



Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation

Pays de la Loire

54, rue de la Baugerie – 44230 SAINT SÉBASTIEN SUR LOIRE

Le toucher et la perception par le patient de la qualité des soins en
Masso-kinésithérapie

Manon Le Yondre

Mémoire UE28

Semestre 10

Année scolaire : 2023-2024

RÉGION DES PAYS DE LA LOIRE



Je, soussignée

Manon LE YONDRE, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Fait à Nantes

Le 29/04/2024



AVERTISSEMENT

Les mémoires de l’Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et de la Réadaptation sont réalisés au cours de la dernière année de formation MK.

Ils réclament une lecture critique. Les opinions exprimées n’engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l’objet de publication, en tout ou partie, sans l’accord des auteurs et de l’IFM3R.

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement ma directrice de mémoire pour m'avoir guidée et soutenue tout au long de ce processus. Ses conseils avisés et sa disponibilité ont été d'une grande importance pour ce travail.

Je remercie les personnes interviewées pour avoir accepté de participer à ce projet.

Je remercie mes parents pour m'avoir soutenue et encouragée durant toutes mes études. Je les remercie également pour leur courageuse intervention dans la correction de ce mémoire.

Je remercie mes amis d'enfance et mes proches qui ont été là depuis le début de mes études et m'ont offert des moments remplis de bonheur.

Je tenais à remercier ma tutrice de stage de clinicat pour m'avoir poussée dans mes retranchements et m'avoir inspirée.

Je remercie mes amis du FCK d'avoir rendu cette aventure mémorable, hilarante et tout simplement inoubliable.

Je remercie mon amie et partenaire de clinicat, sans qui je n'aurais pas traversé cette année avec autant de joie.

Résumé

Le toucher dans les soins de masso-kinésithérapie est un vaste sujet qui regroupe un nombre important de techniques. C'est à partir d'observations sur mes lieux de stage et avec des échanges avec des masseurs-kinésithérapeutes que l'enjeu d'utiliser ou non des techniques manuelles s'est dessiné. C'est aussi en discutant avec des patients suivis en masso-kinésithérapie que je me suis rendue compte de la grande diversité des opinions sur ce que représente le toucher en soins et également des éléments qui font pour eux une bonne qualité des soins. A partir de cette constatation et par manque de littérature scientifique à ce sujet, ce mémoire s'intéresse à l'influence du toucher dans les soins de masso-kinésithérapie sur la perception de la qualité des soins reçus.

Afin d'obtenir davantage d'informations à ce sujet, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de cinq personnes ayant eu des séances de masso-kinésithérapie dans leur vie. Les personnes interrogées sont majeures et ont toutes une atteinte musculosquelettique. L'objectif est de recueillir des éléments sur le vécu et la vision des patients pour comprendre l'influence du toucher sur leur perception de la qualité des soins.

L'analyse thématique réalisée a permis de mettre en évidence comment le toucher, par ses caractéristiques, peut influencer la qualité des soins perçus. Un toucher attendu, expliqué, jugé expert, bienveillant, et qui dépend des expériences passées et des techniques du toucher peut avoir un impact significatif sur la qualité des soins perçus par les personnes interrogées. Le toucher selon les caractéristiques précédemment évoquées peut apporter un soulagement, un bien-être, de la communication, un sentiment d'être compris, écouté et considéré. Ces derniers éléments définissent une bonne qualité de soins perçus, tels que rapportés par les personnes interrogées et appuyés par les critères identifiés dans la littérature scientifique concernant la qualité des soins perçus.

Nous concluons que les caractéristiques attendues du toucher déterminent la qualité des soins perçus par les patients et doivent être interrogées lors des soins par le masseur-kinésithérapeute.

Mots clefs

- Qualité des soins perçus
- Toucher
- Patient
- Masso-kinésithérapie

Abstract : Touch and patient perception of quality of care in physiotherapy

Touch in physiotherapy care is a vast subject that brings together a wide range of techniques. It was through observations during my internship and exchanges with physiotherapists that the issue of whether or not to use manual techniques took shape. It was also through discussions with patients that I realized the diversity of opinions on what touch represents in care, and also of elements which, for them, ensure good quality care. Based on this observation, and given the lack of scientific literature in this respect, this work looks at the influence of touch in physiotherapy care on the perception of received quality of care.

In order to obtain more information on this subject, semi-structured interviews were conducted with five persons who had physiotherapy sessions before. The interviewees are over 18 and have musculoskeletal conditions. The aim is to gather patient's experiences, in order to understand the influence of touch on their perception of quality of care.

The thematic analysis highlighted how characteristics of touch can influence the perceived quality of care. A touch that is expected, explained, considered expert and benevolent, and that depends on past experience and touch techniques, can have a significant impact on the perceived quality of care. Depending on the characteristics mentioned above, touch can bring relief, well-being, communication and a feeling of being understood, listened to and considered. These last elements define a good quality of perceived care, as reported by interviewees and supported by the criteria identified in the scientific literature concerning the perceived quality of care.

We conclude that the expected characteristics of touch determine the quality of care perceived by patients and must be questioned during care by physiotherapist.

Keywords

- Perceived quality of care
- Touch
- Patient
- Physiotherapist

Glossaire

MK : Masseur-kinésithérapeute, masso-kinésithérapie

MS : musculosquelettique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

EBP : Evidence-based practice

Sommaire

Introduction	1
I. Cadre conceptuel	3
A. Le toucher	3
1. Le sens	3
2. Les fonctions	4
3. Le toucher dans le soin	5
B. Le métier de Masseur-kinésithérapeute	6
1. Les origines de la profession	6
2. L'évolution du métier de masseur-kinésithérapeute	7
3. Le toucher en Masso-kinésithérapie	8
C. Perception de la qualité des soins	9
1. Les concepts de « care » et « cure »	9
2. La qualité des soins	10
II. Problématisation	13
III. Méthode	15
A. Choix de l'entretien semi-directif	15
B. Les entretiens	16
1. Contraintes réglementaires	16
2. Elaboration de la grille d'entretien	16
3. Stratégies de recrutement	16
4. Conditions de l'entretien	18
5. Retranscription et anonymisation	18
C. Méthode d'analyse	19
IV. Résultats	20
A. Présentation des interviewés	20
B. Analyse thématique	20
1. La qualité des soins	21
2. Les techniques du toucher	22
3. L'impact émotionnel et le ressenti	24
4. Les attentes du patient	25
5. La prise en compte de la personne touchée	27
6. La communication	28
7. L'expertise du masseur-kinésithérapeute	28
8. Les explications du toucher	30

9. Les expériences antérieures	31
V. Discussion	32
A. Synthèse de l'analyse et apports de la littérature	32
1. La qualité des soins	32
2. Apports de l'analyse pour vérifier les hypothèses.....	33
3. Apports supplémentaires pour répondre à la problématique	37
B. Intérêts de l'étude	37
1. Intérêts pour le métier de masseur-kinésithérapeute	37
2. Intérêts dans notre futur pratique professionnelle.	38
C. Pistes d'amélioration	39
4. Conclusion	41
Bibliographie.....	
Annexes	I-VIII

Cet écrit utilise la norme APA (American Psychological Association)

Introduction

C'est à la fin de ma quatrième année d'étude et lors d'un appel à projet sur le thème du toucher que j'ai pu réellement commencer à me pencher sur ce thème et concrétiser mes réflexions et intérêts personnels par ce travail d'initiation à la recherche. La communication ainsi que les facteurs et déterminants sociologiques dans la relation de soin sont, depuis le début de ma formation, des sujets qui m'ont intéressée. Outre cette appétence personnelle, qui faisait écho à mon vécu clinique, un réel enjeu de soin se dessinait derrière ce sujet. A travers mes différents stages et plus particulièrement ceux réalisés en pratique libérale, j'ai pu de manière empirique saisir une partie de l'enjeu qui se trouvait dans le toucher, son influence sur la relation de soin et son vécu par les patients. Ce qui m'a le plus interpellée lors de ces expériences c'est la diversité des techniques utilisant le toucher et leur application plus ou moins présente dans la pratique. Dans cette pratique clinique ainsi que tout le long de mon parcours de formation, j'ai pu entendre de nombreux discours de thérapeutes qui ne voyaient les soins que par les thérapies dites actives où le praticien ne vient pas toucher le patient. En échangeant avec les patients, j'ai pris conscience de la variété des opinions sur le rôle du toucher dans les soins ainsi que les critères déterminants pour eux d'une bonne qualité des soins.

Dès le début de notre formation initiale, les objectifs décrits dans l'arrêté du 2 septembre 2015 relatifs au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute sont de développer nos capacités manuelles, palpatoires et gestuelles. Cette identité professionnelle historique se traduit dans nombre de nos pratiques par le contact avec l'autre. Nous retrouvons cette palette de techniques dans tous les moments de la prise en charge kinésithérapique : lors de l'évaluation (bilan), du traitement, du suivi de l'intervention, de l'éducation thérapeutique. La profession tend également à être de plus en plus régie par de nouveaux principes : s'inscrivant dans un parcours universitaire, elle s'appuie davantage sur la littérature scientifique et « repose sur un ensemble de connaissances fondamentales : connaissances issues des sciences qui justifient les choix techniques proposés et qui en expliquent les principes d'action et les résultats. » (Ministère des affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes, 2015). Une certaine dualité semble se dessiner entre les techniques dites hands-on et hands-off. Cela m'a questionnée sur la place que le toucher tenait dans les soins MK.

Forte de ces constats sur notre pratique et ses évolutions, j'ai voulu me tourner vers les patients et leur point de vue. Savoir quelles visions ont les patients du toucher dans le soin, si le patient s'attend à être touché par le masseur-kinésithérapeute pour considérer qu'il a été bien soigné.

Savoir quels potentiels liens sont faits entre le toucher et la qualité des soins perçus est un questionnement auquel les réponses pourraient nous orienter dans notre pratique professionnelle.

Après les premières recherches dans la littérature, sur les bases de données Cairn, OpenEdition, PubMed et Google Scholar, aucune étude ne semble s'intéresser à l'influence du toucher sur la perception de la qualité des soins en Masso-kinésithérapique. Seul un écrit de la littérature grise traitant d'un sujet similaire a été trouvé (Gavard, 2022).

Nous allons dans une première partie détailler les notions du toucher, du métier de MK et de la qualité de soins. Nous allons ensuite poser la problématique. Puis nous ferons une analyse thématique des entretiens. Enfin dans la discussion nous répondrons à la problématique et évoquerons les intérêts pour la profession et les pistes d'amélioration de cet écrit.

I. Cadre conceptuel

Les recherches dans la littérature pour construire ce cadre conceptuel ont été effectuées sur les bases de données Cairn, OpenEdition, PubMed, Google Scholar. Les champs disciplinaires visés étant principalement la sociologie, la santé publique, les sciences de la santé. Les mots clefs utilisés au départ ont été « toucher », « toucher dans les soins », « qualité des soins ». Les autres sources ont été trouvées à l'aide des bibliographies des premiers articles étudiés.

A. Le toucher

Le toucher intervient dans toutes nos relations. De ce fait, nous retrouvons le toucher dans la relation de soin impliquant le patient et le masseur-kinésithérapeute. Le toucher est un moyen de communication, un moyen pour nous d'appréhender le monde qui nous entoure et de rentrer en interaction avec l'autre. C'est aussi un outil de travail qui répond à un objectif de soin dans le cadre de notre profession. Ce canal par lequel nous nous lions est subjectif, propre à chacun et à son interprétation.

1. Le sens

Le toucher se définit comme un des cinq sens classiques chez l'Homme, avec l'ouïe, l'odorat, la vue et le goût. Selon les définitions les plus courantes retrouvées dans les dictionnaires, c'est « entrer en contact avec (qqn, qqch.) en éprouvant les sensations de toucher » (Le Robert, s. d.). Le toucher est également associé au mouvement, avec la notion d'« entrer en contact avec (qq, qqch.) au terme d'un mouvement » (ibid). Plus qu'une action figée, le toucher s'inscrit dans une dynamique du corps en mouvement. C'est une action, chargée d'intention, de signification et de direction qui engage chacune des parties prenantes de cette action.

Le toucher correspond « à la sensibilité cutanée, qui intervient dans l'exploration des objets par palpation » (Grousset, 2009). Relié directement à l'organe le plus important de notre corps, la peau, il fait donc appel à une fonction biologique, la sensibilité qui fait intervenir un réseau neuronal qui nous permet de discriminer « le froid, le chaud, le contact, la douleur, la pression, liés chacun à des récepteurs cutanés différents » (Grousset, 2009)

Pour comprendre ces définitions, il paraît important de différencier les mots sens, sensibilité et sensorialité qui peuvent définir de manière différente le toucher.

- Un sens « désigne le système physiologique [...] permettant d'éprouver des sensations » (Pagano, 2020).
- La sensibilité « qualifie la propriété de notre corps (en l'occurrence notre peau) à réagir à certaines actions » (Pagano, 2020).

