça va hein, tu t'embêtes pas trop. » Ouais, mais moi, je suis dans la merde là. Tu vois, je t'explique, c'est pas... euh... voilà. Donc, du coup, en plus, je crois qu'il y avait euh... la bouteille d'oxygène, je sais pas quoi. C'te galère. Mais, je reverrai toujours son fils rigoler parce que, bah, en fait, je pense que c'était cocasse vu de l'extérieur. Voilà, quelqu'un qui fait un malaise, qu'est-ce que l'on fait ? Ou on met la chaise, ou on met le patient contre soi, quoi.

T : Ouais, ouais.

G : Donc, notre corps nous sert énormément dans notre activité. Il peut nous servir. Voilà. On retient quelqu'un, bah, on fait, voilà.

T : OK. Et du coup, est-ce que tu penses que la formation au métier de kiné a eu une influence sur ta représentation ?

G : Oui. Je détestais qu'on me touche avant.

T : OK.

G : Non, mais c'est drôle. Quand j'étais ado, machin. Je supportais pas qu'on me touche. Je dis pas que je suis fan encore que, un inconnu, voilà. Mais dans mon métier, ça ne me gêne pas. Du moment que je suis en blanc, je suis soignant. Voilà. En dehors, c'est encore autre chose. Je suis soignant. Alors, il y a : toucher et toucher aussi. Parce que des fois, euh... *argh*. Non, non. Des fois, c'est dégueu. Ah là-dessus, il y en a une, je l'ai prise. Je sais pas comment elle s'est débrouillée. Elle m'a bavé sur le bras. Ça m'a dégouté. Il y a : toucher et toucher aussi. Il y a le toucher, euh... des fois... il faut faire attention, quoi.

T : OK. Hum, du coup, là, je vais arriver sur la partie discrimination dans les soins. Euh, comme je l'ai dit dans le début de l'entretien, l'intérêt du mémoire, c'est de traiter de cette discrimination des patients LGBT dans les soins en général. Du coup, je vais demander à avoir ton avis en tant que soignante. Et du coup, la première question que j'ai là-dessus, c'est : « Dans quelle mesure penses-tu que cette discrimination existe dans le système de santé français ? »

G : Alors, oui, je pense qu'elle existe parce que les gens ont des aprioris et ont des stéréotypes et des images préconçues et euh... voilà. Qui je pense évoluent quand même, mais qu'il y en reste quand même et que c'est toujours compliqué. Euh... après, en tant que soignant, je pense qu'il y a quand même, je le souhaite du moins, une bienveillance par rapport à l'autre. Puisqu'on est quand même là pour soigner, normalement. Qui dit soignant, soigne tout le monde et sans discrimination, quelle qu'elle soit. Après... euh... je pense qu'il y en a eu quand même.

T : OK. Du coup, euh... mon mémoire, ça traite à la fois du côté, de la vision du soignant, de la question, mais aussi de la vision du patient sur cette question. Donc, j'ai créé un questionnaire au préalable de mes entretiens que je fais, qui est à destination des patients. Auprès duquel j'essaie de récolter des données quantitatives sur la question. Et il y avait une question ouverte, sur, euh... justement, quelles étaient les... les remarques, qui, qui, qui ressortaient, on va dire. Et moi, j'ai eu à plusieurs reprises « stéréotypes » qui était cité, « clichés », « préjugés », « jugements », « remarques déplacées et questions indiscretes », « méfiance et peur des IST de la part des soignants », « difficultés de la prise en soins des personnes transgenres », « mégenrages », « homophobie », « transphobie », « LGBTphobie », « stigmatisation », « pervers », « malveillance », « discours moralisateurs »,

« méconnaissance du monde LGBTQIA » et « refus de prise en soins ». Donc, de ces réponses, qu'est-ce que toi, tu en penses ?