- Enfin, la sensorialité est définie comme « l'ensemble des fonctions d'un système sensoriel : la peau lorsqu'elle touche nous informe sur la texture, la forme, la température d'une matière... » (Pagano, 2020). C'est en somme l'ensemble des mécanismes qui permettent à l'individu de ressentir et percevoir le monde extérieur.

Outre un système physiologique commun à chaque être humain, le toucher est également une perception corporelle et sensation individuelle. Il s'inscrit dans un système lié à nos émotions, notre vécu, notre fonctionnement et est donc subjectif. En effet « une expérience sensorielle vient s'ajouter à la précédente et peut par conséquent réveiller la perception de la précédente, dans le positif comme dans le négatif » (Porton-Deterne, 2011). Sensation puis perception aboutissent à l'intégration, à la compréhension puis à l'interprétation de ce toucher qui en est la compréhension subjective. Le toucher peut provoquer une émotion. Il peut être rassurant, apaisant, relaxant ou au contraire perçu comme désagréable, agressif, violent.

C'est un de nos liens au monde qui nous entoure et qui nous permet de nous inscrire dans celui-ci.

2. Les fonctions

Depuis notre naissance nous baignons dans un monde du toucher. Il est impossible pour l'être humain de se développer sans. Il est donc indispensable dans notre développement tant sur le plan physique, qu'émotionnel, cognitif et pour la santé globale lorsque ce dernier est pratiqué dans un contexte respectueux et consenti favorisant ainsi le bien-être. En effet, « les capacités sensorielles se construisent grâce au mouvement, qui lui-même dépend des informations sensorielles reçues » (INSERM, 2021). C'est « la forme la plus primitive de lien au monde extérieur » et « le premier sens à apparaître chez le fœtus » (Carpio, 2022). « La stimulation des organes des sens serait indispensable au bon fonctionnement et au développement des structures neurosensorielles » (Porton-Deterne, 2011). C'est un fondement du développement humain qui ne saurait s'arrêter à l'âge adulte.

C'est dans la théorie du Moi-peau développée par Didier Anzieu, psychanalyste et professeur de psychologie à l'université, que nous retrouvons toute l'importance du toucher dans le développement psychique de l'enfant. Il explique que les communications primaires tactiles seraient la première base sur laquelle viendrait par la suite se construire le Moi et toutes les autres fonctions psychiques. Ce toucher précoce serait le ciment, le fondement de notre inconscient (Anzieu, 1985).

Outre sa grande implication en termes de développement, le toucher revêt également une importante fonction sociale.

Pour éclairer cette fonction, il est d'abord important de revenir sur la notion de proxémie, définie comme étant la distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction : ce sont les distances sociales. Les quatre différentes distances sociales chez l'homme nord-américain selon l'anthropologue Edward T. Hall décrites dans *La dimension cachée* (1966) ont été définies comme les suivantes :

- Intime : moins de 40cm
- Personnelle : de 45cm à 125cm
- Sociale : de 120cm à 360 cm
- Publique : au-delà de 360cm

Le toucher est présent dans les sphères intimes et personnelles. Selon nos origines culturelles, notre proximité spatiale sera différente. Le contact physique est donc une notion fondamentale dans notre communication et notre rapport aux autres. Les codes sociaux qui régissent les moments où le toucher peut s'effectuer changent donc en fonction des personnes et des situations. Dans le soin, les travaux sur la proxémie montrent que les gestes de soins se situent la plupart du temps dans la distance intime (Savatofski & Prayez, 1989). Cependant, dans le soin, le toucher en plus d'être un moyen de communication entre deux êtres sociaux revêt d'autres fonctions.

3. Le toucher dans le soin

Le toucher dans le soin « fait [...] rupture des codes de civilité ordinaires » (Le Breton, 2006). En effet le toucher peut être utilisé pour répondre à différents objectifs que l'on ne retrouve pas dans la vie quotidienne :

- Examen physique
- Diagnostic
- Traitement

Il est utilisé pour évaluer, traiter et réconforter les patients.

Certains comme l'auteur Van Den Bruggen (1977) le définissent de deux types :

- Toucher « gnostique » ou toucher diagnostique : recherche une information.
- Toucher « pathique » ou toucher relationnel : recherche à établir un contact.

Cette vision laisse cependant de côté le toucher en tant qu'outil thérapeutique, de traitement.

On peut voir se dessiner deux grandes catégories du toucher dans le soin : le toucher qui a une visée, un objectif thérapeutique (de diagnostic, de traitement, de soin) qui répond à une tâche et qui est cadré par l'activité du soin, et le toucher relationnel, de communication, qui instaure un contact entre soignant et soigné et qui fait partie de la relation thérapeutique. Le toucher peut relever simultanément des deux catégories : le toucher relationnel fait partie de la relation thérapeutique et a donc une dimension thérapeutique.

Dans la sphère du soin, nous retrouvons une « disposition inattendue des autres à pénétrer la sphère intime et à accéder au corps. » (Le Breton, 2006). Nous pouvons penser que le patient en entrant dans un parcours de soin où le corps est impliqué, s'attend à être touché. Cela fait référence à la perception sociale que le patient a des soins.

Selon David Le Breton, sociologue et anthropologue, dans *Le toucher de l'autre* (2006), « le contact corps à corps avec une personne étrangère est un fait rare, il expose à un abandon aux mouvements de l'autre ». Il nous rappelle toute la particularité que porte le toucher dans le soin : accepter de toucher et d'être touché par quelqu'un que nous ne connaissons pas. Cela suppose un accord commun, celui d'aller vers une même direction et répondre à un même objectif : celui de guérir ou de soulager. En effet, cette entrée en relation suppose qu'une « relation de confiance se crée, propice à une amélioration de l'état physique du malade » (Le Breton, 2006).

« Le contact corporel (une main sur le corps, un massage) réduit l'anxiété, provoque une détente qui restaure la confiance du malade dans ses ressources personnelles de lutte contre la douleur. [...] Le thérapeute s'oppose au découragement du malade et montre son implication dans la volonté qu'il soit libéré de ses symptômes » (Le Breton, 2006). Plusieurs études, notamment auprès des infirmiers et infirmières, corroborent cette idée que le toucher dans le soin peut soulager les maux par le réconfort qu'il apporte (Gleeson & Timmins, 2004) (Hentz et al., 2009).

B. Le métier de Masseur-kinésithérapeute

1. Les origines de la profession

Il paraît essentiel de revenir aux origines du métier de masseur-kinésithérapeute (MK) afin de mieux comprendre la place que prend le toucher dans ce métier.

Nous retrouvons dans la dénomination du métier le terme masseur. Ce terme est le plus ancien et est directement en lien avec le toucher.

Dans son histoire plus récente, plusieurs diplômes sont apparus avant d'en arriver à la création de la profession de MK. De 1914 à 1918 se met en place la création du centre de physiothérapie qui développe la rééducation des blessés de guerre. En 1924, le premier diplôme d'état d'infirmier masseur voit le jour et en 1942 celui de moniteur de gymnastique médical. C'est enfin le 30 avril 1946 que la profession de masseur-kinésithérapeute est créée par la loi n°46.857. Les études durent alors 2 ans et donnent une équivalence au diplôme d'infirmier masseur et au diplôme de moniteur de gymnastique médical (Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, s. d.).

Notre métier est donc à la conjonction de plusieurs courants et champs de pratique, influencé par la rééducation des blessés de guerre en passant par l'utilisation du massage pour soigner.

Aujourd'hui le métier de MK est régi par le Code de la Santé Publique.

2. L'évolution du métier de masseur-kinésithérapeute

De nos jours, il existe de grandes remises en question dans la pratique qui s'intéresse de plus en plus aux techniques dites actives, qui recentrent l'attention sur les exercices que fait le patient.

Il est évident de noter l'influence de la physiothérapie nord-américaine sur la pratique de la profession en France, qui tend vers un changement de paradigme et un changement d'appellation (Remondière, 2008). L'histoire de la profession en France diffère de celle des pays anglo-saxons car elle mêle le massage à la gymnastique douce de base, dimension qu'on ne retrouve pas dans le terme physiothérapeute et qui révèle nos différences de pratique. Pour certains, aujourd'hui, « l'appellation archaïque de "masseur-kinésithérapeute" ne correspond plus à l'esprit ni au contenu de la définition récemment acceptée » (Remondière & Durafourg, 2019). Le métier de MK est aujourd'hui abordé « sous l'angle des missions, la pratique de la masso-kinésithérapie comportant désormais la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement, et non plus sous l'angle des possibilités techniques » (Remondière & Durafourg, 2019). Dans cette perspective, les possibilités techniques comme le massage ou la gymnastique médicale ne définissent plus la profession.

Changement d'image et de paradigme, nous sommes passés de techniciens à ingénieurs de santé notamment grâce à l'obtention du grade master. En effet, l'objectif d'universitarisation de la

réforme de 2016 s'est inscrit dans « le cadre d'une démarche qualité pour la profession et dans le processus d'unification européenne des diplômes selon les accords de Bologne » (Ministère de la santé et des sports, 2010). Mais ce changement ne s'accompagne pas forcément directement de changement de point de vue de la part du grand public : certaines transformations sont « passées inaperçues par les patients et [...] sont aussi souvent l'objet d'une méconnaissance de la part des médecins » (Remondière & Durafourg, 2019). En effet, la nouvelle définition de la profession donnée en 2016 a modifié les contours de la profession avec un « accroissement des responsabilités » (Remondière & Durafourg, 2019). Ces avancées, se basant de plus en plus sur l'evidence-based practice (EBP), changent le paysage professionnel.

3. Le toucher en Masso-kinésithérapie

Le toucher peut être considéré dans le métier de MK comme jouant « un rôle important dans le développement et la définition de la pratique de la kinésithérapie et continue d'être une des compétences principale de la profession » (Bjorbækmo & Mengshoel, 2016).

Les moments où le MK touche lors de la pratique de ses soins sont nombreux et variés. L'article de Roger et ses collaborateurs datant de 2002 établit une liste des pratiques du toucher par des kinésithérapeutes dans le milieu hospitalier (Roger et al., 2002) :

- Aider (exemple : mouvements guidés)
- Fournir des informations aux patients
- Toucher bienveillant (exemple : pour reconforter et encourager le patient)
- Intervention thérapeutique
- Percevoir des informations (exemple : avoir des informations sur le diagnostic ou les symptômes)
- Préparation (pour préparer le patient à recevoir un soin, par exemple en l'installant).
- Sécurité
- Etablir des relations

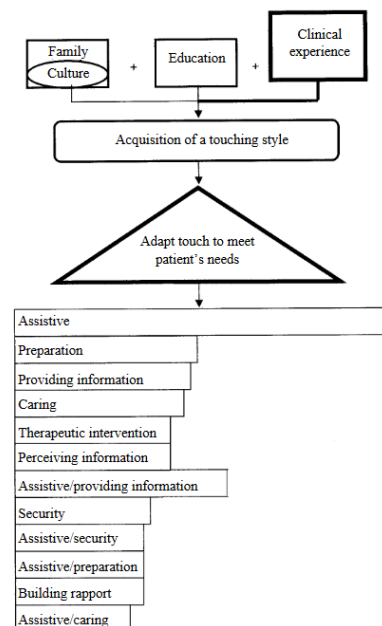


Fig. 1 : Utilisation du toucher par le physiothérapeute. (Roger et al., 2002, p.182)

Cet article nous permet de classer en grandes catégories les moments du toucher. Cependant, certaines techniques se recoupent souvent dans plusieurs de ces catégories sans que le distinguo soit clair.

De plus, cette classification ne prend pas en compte la technicisation de la profession qui apporte avec elle une autre forme de toucher. Ce n'est plus alors la main du thérapeute qui touche mais l'outil technique qui vient le remplacer. Ces outils thérapeutiques peuvent se retrouver dans plusieurs des moments d'une prise en charge kinésithérapique citée plus haut, à la différence que le toucher qu'il provoque est indirect et ne met pas directement en rapport corps du soignant et corps du soigné.

Le toucher est inhérent à notre métier et ce de manière historique, on peut donc facilement imaginer qu'il est attendu par les patients lorsqu'ils viennent en soins chez un MK.

C. Perception de la qualité des soins

1. Les concepts de « care » et « cure »

L'éclairage de ces deux concepts va nous permettre de mesurer l'importance de la prise en considération de la perception des patients sur leurs soins.

Le terme « cure » en anglais désigne le fait de « traiter », de « guérir » (Dictionnaire Larousse en ligne, s. d.). Le mot en français cure désigne au sens médical « un traitement d'une certaine durée, une méthode thérapeutique particulière » (de Perrot, 2004).

Le terme « care » peut se traduire selon Sandra Laugier et Pascale Molinier dans *Politique du Care* (2009) par les termes de « soin, attention, sollicitude, concernement » et est aussi un verbe en anglais qui signifie « s'occuper de », « faire attention », « prendre soin », « se soucier de ». Ces définitions rendent compte des différentes facettes du « care », dans sa dimension de la pratique du soin et comme « une attitude ou une disposition [...] valorisant l'attention à autrui, les enjeux relationnels » (Laugier & Molinier, 2009).

La définition du mot « care » dans le domaine des soins proposée par Joan C. Tronto, politologue et professeure des sciences politiques, dans *Du care* (2008) est : « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde ", en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible ». Dans ce même texte, elle affirme que le « care est à la fois une pratique et une disposition ». Le « care » est « une attitude personnelle, une implication, un engagement » (Morvillers, 2015).

Les deux termes de « cure » et « care » désignent tous les deux les soins, « mais alors que *cure* vise le traitement médical et l'éradication de la maladie, *care* met l'accent sur l'attention portée à quelqu'un et sur l'intérêt qui est pris pour cette personne » (Lehmann, 2005). Dans *Cure et Care, indissociablement* (2015), Jean-Christophe Mino, médecin-chercheur soulève l'enjeu qu'on ne peut pas considérer l'exercice médical sous le prisme unique du « care », que cela revient à « opposer la technique et la relation, [...] le *cure* et le *care* » (Mino, 2015). Les deux concepts de « care » et « cure » sont donc intimement liés.

Joan C. Tronto dans son ouvrage *Du care* (2008) décrit les quatre phases du care : « se soucier de, se charger de, accorder des soins et recevoir des soins ». Dans la phase « se soucier de », le care implique de s'intéresser aux besoins de l'autre. La dernière phase « recevoir des soins » correspond à « la reconnaissance de ce que l'objet de la sollicitude réagit au soin qu'il reçoit » (Tronto, 2008). Elle rappelle que la perception des besoins peut être fausse et que par conséquent il est important de « s'assurer que l'objet dont il a été pris soin réagit à la sollicitude » (Tronto, 2008).

Dans cette idée de faire attention et prendre en considération les besoins des patients en tant que professionnels de santé, il paraît essentiel de prendre en compte les perceptions des patients sur les soins qu'ils reçoivent.

2. La qualité des soins

Nous allons dans cette partie développer le concept de la qualité des soins.

La définition de la qualité des soins par l'OMS (2020) est : « On entend par qualité des soins la mesure dans laquelle les services de santé pour les individus et les populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats sanitaires escomptés et sont conformes aux connaissances professionnelles à bases factuelles dont on dispose. Telle que définie ici, la qualité des soins recouvre la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation et les services palliatifs. Celle-ci doit pouvoir être mesurée et continuellement améliorée moyennant la prestation de soins fondés sur des données probantes et tenant compte des besoins et des préférences des utilisateurs des services (patients, familles et communautés). » (Organisation mondiale de la Santé, 2020). Pour éclairer cette notion de qualité des soins, l'OMS en 2020 décrit sept critères : « efficaces », « sûrs », « centrés sur la personne », « fournis en temps utile », « équitables », « intégrés » et « efficaces ».

Dans le chapitre « Qualité des soins » dans le livre *Les concepts en sciences infirmières* (2012), Marie-Agnès Morel (infirmière et cadre de santé) rappelle que dans le système de santé français, la démarche qualité est une approche organisationnelle qui se traduit par notamment des procédures « évaluant l'ensemble du fonctionnement et des pratiques des structures de soins, afin de mettre en place des mesures correctives ». Le MK en tant qu'acteur du système de santé est donc lui aussi soumis à ce système qui vise la qualité des soins.

La qualité des soins est donc un système qui doit s'adapter « aux préférences, aux besoins et aux valeurs individuels » (Organisation mondiale de la Santé, 2020) et qui « ne se définit pas d'emblée, elle s'évalue » (Morel, 2012).

Selon Marie-Agnès Morel (2012) et Yves Wolmark (médecin) dans l'article « Evaluer la qualité » (2001), l'évaluation de la qualité dans le domaine du soin se divise en deux grandes parties :

- L'évaluation des techniques, des procédures et processus de soins en fonction des dernières données de la science. « Ainsi l'évaluation de la qualité des soins passe par la définition de bonnes pratiques cliniques adaptées aux différentes disciplines » (Wolmark, 2001).
- L'évaluation de la satisfaction des patients, aussi appelé « la qualité perçue par le patient et sa famille » (Morel, 2012). Cette évaluation est basée « sur le ressenti du patient » (Morel, 2012).

La qualité de soins peut être définie à partir de deux points de vue : celui du patient et également celui du professionnel de santé. Un rapport de la HAS intitulé *La qualité des soins perçus par le patient - Indicateurs PROMs et PREMs (2021)* nous dit que « chacun [soignant et patient] ayant sa propre perception de la qualité des soins, ces deux perceptions sont à la fois singulières et complémentaires ». Ce même rapport montre le fait que la prise en compte des « indicateurs de qualité des soins perçus par le patient est utile pour l'ensemble des acteurs car elle permet :

- aux usagers de participer plus activement à leurs soins, de mieux s'informer, d'avoir une relation plus équilibrée avec les professionnels et de juger de la qualité des soins par rapport à leurs attentes ;
- aux professionnels de disposer d'une aide dans leurs pratiques et d'une évaluation complémentaire pour leurs pratiques ;
- aux pouvoirs publics de disposer d'un outil supplémentaire pour le pilotage des politiques de santé. » (Haute Autorité de Santé, 2021).

L'utilité de s'intéresser à la perception et à la représentation par le patient de la qualité des soins qu'il reçoit apparaît à plusieurs niveaux : pour favoriser la participation active du patient dans ses soins, pour mieux coller à ses attentes, pour aider les professionnels de santé à améliorer leurs pratiques.

Le mémoire de Xavier Gavard nommé *La place du toucher dans les soins de masso-kinésithérapie* (2022) pose la question de l'influence des représentations sociales du métier de MK sur la perception du patient concernant l'importance du toucher dans la prise en soin. Il expose dans un premier temps des éléments sur le toucher, sur l'organe de la peau, ainsi que sur les représentations sociales. La méthode utilisée dans cette étude est un questionnaire à l'adresse de patients. Cette étude montre que « le toucher serait directement présent dans le noyau central des représentations sociales du métier de MK » (Gavard, 2022). Avec ces premiers éléments sur le fait que le toucher semble avoir une place centrale pour les patients dans les soins MK, nous avons choisi d'explorer une autre dimension : le rôle que le toucher a par rapport à la qualité des soins perçus.

II. Problématisation

Nous venons de le voir, le toucher dans le soin est une notion centrale, ressentie différemment selon chaque individu. De plus, le métier de masseur-kinésithérapeute, dans son histoire ancienne et actuelle, utilise les mains du professionnel comme outils de travail. D’abord centrale, l’utilisation de nos mains et donc du toucher est aujourd’hui différente de celle du siècle dernier, du fait de l’évolution des données scientifiques.

Les soins impliquent de la part du professionnel de santé de s’intéresser aux besoins du patient comme définis dans le concept de « care ». La perception des besoins par le professionnel de santé peut être faussée et il apparaît donc important de se questionner sur la perception du patient sur ses soins. La qualité des soins est un concept à multiples caractéristiques qu’il nous faut évaluer dans les soins.

Au-delà d’une dichotomie entre le fait d’être touché ou non (posé par notre questionnaire initial dans l’introduction) qui influencerait positivement ou négativement la qualité des soins perçus, les éléments du cadre conceptuel nous amènent à orienter notre questionnaire sur les manières dont le toucher influencerait la perception de la qualité des soins.

La question de recherche que nous pouvons alors formuler est la suivante :

Comment le toucher influence la perception par le patient de la qualité des soins de Masso-kinésithérapie ?

Nous pouvons à partir de ce questionnaire envisager plusieurs hypothèses de réponses, sur la base de notre recherche théorique présentée plus haut dans le cadre conceptuel et surtout grâce à un entretien exploratoire réalisé avec un patient (celui-ci étant inclut dans notre analyse, nous le présenterons plus bas) :

HYPOTHÈSE 1 : Un toucher jugé expert fera que la qualité du soin perçu sera meilleure.

HYPOTHÈSE 2 : Un toucher jugé rassurant, bienveillant fera que la qualité du soin perçu sera meilleure.

HYPOTHÈSE 3 : Le patient sera influencé positivement sur la qualité du soin reçu lorsqu’il sera touché via un massage ou des techniques qu’il juge relaxantes, de bien-être.

HYPOTHÈSE 4 : Le patient est indifférent au toucher, celui-ci n’influence pas sur sa perception de la qualité du soin.

HYPOTHÈSE 5 : Les expériences passées du patient en termes de toucher influenceront sa perception de la qualité des soins.

HYPOTHÈSE 6 : Une explication des raisons du toucher donnera au patient une meilleure perception de la qualité des soins.

III. Méthode

Nous avons choisi une approche qualitative en sciences humaines et sociales car elle permet de « comprendre les expériences personnelles » et d'expliquer certains aspects de « phénomènes sociaux » (Kohn & Christiaens, 2014). Cette démarche permet de « bien comprendre les besoins des usagers et prestataires en soins de santé » (Kohn & Christiaens, 2014).

A. Choix de l'entretien semi-directif

« Je dirai volontiers que l'entretien peut être considéré comme une forme d'exercice spirituel visant à obtenir, par l'oubli de soi, une véritable conversion du regard que nous portons sur les autres dans les circonstances ordinaires de la vie » (Bourdieu, 1993).

Pour tenter d'apporter des réponses à notre question de recherche, nous avons décidé d'utiliser la méthode des entretiens semi-directifs auprès de patients.

« L'entretien est une méthode de recueil des données qui participe d'une démarche préparée à l'avance et s'intègre dans un plan de recherche » (Chevalier & Meyer, 2018). Les entretiens vont permettre de recueillir les points de vue des personnes interrogées et d'avoir une compréhension profonde du vécu. A la différence du questionnaire qui nous permettrait de recueillir des informations plus quantitatives en lien avec notre question de recherche, les entretiens semi-directifs vont nous permettre de nous pencher plus « spécifiquement sur les perceptions, les représentations et les expériences des différents intervenants » (Kohn & Christiaens, 2015). Certes les entretiens ne nous permettent pas d'avoir une vision représentative de la société, car nous n'avons pas des échantillons suffisants qui nous permettraient de généraliser nos résultats. Cependant ils nous permettent de collecter des données riches et de laisser de nouvelles réponses apparaître.

Nous avons d'abord choisi de réaliser un entretien exploratoire afin de tester notre grille d'entretien et de faire émerger des hypothèses pour répondre à notre problématique.

La meilleure option en matière d'étude qualitative par entretiens serait d'arriver à la saturation théorique, c'est-à-dire que les nouveaux entretiens réalisés n'apportent plus d'information supplémentaire pour répondre à la question de recherche. Cependant, la contrainte de temps ne nous permet pas ici d'envisager cette option et nous avons défini en amont que le nombre d'entretiens réalisés sera entre six et huit d'un temps estimé autour de trente minutes. Nous avons pu réaliser 5 entretiens d'une durée de vingt à trente minutes.

B. Les entretiens

1. Contraintes réglementaires

Ce travail étant une étude qualitative en sciences humaines et sociales, elle s'inscrit hors loi Jardé. Cette recherche est une recherche considérée comme n'impliquant pas la personne humaine comme dit dans l'article R1121-1 du code de la santé publique : « Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine [...] les recherches qui visent : [...] à réaliser des expérimentations en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé ». La méthodologie de référence MR-004 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été respectée et les données ont été anonymisées.

2. Elaboration de la grille d'entretien

La grille d'entretien a été réalisée à partir de questions ouvertes afin de laisser la personne interrogée libre dans sa réponse (ANNEXE 1). Après le premier entretien exploratoire, certaines questions ont été modifiées pour améliorer la compréhension de ces dernières et d'autres ont été rajoutées au fur et à mesure des entretiens. Certains entretiens ont apporté de nouveaux éléments qui ont fait émerger des nouvelles questions pour les suivants. En tout deux questions ont été ajoutées : une entre le premier et le deuxième entretien, une entre le quatrième et le cinquième (les deux questions ont été mises en italique dans l'annexe 1 afin de les rendre visibles).

3. Stratégies de recrutement

Le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes a défini une liste des spécificités de pratique dans la profession. « La spécificité correspond à un exercice préférentiel de masseur-kinésithérapeute. Cette préférence d'exercice concerne une fonction, un organe, une région particulière du corps humain ou une catégorie spécifique de personne » (Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2021). On retrouve dans cette liste la « rééducation du système musculosquelettique » (Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2021). Nous incluons dans cette recherche des personnes avec des atteintes ou troubles musculosquelettiques (TMS) pour trois raisons. La première concerne l'accès au terrain. Les lieux de recrutements des personnes ont fait que la patientèle avait majoritairement des TMS. La deuxième raison est que nous voulions nous concentrer sur un seul champ disciplinaire afin de pouvoir comparer les résultats avec plus de facilité. La troisième raison réside dans l'importante part des atteintes dans le champ musculosquelettique que les MK sont susceptibles de rencontrer. La profession de masseur-kinésithérapeute est à 85,3% un exercice libéral ou mixte en 2020 (Observatoire de la démographie du Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeute, 2020). Un article

intitulé « Prévalence des pathologies rencontrées en kinésithérapie libérale : un outil pour repenser l'enseignement en kinésithérapie ? » (2017) relève par une enquête par questionnaire que les atteintes du champs MS sont parmi les plus importantes retrouvées en pratique libérale (Panchout et al., 2017).