G : Ça, je l'ai vu dans d'autres services. Parce que nous, on est un service trans. Donc, il y a quand même, si on travaille ici, on sait que. Il y a quand même une bienveillance, et on est au fait de ce qu'il se passe ici. Voilà. Euh... après, on a des stagiaires. On a de tout. Donc, c'est vrai que les stagiaires, on les informe en amont. Parce que, par exemple, quand on a un homme qui se transforme en femme, euh, à partir d'un certain âge, bon malheureusement, il y a le côté homme qui persiste. Et le côté féminin qui est parfois inexistant. Voilà, donc, franchement, il faut dire que voilà, hein, c'est comme ça. Euh... donc, il faut bien faire attention et c'est vrai que je peux comprendre. Il y en a beaucoup qui se vexent. Et il y en a, attention, j'en ai eu que c'était même virulent. Il fallait bien les appeler « Madame ». C'est sûr qu'il y en a. Il y a des petites stagiaires et tout, qui sont arrivées et : « Bonjour, Monsieur ». Bah, oui, malheureusement, physiquement, tu ressembles à un homme, quoi. Donc, on essaye quand même, à chaque fois, de briefer les stagiaires pour justement, éviter cette problématique et essayer quand même de garder, bah, le souhait aussi de ces patients de les appeler « Madame. » Parce que c'est maintenant des femmes. Voilà. Mais, c'est vrai qu'ailleurs, dans les autres services, ils ne se posent pas la question de savoir si c'est Monsieur/Madame. Il y a le nom qui est écrit. Ils appellent le nom qui est écrit. C'est Monsieur Machin, c'est une femme, bah, ce sera Monsieur Machin. On se pose pas de questions, quoi.

T : OK. Euh... Est-ce que tu penses avoir déjà été discriminante une fois sans le vouloir avec un patient ou une patiente ?

G : Peut-être, c'est possible. Alors, patiente trans, non je ne crois pas. Finalement, je me dis que je ne sais pas. Ou alors c'est vraiment involontaire quoi.

T : D'après toi, qu'est ce qu'il fait qu'un soignant pourrait être discriminant ?

G : Euh... Ses aprioris personnels. Ses ... son éducation. Sa façon d'être.

T : OK. Est-ce que tu penses que certaines professions du soin sont moins à même de discriminer les patients que d'autres ?

G : Je pense que... c'est compliqué à dire, ça. Parce que dans une même profession, ça reste quand même individu-dépendant, moi, je vais dire. Parce que, dans des mêmes professions, j'ai vu des gens qui pouvaient porter une discrimination et que d'autres n'en portaient pas quoi. Fin, je pense qu'il y a le côté, c'est pas le côté soignant qui va ressortir, c'est l'individu en tant que tel qui va ressortir. Ça va dépasser le côté soignant.

T : OK.

G : Si la personne fait ça, c'est parce qu'elle a ses convictions et qu'elle n'est plus soignante. Elle est individu avec ses propres convictions. Donc, ce n'est pas un soignant qui va parler. C'est l'individu avec ses propres convictions.

T : OK. Et donc, du coup, à l'inverse, ce sera la même chose, fin, la question, c'était : « Est-ce que tu penses qu'il y aurait une profession qui pourrait être plus à même d'être discriminante ou pas ? »

G : Non, je ne pense pas.

T : Non ?

G : Bah... Voilà. Mais c'est valable. Un truc aussi, ça n'a rien à voir, mais dans les discriminations. J'ai des problèmes de vue, hein. Et, euh... je m'en suis pris plein la tête par des patients. Donc, j'ai été discriminée moi aussi. Je l'ai vécu.

T : Oui. Et du coup, ouais, de... fin, je m'en rappelle qu'on en avait discuté un peu aussi par téléphone, quand je t'ai expliqué un peu l'entretien, la première fois qu'on a eu contact ensemble. Où je... on va dire que ma réflexion de base, ça aurait été de penser que bah, même si toi, tu travailles sur la globalité du patient. C'est comme ça qu'on nous forme aussi aujourd'hui. Moi, j'avais cette réflexion que vu qu'on travaillait sur le corps, potentiellement, on aurait été moins discriminant en tant que kiné.

G : Alors, je pense que... moi, les gens, je te dis, qui ont discriminé, qui ont cette attitude, j'irai peut-être moins dans les kinés que dans d'autres professions, peut-être oui. Mais n'empêche que... voilà. J'ai des collègues qui vont s'occuper de trans tout ça, mais pas plus quoi. Ils font leur job, mais voilà. Mais je pense qu'il y a pas... c'est quoi qu'on voit là-bas, depuis tout à l'heure... c'est flippant non ?

T : C'est une punaise.

G : Ah, merde. *Beurk*. Et euh... Voilà... je... Dans « discrimination », je vois quand même le côté malveillant que n'auront pas mes collègues. J'aurais pas ça. Ils vont s'en occuper. Il y aura une prise en charge qui sera faite, mais, euh... Il n'y aura pas. Je pense qu'il n'y aura pas quelque chose de vraiment négatif là-dedans.

T : OK. Parce que, du coup, pour le coup, en discutant avec l'un de mes camarades, il a... Donc, là, ce que je vais expliquer, ça se passe sur un forum. C'est le forum physiorama, donc qui est spécifique à la kinésithérapie.

G : Hum. Hum.