Les personnes incluses dans les entretiens sont majeures, suivies ou ayant été suivies par un MK en libéral. Seules les personnes avec des atteintes musculosquelettiques ont été retenues. Seuls ces critères d'inclusion ont été retenus afin de faciliter le recrutement.

Pour l'entretien exploratoire, nous avons été mis en relation via un intermédiaire de notre entourage. Un premier échange par message a permis d'exposer notre sujet. Nous avons fixé un moment pour l'entretien. Le consentement oral a été recueilli avant l'enregistrement.

Pour les entretiens complémentaires, nous avons essayé de recruter nos patients dans un lieu de stage où nous avons été. Nous avons envoyé par mail à un MK du cabinet des affiches à mettre dans la salle d'attente du cabinet pour recruter des patients en présentant brièvement notre thème. Après plusieurs relances auprès de ce cabinet et quelques semaines d'attentes, aucun patient n'a répondu à l'annonce.

Le stage que nous avons effectué par la suite a permis d'être en contact avec une patientèle répondant aux critères précédents. Grâce aux contacts que nous avons eu avec des MK diplômés sur notre lieu de stage, nous avons pu recruter dans leur patientèle. Les MK ont demandé à leurs patients en fonction des critères de sélection et de leurs disponibilités. Les MK nous ont ensuite présenté aux trois patients ayant répondu favorablement à la demande, et nous avons eu un premier échange afin de leur donner les premiers éléments logistiques (temps à prévoir entre 30min et 1h avec enregistrement audio si accord de la personne, le thème de l'entretien). Pour chacun, nous avons ainsi pu recueillir un premier consentement oral pour un entretien en présentiel avec enregistrement audio afin de pouvoir plus facilement retranscrire les échanges, et prendre un rendez-vous ultérieur pour réaliser l'entretien. Avec cette méthode, nous avons donc pu réaliser trois entretiens.

Le cinquième entretien comme le premier a été permis grâce à un intermédiaire de notre entourage. Nous avons d'abord échangé par message afin de convenir d'une date de rendez-vous.

Les patients et les MK via lesquels nous avons recruté les interviewés ont été prévenus de la confidentialité des entretiens et du fait qu'aucune information à ce sujet ne serait transmise de notre part.

4. Conditions de l'entretien

L'entretien exploratoire a été réalisé au domicile de la personne. Le deuxième et quatrième entretien se sont déroulés dans le cabinet où les personnes étaient suivies pour leurs soins de masso-kinésithérapie. Une pièce dédiée pour les entretiens a été réservée afin de garantir un espace calme, neutre (pas dans une salle de soins où les patients avaient l'habitude d'être suivis), garantissant la confidentialité de nos échanges et où nous ne risquions pas d'être interrompus. Le troisième entretien s'est déroulé en extérieur, faute de disponibilité dans les locaux du cabinet. Le cinquième entretien a été réalisé en visioconférence.

Avant chaque entretien, le consentement oral a été demandé à chaque participant pour savoir s'il acceptait de participer à cet entretien et à être enregistré. Nous précisons également que l'entretien pouvait être arrêté à tout moment et que les participants pouvaient décider de ne pas répondre à certaines questions s'ils le souhaitaient. Aucun des interviewés n'a interrompu l'entretien ou refusé de répondre à une ou plusieurs questions.

5. Retranscription et anonymisation

Les enregistrements audios ont été réalisés avec notre téléphone. Lors de la retranscription de ces enregistrements, nous avons anonymisé les données en changeant le nom des personnes interviewées par un pseudonyme que nous avons choisi au hasard. Les noms des MK, des villes ainsi que des cabinets libéraux ont été remplacés par un acronyme (exemple : « MK1 » pour remplacer le nom du premier MK cité dans l'entretien). Les noms des proches ont été remplacés par des pseudonymes choisis au hasard. Une tranche d'âge a été retranscrite à la place de l'âge exact des personnes. Les pathologies des personnes interrogées ont été anonymisées en parlant de TMS de manière générale.

Les retranscriptions ont été réalisées à l'aide d'un logiciel afin de faciliter le travail dans un premier temps, puis entièrement reprises afin de reprendre les erreurs faites par le logiciel et les remettre en forme.

Les retranscriptions ont été lissées. Les répétitions importantes, les débuts de phrases qui n'avaient pas de fins ont été supprimées des retranscriptions. En effet, nous avons choisi de porter notre analyse sur le contenu et non sur la forme des discours tenus.

C. Méthode d'analyse

Comme l'explique la docteure en science politique Stéphanie Abrial et la docteure en sociologie Séverine Louvel dans le chapitre 4 de *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives (2011)*, nous allons ici utiliser une analyse thématique : les entretiens (exploratoire et complémentaire) seront analysés par thèmes. Ceux-ci seront choisis en fonction des hypothèses (approche déductive) et en fonction des thèmes qui émergent lors des entretiens (approche inductive). Pour cela nous avons utilisé comme outil une grille thématique afin d'avoir une vision d'ensemble de notre travail (ANNEXE 2).

	Entretien 1	Entretien 2
Thème 1	Verbatims (extraits d'entretiens)	Verbatims
Thème 2	Verbatims	Verbatims

Fig. 2 : Exemple d'une grille d'analyse thématique.

Nous aurons une analyse qu'on appelle horizontale, c'est-à-dire par ligne, ce qui permettra de comparer différents entretiens pour un thème donné. Concernant l'analyse verticale, un résumé par entretien a été réalisé afin de rendre compte du discours global de chaque interviewé (ANNEXE 3). Pour faciliter la présentation de nos résultats, nous l'organiserons par thèmes.

L'interprétation des discours de chaque entretien et leur comparaison vont permettre d'avoir accès aux représentations des individus.

L'analyse va nous permettre d'apporter des réponses à notre question de recherche. Il est important de rappeler que lors de cette analyse d'entretiens semi-directifs, nous ne pouvons pas généraliser les résultats. En effet, nous ne pouvons pas savoir si ce que nous retrouvons est représentatif de la population générale ou non.

IV. Résultats

L'analyse de contenu « est un ensemble de techniques permettant de passer des données à la connaissance » (Abrial & Louvel, 2011). Nous allons présenter les interviewés puis faire une analyse par thème des entretiens.

A. Présentation des interviewés

Le tableau suivant présente les différentes caractéristiques majeures des interviewés : leur âge, leur genre, leur profession, leur pathologie et si leur traitement de masso-kinésithérapie est en cours ou passé. Tous les interviewés ont réalisés des séances avec un MK. Les pathologies des patients se situent toutes dans le champ musculosquelettique. Le premier entretien est un entretien exploratoire. Il a été pris en compte dans l'analyse car il apportait de premiers éléments en réponse à la problématique. Les cinq entretiens ont duré entre 20 et 35 minutes. Ils ont été anonymisés grâce à des pseudonymes et les âges ont été rapportés sous forme d'intervalle dans le tableau.

Pseudonyme	Sandra	Véronique	Jérôme	Laura	Sylvie
Genre	Femme	Femme	Homme	Femme	Femme
Age	Entre 55 et 60 ans	Entre 45 et 50ans	Entre 55 et 60 ans	Entre 40 et 45 ans	Entre 50 et 55 ans
Profession	Employée de bureau	Enseignante	Responsable commerciale	Enseignante	Profession paramédicale
Pathologie	TMS au membre supérieur	TMS au dos	TMS au dos	TMS au membre inférieur	TMS au membre inférieur
Traitement MK	Passé	En cours	En cours	En cours	En cours
Entretien (Numéro et type)	Entretien 1 Exploratoire	Entretien 2 Complémentaire	Entretien 3 Complémentaire	Entretien 4 Complémentaire	Entretien 5 Complémentaire
Durée et lieu de l'entretien	17 min à son domicile	33min au cabinet de kinésithérapie	27min dans un lieu public	32min au cabinet de kinésithérapie	23 min en visioconférence

Fig. 3 : Tableau de présentation des personnes interviewées.

Nous nous apercevons que les personnes interviewées sont 4 femmes sur 5. Lors des entretiens, les réponses étaient toutes ancrées dans le contexte de la prise en charge de leurs différentes affections MS actuelles ou anciennes. La singularité de leurs réponses et l'analyse qui en découle sont entre autres à relier avec leur contexte de prise en soins.

B. Analyse thématique

L'analyse a débuté par le travail avec la grille d'analyse (Fig. 2) et a permis de faire ressortir 9 thèmes. Ces thèmes ont été construits à partir des hypothèses de départ et des thèmes retrouvés dans les entretiens. Les thèmes abordés sont : la qualité des soins, les techniques du toucher,

l'impact émotionnel et le ressenti, les attentes du patient, la prise en compte de la personne touchée, la communication, l'expertise du MK, les explications du toucher, les expériences antérieures du patient.

1. La qualité des soins

Le thème de la qualité des soins de Masso-kinésithérapie n'a pas été abordé directement par les patients. Des réponses à ce sujet ont permis de comprendre ce qu'était la qualité des soins pour eux, particulièrement après la question : « Qu'attendez-vous d'une séance de kinésithérapie ? » et « Quelle serait pour vous une bonne séance de kinésithérapie ? ».

1.1.L'expérience des soins

Les personnes interviewées abordent les notions qui sont importantes pour eux dans leur expérience des soins de masso-kinésithérapie. Elles ont besoin de se **sentir écoutées** : « Et j'attends aussi, ce qui n'est pas toujours le cas finalement, c'est d'être entendue et écoutée » (Sylvie).

Les patients interviewés expriment également le besoin de se **sentir compris, accompagnés, considérés et pris en compte**. Cette considération passe par le fait que le MK « se consacre à toi entièrement » (Sandra). Cette idée que le patient se sent considéré quand le MK est dédié au patient est retrouvée dans le discours de Jérôme : « Elle [une MK] était vraiment concentrée sur moi. Là, je suis parti d'un autre cabinet de kiné parce qu'on me faisait voir les exercices et puis après on revenait voir une demi-heure après pour voir si c'était bien fait et sans faire attention. Donc là, cet aspect-là ne m'intéresse pas. [...] Je suis vraiment là pour, alors je ne suis pas un assisté, mais pour être guidé et voir si je fais bien les exercices qu'on m'a demandés. Et ça, pour moi, c'est, tout va de pair, en fait. C'est d'être conduit, accompagné, aidé, compris. ». Une séance idéale pour Sylvie serait d'avoir le MK pour elle toute seule, présent avec elle pendant une demi-heure complète. C'est aussi ce que nous dit Sandra : « Si on prend quelqu'un une demi-heure, c'est pour le manipuler pendant une demi-heure ».

Les interviewés souhaitent **avoir des explications et être informés** des soins qu'ils vont recevoir. Ils ont besoin qu'on leur « explique le cheminement » (Laura), de « prévenir, d'expliquer un peu ce qu'il [le MK] fait » (Sandra).

L'explication et l'information au patient sont des points d'entrée de la **relation de confiance** comme l'illustre Sandra : « je pense que c'est bien d'expliquer pour établir cette

relation de confiance ». La confiance en son thérapeute est un point clef revenu dans plusieurs entretiens, influencé par différents facteurs selon chaque interviewé. Pour certains, la relation de confiance s'installe « par le temps qu'on [la patiente et sa MK] passe ensemble » (Laura). C'est aussi parce que le MK est perçu comme « professionnel et qui a ce savoir-là [...] qui permet d'être en confiance » (Laura). Être en confiance c'est aussi « être dans un endroit qui est propre, qui est accueillant, où on ressent la bonne ambiance » (Véronique). Sans cette confiance avec le MK dans les soins, Jérôme pourrait « changer de kiné [s'il n'a] pas cette relation de confiance ».

Les compétences du MK perçues par le patient en soins paraissent être aussi un déterminant de la qualité des soins pour Jérôme. Il est venu « chercher des compétences techniques, des compétences professionnelles, des compétences pour aller mieux, mais en plus de la sympathie, de la gentillesse, de l'écoute. ». Les compétences recherchées sont des compétences **relationnelles** et des compétences **techniques**.

1.2. Les résultats des soins

Les résultats des soins perçus se portent sur les symptômes ressentis par les interviewés. L'attente de **soulagement**, souvent des symptômes douloureux, est fortement retrouvée dans les entretiens de Sandra : « Je me dis que ça va être une personne qui va m'aider à soulager une pathologie », de Véronique : « En général quand on va chez le kiné c'est qu'on a un problème. Donc on cherche le soulagement », de Jérôme : « tu as mal, tu souffres, tu viens pour essayer de ne pas guérir, mais c'est soulager » et de Sylvie : « j'attendais qu'il [son MK] me soulage très rapidement ». Ils attendent d'être soulagés de leurs douleurs.