T : Et donc, du coup, il a, lui, créé un questionnaire pour son mémoire, qui traite absolument pas de la question de la discrimination ou autre, mais en fait... son questionnaire est à destination des kinés libéraux. Et il demande donc aux... aux kinés de se présenter brièvement et il demande des informations, dont une partie sur l'identité de genre du questionné.

Et donc, suite au dépôt de son questionnaire sur le forum, il y a eu des commentaires qui ont été faits par des kinés. Et donc, j'en ai relevé trois qui m'ont justement un peu étonné et dont un qui était « euh... bon, salut. Et donc là, on a quatre identités de genre. C'est particulier à Lyon. » Un autre qui dit : « Ma réponse est pour polémiquer. Moi, je suis allé plus loin que la question susvisée sur le sexe, mais je n'y ai pas répondu, car il manquait la cinquième proposition qui me convient : « J'hésite encore ». » L'immense majorité de mes patients porteurs de PTG sont des gens de plus de soixante-dix ans dont la majorité des femmes. (si, si, elles étaient genrées, il y a soixante-dix ans). »

G. Oh. Oh.

T : Et après la dernière, « la patiente avait un prénom de femme et avait un numéro de Sécurité sociale qui commence par deux, mais était-ce une femme ? ça, j'en sais rien. »

C'est juste des petits exemples, du coup, pour, euh.

G : Alors ça, c'est misogyne hein.

T : En plus ouais. Alors ça, c'est misogyne. On est d'accord.

G : C'est misogyne. Parce que de toute façon, quoi qu'il arrive, la Sécurité sociale restera toujours : un pour les hommes, deux pour les femmes.

T : OK.

G : On restera toujours. On ne peut pas faire autrement, quoi. Donc, euh... Alors, non, en plus là, c'est misogyne et on rentre dans une autre problématique. Alors, c'est bien ce que j'ai dit. C'est vraiment l'individu en tant qu'individu qui dépasse l'ordre de la profession.

T : Mais du coup, ça me semblait intéressant de, du coup, de rebondir là-dessus et de, d'en parler avec toi parce que

G : Mais non, j'ai envie de dire. Malheureusement des cons, il y en a partout.

T : Bah oui.

G : C'est pas parce qu'on est kiné qu'on est vachement bien. Et c'est pas parce qu'on est médecin qu'on est vachement bien. Et c'est pas parce qu'on est... Voilà. Fin, je veux dire... mais malheureusement, il y a l'individu dans ce kiné, dans son éducation et de tout ça, hein.

T : Bah après, à la différence aussi, c'est qu'on est sur un forum, donc les gens parlent un peu comme ils veulent.

G : Bah voilà.

T : Cachés par une adresse internet. Fin...

G : Voilà. Et puis, il y en a aussi qui veulent aussi faire leur malin parce que bon, cinquième truc et tout. Ouais, c'est un peu limite. C'est... et c'est peut-être un frustré de la vie, le mec. Peut-être que le mec, euh... il s'est jamais révélé et que, euh... voilà. Il le sait pas, mais que, euh... Il y a ça aussi.

T : C'est ça.

G : Non, parce qu'il y en a aussi. Ils font leurs marioles, mais en final. Voilà. Ils savent pas trop ce qu'ils sont non plus.

T : Hum. Et, je sais pas, hormis si tu voulais rajouter quelque chose, là-dessus.

G : Je sais plus ce que je voulais dire. Je voulais dire quelque chose là-dessus, mais je sais plus. Oui. Non. Mais, bah, voilà. Donc, je pense que c'est vraiment dépendant de... de... l'individu et que malheureusement, bah la méchanceté existe de partout. Et... n'est pas inhérente à une profession ou pas.

T : Non, mais ça, je suis bien d'accord aussi. Euh... du coup, est-ce que tu as connaissance d'outils qui pourraient exister pour lutter contre ces discriminations ?

G : Non. Malheureusement, non.

T : Et est-ce que tu aimerais en voir arriver ?

G : Je pense que pour certaines personnes, ce serait une bonne chose, et puis je trouve toujours chaque fois cataloguer euh... C'est cataloguer qui me pose problème, pour telle ou telle chose.

T : OK.

G : Pour avoir été discriminée, euh... Quasiment depuis que je suis toute petite, euh... Bah oui. C'est sûr que, voilà. C'est pour ça que je dis que la connerie humaine, je la connais très, très bien et euh...

T : Donc, du coup, est-ce que s'il y avait un outil que t'aimerais voir inventer, qu'est-ce que ce serait ?

G : Il n'existera jamais c't'outil ! C'est savoir modifier la connerie humaine.