L'efficacité des soins à faire évoluer les symptômes est un autre point retrouvé dans les entretiens. L'efficacité est décrite dans les entretiens comme une évolution favorable des symptômes grâce aux soins. Sandra dit « J'ai vu que surtout c'était efficace parce que j'avais essayé autre chose pour le dos à l'origine, l'acupuncture par exemple et ça n'avait pas marché donc lui [son MK] j'étais allée le voir et première séance ça m'a fait du bien donc du coup voilà c'est en fait l'efficacité je m'attends à ça quand je vais voir un kiné. ». Laura décrit le même vécu, avec une amélioration de ses symptômes grâce aux soins.

2. Les techniques du toucher

Pour comprendre ce que les patients entendent lorsqu'on leur parle du toucher dans les soins MK, il faut s'intéresser aux techniques qu'ils identifient quand on leur parle de ce thème.

Ce qui est le plus revenu dans les entretiens est la technique du **massage** comme moyen de toucher et d'être touché. Véronique parle principalement du toucher via les séances de massages qu'elle avait lors de sa première prise en soins : « Et donc, c'était une séance de massage. Oui, c'est ça, massage, décontraction et en général il me la faisait à la fin de mon entraînement pour justement décontracter les muscles donc à chaque fois j'avais quand même cette séance ou quasiment à chaque fois cette séance de massage c'était un peu la récompense ». Elle retrouve également le toucher sous cette forme dans ses séances actuelles. C'est également le cas de Jérôme et de Sylvie qui font du massage la première technique à laquelle ils se réfèrent pour parler du toucher. Jérôme l'exprime clairement en nous disant : « Oui, alors le massage. Là, on va parler du toucher justement » et « le toucher je le voyais principalement sur le toucher physique : le massage. ». Ces deux phrases illustrent que la technique qui représente le plus le toucher pour lui est le massage. A la question « sous quelle forme le toucher a pris place dans tes séances ? », Sylvie parle exclusivement du massage : « Alors, surtout au niveau de [mon TMS], c'est super important. Dans les premiers mois, on peut dire que j'avais mal. Et c'était la seule chose qui me soulageait au départ. Donc, beaucoup de massages. ». A la fin de son entretien et après la question « Par rapport à une autre profession dans le domaine de la santé (médecin, infirmière ou autre), est-ce que votre attente par rapport au toucher est différente ? si oui pourquoi et dans quelle mesure ? » le seul mot caractérisant une technique de toucher dans sa réponse est le mot massage. A cette même question Jérôme répond aussi selon « le toucher-massage ». Cela nous oriente vers l'idée que pour Sylvie comme pour Jérôme et Véronique, le toucher se traduit automatiquement par la technique du massage dans les soins MK. Laura qualifie les massages qu'elle reçoit de « massages drainants ».

Sandra nous parle principalement de « manipulations plus ou moins agréables » et ça « toute la séance » à chaque séance. Ses expériences de soins avec un MK étaient quasi exclusivement basées sur les « manipulations ». De ce fait l'expérience du toucher pour elle ne s'est révélée que par ce biais. Ces manipulations que nous pourrions également appeler **mobilisations** ont été également vécues par Sylvie. Ces techniques ont été abordées par Sylvie moins spontanément que la technique de massage. Après une question concernant les autres types de toucher que la patiente a pu expérimenter et en précisant la question avec l'exemple des mobilisations, Sylvie nous dit qu'elle en a en effet fait l'expérience : « Oui, oui, tout à fait, j'ai eu des mobilisations passives oui oui. ». Laura nous parle de manipulations dans le cadre de [son TMS] : « Et en fait, elle [sa MK] m'a beaucoup manipulée pour récupérer l'amplitude ».

Enfin, les patients évoquent « le travail de la cicatrice » (Laura) fait manuellement par son MK, les **palpations** à visées diagnostic : « La fois où je suis venue et que j'avais les douleurs, du coup, MK1 m'avait auscultée pour me donner un peu un avis. » (Véronique) ; « de toucher aussi les hanches pour voir si c'était droit ou autre » (Jérôme) ; « là il [son MK] m'a effectivement touchée. Il a été voir où j'avais mal, comment ça se répercutait sur le corps. Donc là oui, pour le coup, le toucher est important pour bien localiser finalement la douleur et les muscles concernés. » (Sylvie).

Avant même que les questions sur les différents types de toucher que les patients s'attendent à avoir où ont eu en séance avec un MK, ils nous décrivent principalement et de manière spontanée le massage et les mobilisations. En posant des questions plus ciblées dans la suite des entretiens, les patients nous évoquent d'autres techniques comme la palpation diagnostic ou plus rarement le toucher lors des exercices afin de corriger un mouvement et une posture. C'est le cas de Laura qui déclare après une question sur d'autres types de toucher qu'elle a pu expérimenter : « Oui, en fait c'est plus sur la réathlétisation. C'est au niveau des postures, quand il faut tenir des postures ou faire des exercices correctement. Le toucher, soit de montrer des exemples, soit ensuite de rectifier une position, pour moi c'est ce qui permet de comprendre comment il faut se mettre, ça permet de comprendre la posture. ». Les réponses aux questions concernant le ressenti du toucher, la place que cela joue dans les soins ou encore l'attente d'un toucher par rapport à un soin d'un autre professionnel de santé se ramènent toujours aux techniques auxquelles les personnes ont été le plus confrontées dans leurs soins. Ce sont également les techniques évoquées en premier dans l'entretien.

3. L'impact émotionnel et le ressenti

3.1. *Le bien-être, l'apaisement et le soulagement*

Le toucher est un moyen de soulagement, c'est un moment de bien-être et d'apaisement. Jérôme parle de « relâchement musculaire, physique [...] et aussi dans la tête » lorsqu'il parle de massage.

Pour Véronique les séances de massages dans son ancienne PEC « c'était un peu la récompense ». Ça l'aidait à se « décontracter ». Elle dit « je ne suis pas dans l'action [...] et le fait de ne pas être dans l'action moi qui suis quelqu'un de très contractée et qui a beaucoup de mal à lâcher prise, ça aide ». Elle parle de « moments agréables » ou elle peut « lâcher ». Toujours en parlant du massage elle dit « ça me fait vraiment du bien [...] mais du bien au

mental. Et au corps aussi ». De ne pas demander un massage c'est pour elle se faire « entre guillemets violence ».

Cette notion de bien-être nous la retrouvons chez Laura et Sylvie. En parlant d'un massage drainant Laura dit : « c'est un plaisir, quoi, parce que ça fait vraiment du bien sur le moment. ». Laura parle de son ressenti à la fin d'un soin où elle a été touchée pour lever les adhérences d'une cicatrice, donc un soin douloureux : « Quand on est en fin de travail, c'est tout bête, mais elle passe toujours sa main comme ça, pour terminer comme une caresse, un peu. Et donc ça permet d'apaiser les choses, quoi [...]. Et en fait, c'est vrai que ce geste-là, qui est comme un geste de massage, ça permet de mettre un début, une fin, et puis d'apaiser aussi des choses. ». Nous retrouvons dans son discours la notion de l'apaisement par le toucher. Pour Sylvie, le massage a permis de soulager ses douleurs. Le toucher est pour elle un moyen de « baisser la tension, diminuer le stress, apporter du bien-être. Et quelle que soit la pathologie, de toute façon, ça fait vraiment du bien ».

3.2. La douleur

Le ressenti de la douleur se manifeste dans certains moments du toucher. Le vécu de cette douleur n'est pas forcément perçu comme négatif et peut au contraire concourir à une bonne perception de la qualité des soins. Ce toucher douloureux est vu par les personnes interviewées comme un passage obligé pour arriver à une amélioration. La douleur ressentie paraît supportable car les patients en retirent un bénéfice : « sur le travail de la cicatrice, c'est un peu douloureux, c'est pas très agréable. Donc je sais que pendant quelques heures après, ça fait pas ultra mal mais je le sens un peu. Mais que le bénéfice il se voit dès le lendemain, c'est-à-dire que la cicatrice elle est moins douloureuse, elle est moins gonflée » (Laura). Dans le discours de Sandra, elle considère une bonne séance comme une séance où il y a de la douleur : « une bonne séance de kiné, c'est quand je voyais par la douleur par exemple ». Il faut qu'elle sente que ça « force », si le MK va seulement « forcer un peu la douleur » elle pense que « ça ne sert pas à grand-chose ». Le fait de venir forcer dans la douleur est pour elle gage de progression.

4. Les attentes du patient

Les attentes des patients concernant le toucher dans les soins de Masso-kinésithérapie sont différentes d'une personne à l'autre et parfois ambivalentes dans le discours d'une même personne.

Nous pourrions différencier deux discours : ceux qui attendent d'être touchés quand ils vont voir un MK, et ceux qui estiment que c'est n'est pas un passage obligé bien qu'ils en bénéficient et apprécient ces moments.

Dans le premier cas, Sandra, Laura et Sylvie s'accordent sur le fait qu'elles ne verraient pas leurs soins de MK sans toucher. Sandra dit « si je me déplace dans son cabinet c'est pour qu'il me manipule » et « si on prend quelqu'un une demi-heure c'est pour le manipuler pendant une demi-heure ». A la fin de l'entretien elle déclare que « de toute façon quand on va chez un kiné on sait qu'il va nous manipuler. On a une pathologie, on a mal, on a envie d'être soulagé ». Dans ce cas, il n'est pas envisageable que le toucher (sous forme de manipulations pour Sandra) ne fasse pas partie des soins de manière générale et pas seulement pour sa prise en charge à elle. Laura parle de ce qu'elle s'attendait à faire avant de commencer pour la première fois la kinésithérapie « Peut-être que ce que j'avais sous-estimé et qui finalement est hyper important, c'est toute la partie de ce que MK1 appelle les soins manuels [...] pour moi c'était plutôt aller faire des séances de sport ». Elle répond ensuite à la question « Est-ce que vous considèreriez différemment ou pas la qualité du soin que vous recevez [s'il n'y avait pas de toucher] ? » en disant : « Pour moi, c'est complètement intégré au soin, donc j'aurais du mal à imaginer que ça ne puisse pas en faire partie. [...] J'aurais du mal à envisager ça parce que pour moi ça fait partie du soin en fait. Il n'y pas que ça dans le soin mais ça en fait partie ». L'écart entre les attentes initiales et les attentes après le début des soins chez Laura nous fait penser que la prise en charge par le MK a un rôle sur ce changement.

Pour ces trois patientes, la « qualité du soin dégrade » (Sylvie) lorsqu'elles ne sont pas touchées. Le toucher c'est, selon Sylvie, « quelque chose qu'il faudrait plus dans les séances de kiné ».

Dans le deuxième cas, le toucher n'est pas indispensable dans chaque soin de kinésithérapie selon Jérôme et Véronique. Lorsque nous lui demandons si le fait de ne pas être touché changerait quelque chose à sa perception de la qualité des soins, Jérôme répond : « Absolument pas [...] Si le process qu'on me propose, qui me convient et que tout se passe bien, je peux ne pas avoir besoin de massage ». Cependant ses propos sont nuancés par le reste de sa réponse : « Le massage, c'est vraiment quand je ne me sens pas bien ». Il dit également après la question sur la séance idéale selon lui, que lors des moments où il se sent moins bien, où il a plus mal, il a « juste besoin d'un massage ». Dans le discours de Jérôme, nous retrouvons l'affirmation que la présence du toucher ou non (sous forme de massage pour Jérôme) n'altère pas la qualité des soins. Cependant, il attend d'une séance de kinésithérapie idéale que le MK puisse s'adapter à

son état et donc bénéficier d'un massage lorsqu'il se sent moins bien. Nous retrouvons cette même ambivalence chez Véronique. Elle bénéficie du toucher (sous forme de massage) « quand ça ne va pas » mais affirme : « si je viens pour du renforcement musculaire, je n'attends pas qu'il y ait un toucher. Donc du coup ça ne remettrait pas en question la qualité des soins ».

Ce qui est intéressant de relever c'est que dans le deuxième cas, les deux patients présentent le même TMS. Nous pouvons émettre l'hypothèse que la pathologie pour laquelle le patient va être pris en charge va modifier les attentes du patient.

5. La prise en compte de la personne touchée

Se sentir considérées, comprises et écoutées a une importance dans les soins de kinésithérapie pour les personnes interrogées. Cette prise en compte de la personne passe par le toucher : « je m'étais sentie prise en compte et entre de bonnes mains » dit Véronique en parlant d'un massage qu'elle avait reçu ; « je trouve que ça permet de prendre plus en compte la personne en fait et pas juste être dans un acte médical en fait un peu froid ou au moins très technique » dit Laura en parlant du fait d'être touchée pendant les soins. En répondant à la question : « Comment aurais-tu considéré la qualité des soins reçus si le MK ne t'avait pas touchée pendant tes séances ? » Sylvie apporte cette réponse : « J'ai l'impression juste qu'on me met sur des machines ou qu'on me donne des exercices à faire et que je n'existe plus. ». Plus loin, lorsqu'elle parle de manipulations faites par les mains du MK plutôt que par l'intermédiaire d'un objet, elle dit « on se sent plus écoutée. On se sent plus entendue dans la pathologie ou dans sa douleur. ».

Lorsqu'ils sont touchés par le MK, les patients interviewés se sentent considérés, pensent que le MK « se consacre à [eux] entièrement » (Sandra) et ne les laisse pas faire leurs exercices de leur côté sans prêter cas à leurs douleurs, leur pathologie et leur personne. Laura pense elle que sa MK la « connaît mieux » parce qu'elle « prend aussi le temps du toucher ». Après une question sur comment Sylvie considère les soins si elle est touchée par l'intermédiaire d'un objet, elle nous dit « quand on te donne un objet, un ballon, un élastique, aujourd'hui [...] tu n'as personne derrière pour te dire que finalement, ce que tu fais c'est bien [...]. Alors, quand c'est le kiné qui est là, il va t'accompagner et je pense [...] qu'on se sent plus écouté ». Pour Sylvie, le toucher par l'intermédiaire d'un objet produit l'effet inverse, elle se sent moins considérée que si le toucher est fait par les mains du MK.

6. La communication

Le toucher est décrit par deux des personnes interrogées comme un moyen de communication. Comme toutes les communications patient-soignant, celles-ci influencent la perception de la qualité des soins. Véronique dit en parlant du massage et du fait qu'elle ressent si la personne qui la touche est confiante ou non : « je suis assez sensible à ce genre de choses, si la personne se sent à l'aise, confiante, du coup ça met en confiance. Si la personne tremble un peu ou voilà, c'est vrai que quand on manque d'expérience forcément c'est normal. Mais du coup, moi ça me communique le stress. ». Elle dit aussi : « il y a une sorte de communication qui se fait par le toucher mine de rien. [...] Quelqu'un qui me touche et avec qui je ne peux pas établir de communication c'est plus compliqué pour moi ». Elle dit que si elle ne peut pas parler avec la MK « c'est une sorte d'acceptation, de don de soi » qui est plus compliqué pour elle. Le toucher c'est véritablement pour elle rentrer en contact avec la personne, tant sur le plan physique que dans l'établissement d'une communication. Et cette communication par le toucher joue sur la vision et la confiance dans les soins qu'elle reçoit car elle y perçoit la confiance ou non du professionnel de santé qui la touche.

Véronique souligne aussi l'idée que le toucher communique des informations : « Et finalement c'est quand on n'arrive pas à décrire la douleur qu'on a, comme l'autre fois où j'avais mal [...] le toucher est nécessaire ». Pour Laura, cette dimension informationnelle est essentielle : c'est la communication entre deux corps, celui du soignant et du soigné qui s'établit lors d'un toucher et qui permet au premier de mieux comprendre le deuxième. Au même titre que la communication orale, le toucher peut faire passer des messages et aider à la compréhension du patient, de sa pathologie et de ses douleurs : « Donc je pense qu'on aurait aussi du mal à échanger ou à se comprendre sans passer par ça [le toucher] » ; « quand elle [sa MK] travaillait la cicatrice, dans le moment du toucher elle me dit là ça fait mal parce qu'elle voyait bien qu'il y avait une adhérence ou quelque chose en fait et effectivement c'est là que ça faisait le plus mal quoi, donc pour moi oui c'est une forme de communication, enfin un toucher c'est une forme de communication comme une autre ».

7. L'expertise du masseur-kinésithérapeute

Dans chaque entretien, les personnes interviewées disent s'en remettre à l'analyse et l'examen technique de l'expert, du spécialiste qu'est le MK pour les diagnostiquer, les analyser, les orienter dans la rééducation, leur donner les limites et les avals, tout cela par l'intermédiaire du toucher. Ce thème est très relié à celui de la confiance. Le fait de s'en remettre au toucher expert

du MK demande au patient d'avoir confiance en son praticien et en ses compétences et techniques. Dans beaucoup de discours à ce sujet, le terme « confiance » revient de manière régulière.

Le toucher est un moyen de montrer les limites que le corps est capable de supporter : « il me donnait les limites et en manipulant, je voyais bien jusqu'où il pouvait aller » dit Sandra concernant la récupération de son amplitude. Elle ajoute : « certains mouvements que moi, peut-être je n'osais pas faire, lui les faisait et je voyais bien où était la limite, jusqu'où je pouvais supporter la peur aussi ». Si pour Sandra les manipulations de son MK lui permettaient d'avoir un marqueur de son amplitude maximum, pour Laura la limite concernait en plus de l'amplitude, une limite de douleur. Concernant ses amplitudes, elle raconte qu'elles sont plus importantes lorsque c'est sa MK qui réalise les mobilisations : « On nous dit qu'il faut mobiliser nous-mêmes, mais ce n'est pas la même chose. On ne va pas aussi loin, on ne sait pas ce qu'on peut faire et ce qu'on ne peut pas faire comme mouvement. ». En termes de limite pour la douleur, Laura dit « quand c'est moi qui manipule ma cicatrice je vais plus vite m'arrêter quand j'ai mal, parce que comme j'ai aussi peur de mal faire, donc le seuil de tolérance douleur en fait il n'est pas du tout le même que si c'est quelqu'un d'extérieur qui le fait, parce qu'elle, elle a le geste professionnel en fait, et que moi je ne l'ai pas, donc si je vais me faire mal je vais me dire oh là là c'est parce que je ne fais pas bien les choses ». Le « geste professionnel » que décrit Laura illustre l'importance accordée au toucher du MK dans la gestion des sensations et de l'évolution de la prise en charge.

Le toucher est aussi vu par les personnes interviewées comme un moyen d'analyser les douleurs et sensations ressenties. Le toucher est l'outil qui permet la compréhension de l'état du patient par le MK comme le précise Laura : « personnellement je suis manuelle et j'ai besoin de toucher les choses pour les comprendre donc je transpose en fait ça sur le kiné ». Pour Sylvie, le toucher de son MK a permis lors d'une séance d'analyser où elle avait mal : « Et c'est vrai qu'à ce moment-là, quand il vient toucher, quand il vient analyser, il n'y a que comme ça finalement où il a pu déterminer exactement où j'avais mal et l'endroit où... enfin ce qu'il se passait quoi ». Cette évaluation pour faire l'état des lieux des douleurs du patient, Jérôme la raconte lorsqu'au bilan, son MK est venu le toucher, le palper pour « lui-même voir ce qu'il en était ». C'est la seule fois où Jérôme a été touché pendant un bilan et l'explique par le fait que son MK est « très spécialiste dans tout ce qui est rachis ». Le fait que le MK vienne toucher indique donc selon lui à quel point ce dernier est spécialiste, expert dans ce qu'il fait. Après la question « Est-ce que le fait que justement il t'a touché lors du diagnostic, ça a changé quelque chose dans ta

perception du soin ? » Jérôme répond « La crédibilité ». Cependant plus loin il dit en évoquant aussi un moment de bilan « mais ce n'est pas le toucher qui me fera penser que c'est pertinent ou crédible en tout cas ». Dans le contexte de la première citation, nous parlions de son MK actuel et Jérôme avait appuyé sur le fait qu'il était spécialiste dans son domaine. Dans le deuxième cas, le contexte était plus général et la question de la qualité des soins sans toucher était abordée. La perception de l'expertise du MK semble être dépendante de la confiance accordée au professionnel de santé et à ses capacités de soins face à la pathologie du patient.

8. Les explications du toucher

Deux des cinq personnes interrogées ont exprimé l'idée qu'elles acceptaient mieux le toucher de la part de leurs MK si ces derniers leur donnaient des explications. En parlant d'une expérience passée avec son MK Sandra dit : « un geste qui moi me mettait mal à l'aise » et continue en disant qu'elle aurait aimé qu'il la prévienne : « c'est au moins de prévenir, d'expliquer un peu ce qu'il fait ». Elle finit en disant « je pense que c'est bien d'expliquer pour établir cette relation de confiance ». Dans cette même idée, à la question sur les raisons qui font que Laura autorise sa MK à faire du travail manuel malgré la douleur, elle répond « elle m'explique les choses en fait quand elle fait quelque chose donc ça me permet de comprendre en fait, puis moi, je vous ai dit je suis enseignante, j'ai besoin de comprendre. J'apporte de la pédagogie, mais j'ai besoin qu'on m'explique. Et du coup comme on a cette relation de confiance, je me dis que je peux lui faire confiance ». Elle explique que son accord au toucher et notamment au toucher douloureux passe par l'explication : « j'ai besoin de savoir ce qui va se passer et surtout pourquoi on le fait. En plus moi je ne suis pas très tactile donc effectivement j'ai un vrai besoin de compréhension de pourquoi est-ce qu'on le fait et comment ça va se passer aussi ». On le voit avec ces deux discours, le toucher seul sans contextualisation ni explication de la part du MK peut être perçu comme un soin inconfortable et qui apporte un malaise. Nous pouvons penser que dans ce cas, la qualité des soins perçus par le patient serait moins bonne.

C'est ce qui a manqué à Sandra dans sa prise en charge. Elle dit être « très demandeuse » d'explications et dit : « Moi ce qui m'a manqué c'est d'expliquer ce que c'était la [TMS] par exemple parce qu'il m'a expliqué un peu mais parce que j'ai posé des questions. Parce qu'autrement on vient, lui il sait très bien ce que c'est, il va manipuler mais en fait moi perso j'avais besoin de comprendre. ».

9. Les expériences antérieures

Les expériences antérieures des patients peuvent influencer sur la perception de la qualité des soins qu'ils vont recevoir lorsqu'ils sont touchés.

Les expériences avec un MK peuvent avoir une influence sur la perception des soins reçus. Nous l'avons vu avec Laura dans la section 4. *Les attentes du patient*, ses attentes ont été modifiées après avoir commencé les soins avec sa MK. L'expérience de Sandra lors d'une première prise en soins avec son MK s'est révélée positive. Le toucher (des manipulations pour Sandra) dans ses séances a été bénéfique pour elle. Elle y est retournée pour une autre prise en soins pour une pathologie différente : « les premières fois où je suis allée le voir il m'a fait du bien pour un problème [...] donc du coup je suis retournée le voir pour le problème [actuel] ». L'efficacité du toucher d'une première prise en charge lui a donné confiance plus facilement pour la deuxième. Sandra évoque des séances de MK pour un proche auxquelles elle avait assistée. Elle dit « le kiné donnait des instructions et hop, il partait et on faisait l'exercice tout seul. Franchement non. Enfin moi, ça ne me plaisait pas. ». Cette expérience passée, jugée mauvaise par Sandra en soins MK, appui le fait que pour elle « dans une séance, la manipulation [...] est importante. ».

Avoir expérimenté l'utilité du toucher permet de percevoir une meilleure qualité des soins reçus. Laura explique qu'étant donnée qu'elle a vu l'utilité de certaines techniques manuelles avant, elle les accepte mieux maintenant malgré la douleur : « je l'accepte [les moments où le toucher va être douloureux] aussi parce que je sais que c'est utile. Comme elle m'a expliqué les choses et que j'en ai vu les bénéfices, je sais que c'est utile et que du coup il faut en passer par là ». L'expérience du toucher conditionne le vécu que les patients ont des soins avec du toucher.

Les expériences de toucher hors du soin influencent également la perception des soins reçus. Bien qu'aucun des interviewés n'a évoqué son rapport au toucher dans d'autres expériences que celles dans les soins MK, Jérôme et Laura évoquent leurs sensibilités au toucher de manière générale. Jérôme déclare : « Je suis très tactile donc il n'y a rien qui me dérange sur le toucher ». Laura au contraire nous dit : « je ne suis pas très tactile donc effectivement j'ai un vrai besoin de compréhension de pourquoi est-ce qu'on le fait et comment ça va se passer aussi ». Leur rapport au toucher de manière générale va donc influencer les attentes qu'ils vont avoir dans un soin MK. Comme nous le montre Laura, elle attendra des explications sur les soins reçus via le toucher car elle se décrit « pas très tactile ».

V. Discussion

A. Synthèse de l'analyse et apports de la littérature

Cette synthèse récapitule les points essentiels examinés au cours de l'analyse. Son objectif est de fournir un éclairage sur la problématique : *Comment le toucher influence la perception par le patient de la qualité des soins de Masso-kinésithérapie ?*

L'objectif est aussi de vérifier, confirmer ou clarifier les hypothèses établies.

1. La qualité des soins

La qualité des soins est un thème transversal, qui fait écho aux autres thèmes développés. Les points retrouvés chez les personnes interviewées dans le thème *La qualité des soins* vont permettre de voir dans quelle mesure le toucher fait écho à ces caractéristiques d'un soin de qualité.