T : OK.

G : Mais ça, il y a trop de gens.

T : Du coup, une formation sur, euh... justement, le prendre en soin inclusif et les manières non discriminantes, est-ce que tu penses que ça pourrait être... ?

G : Ça, c'est de l'utopie. L'Homme est tel qu'il est. Et l'Homme a une part de bonté et une part de méchanceté. Il n'y a qu'à voir les enfants. On voit les tout-petits déjà, il y a quand même une certaine discrimination déjà entre eux. Je pense que l'Homme est tel qu'il est, et que dire que tout sera parfait et qu'il n'y aura plus jamais de discriminations, ça, j'y crois pas. Parce que ça fait partie de l'individu, l'être humain en tant que tel, et que ça a toujours existé et que ça existera toujours.

T : OK.

G : Malheureusement.

T : Bon, et du coup, si...

G : Mais après, si on peut améliorer certaines choses, je pense qu'on peut, mais l'éradiquer, non.

T : OK. Et, euh... Donc, toi, si tu pouvais dire à des confrères, tout métier confondu, quelque chose pour limiter justement les discriminations. Qu'est-ce que tu leur dirais ?

G : Bah, pfiou. Le problème, c'est que... Qu'est-ce que je leur dirai... Bah, tout dépend comment agirait c'te personne. Ce qu'elle ferait ? Ce qu'elle dirait ? Et je pense que je lui dirai euh... Pfiou... Je sais pas, parce que je pense que je ferai en fonction, cas pour cas... Donc, je sais pas.

T : OK.

G : Et puis, le problème, c'est que, comme on dit, il y a la connerie humaine et il y a une fois où il y a rien à répondre, parce que les gens, ils sont trop cons. Il y en a, on peut encore les changer. On peut leur faire comprendre. Mais, il y en a, c'est... on parle à la chaise, on aura la même réponse.

T : (Rires).

G : Non, mais c'est hallucinant. J'ai croisé des trucs, j'ai vu de ces trucs, mais... Il y a le malveillant. J'ai vu des choses, c'est pfff. Donc, c'est pour ça que je me dis que malheureusement. Oui, on peut faire des choses. On peut améliorer. Mais il y a des trucs, non. Quoi qu'on fasse, ça existera toujours.

T : OK. Le monde parfait n'existera donc jamais ?

G : Non. Je crois pas. Puis, un monde parfait finalement... qu'est-ce qu'on s'ennuierait. Moi, je sais pas, un monde de Bisounours, je crois que ça me gonflerait au bout d'un moment.

T : Hum. Hum.

G : Non, mais c'est vrai quoi. Si on était tous identiques... on s'ennuie quoi. Après, la méchanceté, ça, on peut peut-être l'éradiquer quand même. Non, un monde parfait, on vise l'utopie là. J'y ai jamais cru aux Bisounours.

T : (Rires). OK. Et du coup, on va arriver sur la fin de l'entretien. Euh... Du coup, avant de conclure, est-ce qu'il y a quelque chose sur lequel tu aimerais revenir ? Un point qui serait important, pour toi, à souligner ?

G : Moi, mon point important, par rapport à ma profession, c'est l'écoute du patient. Et le prendre en soin dans sa globalité. Et ça, c'est très, très important. Tant aussi bien le côté physiologique que le côté psychologique, et vraiment, être aussi à l'écoute des attentes du patient. Également. Même si, euh, c'est moi qui vais induire la séance. Il y a quand même des fois des attentes, des désirs du patient et il ne faut pas passer à côté. Être toujours à l'écoute du patient et être dans la bienveillance.

T : OK. Euh... est-ce que tu as des questions sur ma recherche ?

G : Est-ce que, quand tu auras fini ton mémoire, je pourrais. Tu pourras me rappeler pour voir un petit peu où tu en es et pour me dire pour la suite comment ça se passe ?

T : Sans soucis.

G : J'aimerais bien savoir, quoi.

T : Pas de problèmes. Et, une dernière question, pourquoi est-ce que tu as accepté de participer à ma recherche ?

G : Bah, parce que je trouve que c'est une démarche qui est assez intéressante et que je suis dans un CHU et que j'ai plein d'étudiants. Donc, je pense que c'est normal de pouvoir aider tout le monde.

T : OK.

G : C'est aussi mon rôle. Voilà.

T : Donc, du coup, je te remercie de tout le temps que tu m'as accordé.

G : Pas de soucis.

T : Et euh... pour l'échange constructif que nous avons eu.

G : Très intéressant, j'ai trouvé.

T : Merci.

G : Je t'en prie.