Selon le rapport de la HAS intitulé *Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs* (HAS, 2021) « la qualité des soins perçue par le patient comprend trois approches différentes : 1) la mesure du résultat des soins 2) la mesure de l'expérience des soins 3) la mesure de la satisfaction des soins. ». En nous basant sur cette classification, nous pouvons comparer les réponses des patients avec les dimensions que couvrent ces trois approches dans ce rapport.

Dans nos entretiens, les patients attendent des soins de Masso-kinésithérapie de l'écoute, de l'accompagnement, de la considération. Ils attendent de se sentir compris, de se sentir en confiance, d'avoir des explications sur leurs soins et de reconnaître les compétences de leur MK. Toutes ces notions sont retrouvées dans les mesures de l'expérience des soins : « droits à l'information » ; « soutien physique et émotionnel par des professionnels de santé compétents, être écouté et traité avec empathie et compréhension » ; « une bonne communication » (HAS, 2021). Un terme revenu régulièrement dans les entretiens est celui de soulagement. En plus du soulagement attendu, les personnes interrogées souhaitent voir de l'efficacité dans leurs soins. Ils souhaitent en somme voir leurs symptômes s'améliorer sur le moment et voir une progression sur le moyen et long terme. Ces éléments peuvent se rapporter aux mesures du résultat des soins. Comme décrit dans le rapport de la HAS de 2021, cette catégorie comprend « les symptômes ressentis [...], les capacités fonctionnelles [...], la qualité de vie ». C'est en résumé « une ou plusieurs caractéristiques de l'état de santé du patient exprimées directement par lui-même » (HAS, 2021). Le dernier point concerne la satisfaction, « concept multidimensionnel, assez mal défini et sur lequel il n'y a pas de consensus scientifique quant à

la définition » (HAS, 2021). C'est une notion difficile à évaluer et ne sera pas traitée à part entière ici.

2. Apports de l'analyse pour vérifier les hypothèses

Nous allons reprendre les hypothèses afin de voir comment le toucher, en fonction de ses différentes caractéristiques, influence sur les éléments décrits plus haut et qui définissent la qualité des soins selon les personnes interrogées.

HYPOTHÈSE 1 : Un toucher jugé expert fera que la qualité du soin perçu sera meilleure

On retrouve l'idée que le toucher est révélateur des compétences du MK dans les entretiens réalisés. Comme souligné plus haut, Véronique nous dit qu'elle ressent l'assurance de son MK lorsque celui-ci la touche : « je suis assez sensible à ce genre de choses, si la personne se sent à l'aise, confiante, du coup ça met en confiance. Si la personne tremble un peu ou voilà, c'est vrai que quand on manque d'expérience forcément c'est normal. Mais du coup, moi ça me communique le stress. ». Par cet exemple nous pouvons penser qu'un toucher hésitant, tremblant, ainsi qu'une attitude du thérapeute peu sûr de lui pendant son toucher peut donner une information de manque de compétences du MK.

Pour certains, lorsque le toucher est jugé expert, ils s'en remettent à l'expertise du MK pour connaître les limites supportables et tolérables en termes d'amplitude ou de douleur. Cette expertise du toucher se traduit aussi pour les interviewés par l'idée que le MK va pouvoir mieux comprendre et analyser leurs douleurs et sensations. Ils s'en remettent au toucher de leur thérapeute et ont confiance en celui-ci pour leur donner des indications sur leur état de santé. Ce toucher jugé expert leur donne confiance en leur MK.

HYPOTHÈSE 2 : Un toucher jugé rassurant, bienveillant fera que la qualité du soin perçu sera meilleure.

Le toucher est le moyen par lequel certains patients interrogés se sont sentis compris, écoutés et considérés. Sans ce toucher, certains ont l'impression de n'être que des objets de soins à qui on délivre un traitement (comme nous le montre Sylvie lorsqu'elle dit « J'ai l'impression juste qu'on me met sur des machines ou qu'on me donne des exercices à faire et que je n'existe plus »). Ils se sentent moins compris. « Être écouté et traité avec empathie et compréhension » sont des facteurs influençant la qualité des soins perçus par les patients (HAS, 2021). Le toucher

peut donc véhiculer l'idée pour le patient que le MK s'intéresse à lui, est attentif et prend en compte sa douleur et ses plaintes. Ce serait donc un moyen pour le MK de prendre des renseignements sur l'état de son patient et donc de pouvoir ajuster sa prise en charge. Ce « respect des valeurs, des préférences et des besoins du patient » sont autant d'éléments également décrits dans le rapport de l'HAS de 2021 sur la perception de la qualité des soins.

HYPOTHÈSE 3 : Le patient sera influencé positivement sur la qualité du soin reçu lorsqu'il sera touché via un massage ou des techniques qu'il juge relaxantes, de bien-être.

Le toucher apporte aux personnes interviewées du bien-être, de l'apaisement, du soulagement. C'est surtout sous la forme de massage que le toucher est ici jugé comme agréable. En effet, ce bien-être immédiat semble dépendant des techniques du toucher utilisé. Le massage semble ici être la technique associée à cette notion puisque dans les discours de Véronique, Jérôme, Laura et Sylvie, les moments de massages sont décrits comme leur apportant du plaisir et du bien-être. Le bien-être, le soulagement des symptômes, le « soutien émotionnel, soulagement des craintes et de l'anxiété » sont des critères de qualité des soins (HAS, 2021).

Le ressenti du toucher semble donc dépendant de la technique utilisée. Un ressenti de détente, de relaxation, de bien-être semble favoriser la perception de la qualité des soins par le patient. Même si ici le massage semble être la technique de toucher favorisant les ressentis positifs, il ne faut pas exclure le fait que le ressenti du toucher est dépendant de beaucoup d'autres facteurs que la technique utilisée, tels que les attentes des patients ou son vécu antérieur.

Le toucher peut aussi renvoyer à d'autres ressentis, telle la douleur. Cette douleur ressentie n'est pas forcément en opposition avec l'attente de soulagement. Certains discours d'entretiens ont montré cette limite entre la notion de ressenti immédiat du toucher et son implication avec la perception de la qualité des soins. Sandra attend d'une séance de kinésithérapie d'être soulagée en revanche elle ne parle jamais de soulagement en lien avec le toucher. Ses expériences du toucher passant par les manipulations, elle ressent de la douleur et non du soulagement. On peut donc voir avec l'exemple de Sandra que ce soulagement dont parlent les patients pour décrire une bonne qualité de soin n'est pas forcément en lien avec le soulagement qu'ils peuvent ressentir dans les techniques avec du toucher. Cette différence entre le bénéfice à court terme et long terme est aussi illustrée dans le discours de Véronique. A l'inverse, si les moments du toucher (le massage pour elle) lui apportent du soulagement sur le moment, elle n'y voit cependant pas un bénéfice pour l'évolution favorable de sa pathologie : « je sais pertinemment

que si je faisais que des massages, alors ça serait super génial, mais je n'avancerais pas ». Véronique nous dit également : « Non mais bon après ou ça me fait vraiment du bien quoi. Mais du bien au mental. Et au corps aussi. Mais je sais très bien que si je viens chez le kiné, ce n'est pas pour ça. »

HYPOTHÈSE 4 : Le patient est indifférent au toucher, celui-ci n'influence pas sur sa perception de la qualité du soin.

Cette hypothèse a pu être explorée suite à la question : *Comment considérez-vous la qualité des soins lors d'une séance de kiné ou vous n'êtes pas touchés par votre kiné ?* et est abordée dans le thème *Les attentes du patient*. En effet, comme exposé dans ce thème, les personnes interviewées peuvent se diviser en deux : ceux qui ne peuvent imaginer leurs soins de kinésithérapie sans toucher et ceux qui disent que ça ne remettrait pas en cause la qualité des soins. Cependant pour cette dernière catégorie, nous retrouvons une ambivalence dans les discours.

Jérôme et Véronique affirment ne pas reconsidérer la qualité des soins s'ils ne sont pas touchés. Cependant ils attendent des soins de manière générale que leur MK s'adapte à leur situation : « que mon kiné puisse me freiner aussi, de pouvoir m'adapter par rapport à ce que je ressens » (Jérôme). C'est pour eux un des critères de qualité des soins. Or, lorsqu'ils se sentent en moins bonne forme lors d'une séance et ne se sentent pas capable de faire des exercices, le massage est un moyen d'obtenir du bien-être physique et mentale. C'est par le toucher (ici le massage) que le MK montre son adaptation à l'état du patient. Ils ne considèrent pas le massage comme un moyen pour guérir et améliorer leurs symptômes à long terme, c'est sans doute la raison pour laquelle à la question sur leur perception de la qualité des soins s'ils ne sont pas touchés ils affirment ne pas en avoir besoin. Mais en prenant en compte le critère d'adaptation à leur état comme facteur influençant leur perception de la qualité des soins, nous pouvons émettre l'hypothèse que le toucher a en effet un rôle dans cette perception.

Nous pouvons considérer que l'hypothèse 4 n'est pas confirmée.

HYPOTHÈSE 5 : Les expériences passées du patient en termes de toucher influenceront sa perception de la qualité des soins.

Les expériences de toucher dans le cadre des soins de Masso-kinésithérapie semblent influencer la perception de la qualité des soins. Sandra a eu une bonne expérience du toucher dans les soins, elle est retournée chez le même praticien avec les mêmes attentes de toucher. Les expériences passées semblent jouer un rôle sur les attentes des patients et sur la confiance qu'ils peuvent avoir avec certains praticiens ou certaines techniques.

Nous pouvons penser que les expériences de toucher en dehors des soins influencent également la perception de la qualité des soins. C'est ce qu'illustrent brièvement Jérôme et Laura lorsqu'ils parlent du fait qu'ils sont « assez pudiques et pas très tactiles » (Laura) ou au contraire « très tactile » (Jérôme). Leur sensibilité face au toucher, leur façon dont ils se caractérisent face au toucher est un élément qui influence leur perception des soins. Laura nous dit qu'elle n'est pas très tactile et donc elle a besoin que le MK lui explique les objectifs de son toucher.

HYPOTHÈSE 6 : Une explication des raisons du toucher donnera au patient une meilleure perception de la qualité des soins.

Un toucher dont l'objectif et les raisons ne sont pas expliqués par le MK au patient peuvent être plus difficile à accepter. Tout comme les autres techniques thérapeutiques proposées au patient, le professionnel de santé a un devoir légal d'information selon l'article R. 4321-83 du Code de Déontologie. Ce droit à l'information est aussi un élément retrouvé dans la mesure de la qualité des soins perçus par les patients (HAS, 2021).

La notion de l'explication des raisons du toucher explorée dans l'hypothèse 6 peut être mise en lien avec la notion de consentement. Pour que le patient consente à un soin de manière libre et éclairée, il est nécessaire que ce dernier ait reçu une information nécessaire pour consentir en toute connaissance de cause. L'Ordre des masseurs-kinésithérapeute a publié en 2022 un Kit de communication avec plusieurs documents ressources. Nous retrouvons un document intitulé *Pour une relation thérapeutique saine et sécurisée* qui rappelle que le MK « a le devoir de vous expliquer chacun de ses gestes au cours de la séance. Il doit les justifier en adaptant son langage afin que l'information soit aisément comprise » (Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2022).

3. Apports supplémentaires pour répondre à la problématique

Le toucher a été par plusieurs personnes interviewées décrit comme un moyen de communication. Comme pour la communication orale, le toucher est décrit par Véronique et Laura comme une façon de faire comprendre au MK leurs maux. C'est une façon de se faire comprendre et d'être compris par le thérapeute. C'est également un élément retrouvé dans la littérature scientifique que « professionnels et patients considèrent le toucher comme un moyen de communication bienveillant » (Kelly et al., 2018).

Dans les soins de masso-kinésithérapie, le fait d'être touché permet selon les personnes interrogées de se sentir considérées dans les soins. Nous pouvons émettre l'hypothèse que c'est une manière d'humaniser les soins qu'ils reçoivent. C'est ce qui est avancé par l'article de Martina Ann Kelly et ses collaborateurs intitulé « Experience of touch in health care : a meta-ethnography across the health care professions » (2018) qui relève que les patients « apprécient la façon dont le toucher humanise leurs expériences des soins ».

Pour répondre à notre problématique, le toucher semble, selon les personnes interviewées dans cette étude et les données de la littérature, devoir répondre à certains critères pour que la perception de la qualité des soins soit bonne. Nous pouvons en ressortir que le toucher doit être attendu, expliqué, ressenti comme expert, comme bienveillant, comme agréable (si recherche d'apaisement immédiat) ou douloureux (si cela est justifié par des objectifs à plus long terme), dépend des techniques par lesquelles le patient est touché (par les mains du MK) et dépend des expériences passées. Dans ces conditions, le toucher permet d'apporter une bonne qualité des soins perçus car il apporte du soulagement, du bien-être, un apaisement, une efficacité des soins perçus, une meilleure communication, le sentiment d'être écouté, d'être compris et considéré.

Tous ces éléments relevés semblent indissociables des uns et des autres dans les discours des personnes. Un toucher douloureux semble devoir être attendu et expliqué pour que la perception de la qualité des soins soit meilleure. Le toucher en tant que moyen de communication permet de ressentir l'expertise du MK. Les expériences passées influencent les attentes, les ressentis.

B. Intérêts de l'étude

1. Intérêts pour le métier de masseur-kinésithérapeute

Ce questionnaire a permis d'arriver à l'analyse du vécu des patients suivis en masso-kinésithérapie dans le domaine MS. Les éléments apportés ont permis d'enrichir la compréhension du sujet : la question du toucher et de son lien avec la qualité des soins perçus

ne se limite pas à une réponse binaire qui ferait de la présence ou non du toucher la principale raison de la qualité des soins perçus. Les informations délivrées par les patients nous montrent l'enjeu pour les MK de prendre en compte les attentes, l'histoire des patients et leurs représentations dans le domaine du toucher.

Nous avons pu relever avec certains entretiens toute l'ambiguïté de ce que l'attente des patients en termes de toucher signifie. Dans cette mesure, il paraît donc important en tant que MK de s'interroger sur leurs expériences passées, sur ce qu'est une bonne qualité des soins de manière générale pour eux. Les perceptions évoluent au cours du temps et révèlent l'importance de réévaluer ces aspects pendant la prise en charge.

Ce travail a permis de compléter certains éléments du mémoire d'initiation à la recherche que nous avons évoqué au début de cette étude (Gavard, 2022). En reprenant les éléments liés au toucher, elle a permis d'enrichir avec de nouveaux points de vue cette question de la perception du toucher dans les soins en intégrant le concept de la qualité des soins et en cherchant à établir un lien entre ces deux notions.

2. Intérêts dans notre futur pratique professionnelle.

Cette étude a constitué une étape importante dans la formation de MK, car elle m'a permis de consolider ma compréhension du rôle du toucher peau à peau dans l'amélioration des soins perçus par le patient. En explorant les entretiens et en identifiant les points communs entre les expériences des participants, j'ai réalisé l'importance d'une approche centrée sur les représentations des patients concernant le toucher et plus largement concernant sa prise en soins en masso-kinésithérapie. Je saisis l'enjeu de réévaluer ma pratique professionnelle de manière régulière afin d'apporter une meilleure qualité des soins aux patients.

Cette recherche a également permis l'initiation à la méthode des entretiens semi-directifs. Les compétences requises pour cet exercice m'ont paru se rapprocher de celles demandées lors de la prise en charge des patients. L'écoute, les questions ouvertes, la reformulation sont les points essentiels commun aux deux pratiques. Ce sont des compétences qui seront réutilisées afin d'enrichir ma future pratique professionnelle.

C. Pistes d'amélioration

Des pistes d'amélioration ont été identifiées dans toutes les parties de cette étude.

Dans le cadre théorique, le manque de littérature sur les concepts de hands on/ hands off a été un frein à la conceptualisation de la dualité des pratiques avec et sans le toucher. Etant donné l'ampleur du sujet, il aurait été judicieux de se focaliser sur une technique spécifique de toucher afin de mieux borner le sujet.

Dans la méthodologie, nous n'avons pas réalisé autant d'entretiens que souhaité. Il était prévu de réaliser entre six et huit entretiens. L'accès au terrain s'est révélé difficile. Nous n'avons pu commencer les entretiens que tard dans le projet. La mise en place d'affiche dans un cabinet libéral pour le recrutement de sujet n'a rien donné. C'est seulement à l'arrivée sur notre dernier terrain de stage que nous avons pu plus facilement recruter les personnes à interviewer. En ce qui concerne ce sujet, une possibilité d'amélioration serait de se déplacer dans des cabinets libéraux afin d'avoir un contact direct avec les MK et les patients.

La grille d'entretien n'a pas été divisée par thème. La raison principale est que celle-ci s'est construite au fur et à mesure des entretiens. L'analyse a donc été plus laborieuse. Certaines questions n'ont pas permis de faire ressortir des éléments répondant à la problématique. Cette méthode d'entretien semi-directif a permis de faire émerger des nouveaux thèmes au cours de l'étude. Lors des entretiens, les questions posées ne correspondaient pas toujours exactement aux questions notées dans la grille d'entretien et peuvent donc être vu comme une limite pour la reproductibilité de l'étude.

En ce qui concerne l'échantillon que nous avons pour notre étude, nous remarquons que l'âge des personnes interrogées se situe dans un intervalle de 40 à 60 ans. Nous relevons que quatre des cinq participants sont des femmes. Les catégories socio-professionnelles retrouvées sont « employés », « cadres et professions intellectuelles supérieures », « professions intermédiaires » selon la nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles de 2020 (PCS 2020) de l'INSEE. Les autres catégories socio-professionnelles ne sont pas représentées dans cet échantillon. L'article de Maud Gelly (docteure en sociologie) et Laure Pitti (enseignante-chercheuse en sociologie) intitulé « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins » (2016) font le constat qu'on « est plus ou moins bien soigné selon le niveau de l'échelle sociale où l'on se situe ». Elles donnent à voir dans cet article que les patients de « classes populaires » sont moins bien informés sur les soins qu'ils reçoivent (Gelly & Pitti, 2016). De ce fait, un échantillon plus diversifié permettrait peut-

être de rendre de compte des différentes perceptions sur la qualité des soins reçus, et ce par exemple en termes d'informations apportées au patient.

L'échantillon qui a servi à l'analyse de notre étude ne comprend pas une diversité importante en termes d'âge, de genre et de catégorie socio-professionnelle. Il serait intéressant que l'échantillon soit plus diversifié selon ces critères. Les personnes interrogées ont toutes suivi des séances avec un MK dans leur vie. Il aurait été intéressant de rendre compte des représentations de personnes n'ayant jamais suivi une séance de masso-kinésithérapie. Dans ce cas, pour respecter le critère de sélection de personnes ayant une atteinte MS, nous aurions interrogé des personnes ayant pris un rendez-vous avec un MK mais n'ayant pas commencé les séances. Il serait intéressant de prolonger ce travail en faisant de plus nombreux entretiens.

Il serait intéressant de relever la perception du MK sur la place du toucher dans les soins qu'il propose. Ainsi, nous pourrions comparer leur perception à celle des patients. Dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins, cette confrontation des perceptions permettrait d'imaginer des moyens à mettre en place pour que ces deux visions cohabitent le mieux possible dans les soins.

Cette étude s'est concentrée sur le toucher peau à peau, c'est-à-dire du contact direct entre la peau du soignant et du patient. Il serait intéressant de considérer d'autre forme de toucher, notamment le toucher par l'intermédiaire d'un outil technique.

Ce mémoire n'a pas fait l'état de l'influence des expériences passées négatives ou traumatiques sur la prise en soins des patients car le sujet n'a pas été abordé par les personnes interrogées. Il serait intéressant de voir en quoi ces expériences passées négatives influencent le toucher dans les soins.

4. Conclusion

Les patients et les professionnels de santé s'inscrivent dans un système de soin à la recherche de la qualité. Dans cette optique, les perceptions de toutes les personnes du système sont à prendre en compte dans l'évaluation de la qualité des soins. Nous avons choisi de nous intéresser à la perception des patients dans ce travail. En tant que MK, il apparaît essentiel de prendre en compte la vision de ces derniers dans les soins.

Il est essentiel pour les plus sceptiques quant à l'efficacité de certaines techniques manuelles de considérer que l'efficacité d'une méthode ne se résume pas aux preuves scientifiques qu'elle apporte. L'efficacité des techniques utilisant le toucher inclue l'impact que ces dernières ont sur le ressenti, l'attente, la confiance et la perception de la qualité des soins. Du côté des patients, le toucher peau à peau est tantôt perçu comme un outil technique qui permet la guérison, mais aussi un moyen de répondre à leurs attentes, leurs besoins émotionnels (comme signe d'empathie) et de s'adapter à leur état.

Ces éléments soulignent l'importance, notamment dans le contexte du toucher, de la qualité relationnelle entre le thérapeute et le patient. Il est essentiel en tant que MK de pouvoir s'adapter au patient, de favoriser la communication, en expliquant et en justifiant les choix des techniques utilisées.

Il serait intéressant d'élargir notre recherche sur le toucher de manière plus large. Au-delà des contacts entre la peau du soignant avec la peau du patient, nous pourrions explorer le toucher perçu par le patient par l'intermédiaire d'un outil technique dans les soins.

Bibliographie

- Abrial, S., & Louvel, S. (2011). Chapitre 4. Analyser les entretiens. In *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives* (p. 65-81). Presses universitaires de Grenoble.
- <https://doi.org/10.3917/pug.abria.2011.01.0065>
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau* (Dunod).
- Bjorbækmo, W. S., & Mengshoel, A. M. (2016). “A touch of physiotherapy”—The significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 32(1), 10-19. <https://doi.org/10.3109/09593985.2015.1071449>
- Carpio, M.-A. (2022, juin 30). *Le toucher, pilier du développement du cerveau*. National Geographic. <https://www.nationalgeographic.fr/sciences/le-toucher-pilier-du-developpement-du-cerveau>
- Chevalier, F., & Meyer, V. (2018). Chapitre 6. Les entretiens. In *Les méthodes de recherche du DBA* (p. 108-125). EMS Editions; Cairn.info.
- <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0108>
- Cure. (s. d.). In *Dictionnaire Larousse en ligne*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/anglais-francais/cure/573621>
- de Perrot, É. (2004). 16. La cure. In *Psychiatrie et psychothérapie* (p. 225-228). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/psychiatrie-et-psychotherapie--9782804146726-p-225.htm>
- Gavard, X. (2022). *La place du toucher dans les soins de masso-kinésithérapie* [Mémoire d’Initiation à la Recherche en Masso-Kinésithérapie, Institut de Formation en Pédicurie-podologie, Ergothérapie, Masso-Kinésithérapie].
- https://ifpek.centredoc.org/doc_num.php?explnum_id=2271
- Gelly, M., & Pitti, L. (2016). Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. *Agone*, 58(1), 7-18. <https://doi.org/10.3917/agone.058.0007>

- Gleeson, M., & Timmins, F. (2004). The use of touch to enhance nursing care of older person in long-term mental health care facilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(5), 541-545. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00757.x>
- Grousset, S. (2009). Définition et concepts liés au toucher dans les soins. *Soins*, Vol 54(N° 737).
- Haute Autorité de Santé. (2021). *Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs*.
- Hentz, F., Mulliez, A., Belgacem, B., Noirfalise, C., Barrier, H., Gorrand, J., Paniagua, C., Mathé, B., & Gerbaud, L. (2009). Stratégie d'évaluation de l'impact du toucher dans les soins infirmiers. : A propos d'une étude multicentrique, prospective et randomisée. *Recherche en soins infirmiers*, N° 97(2), 85-91. <https://doi.org/10.3917/rsi.097.0085>
- INSERM. (2021). *Développement : Quand le toucher éveille au monde*. Inserm. <https://www.inserm.fr/reportage/developpement-quand-le-toucher-eveille-au-monde/>
- Kelly, M. A., Nixon, L., McClurg, C., Scherpbier, A., King, N., & Dornan, T. (2018). Experience of Touch in Health Care : A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions. *Qualitative Health Research*, 28(2), 200-212. <https://doi.org/10.1177/1049732317707726>
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2015). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances: *Reflets et perspectives de la vie économique*, Tome LIII(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Laugier, S., & Molinier, P. (2009). Politiques du care. *Multitudes*, 37-38(2-3), 74-75. <https://doi.org/10.3917/mult.037.0074>

- Le Breton, D. (2006). 5. Le toucher de l'autre. In *La saveur du monde* (p. 219-243). Éditions Métailié. <https://www.cairn.info/la-saveur-du-monde--9782864245643-p-219.htm>
- Le Robert. (s. d.). *Toucher*. Dictionnaire en ligne. Consulté 21 septembre 2023, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/toucher>
- Lehmann, J.-P. (2005). Ce que « prendre soin » peut signifier. *Le Coq-héron*, 180(1), 50-54. <https://doi.org/10.3917/cohe.180.0050>
- Ministère de la santé et des sports. (2010). *Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière*. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.msscs.2010.01>
- Ministère des affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes. (2015). *Arrêté-du-2-septembre-2015-relatif-au-diplôme-d'État-de-masseur-kinésithérapeute.pdf*. <https://en.ecoledassas.com/wp-content/uploads/2015/10/Arr%C3%AAt%C3%A9-du-2-septembre-2015-relatif-au-dipl%C3%B4me-d%C3%89tat-de-masseur-kin%C3%A9sith%C3%A9rapeute.pdf>
- Mino, J.-C. (2015). Cure et care, indissociablement. In *À quel soin se fier ?* (p. 71-79). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.worms.2015.01.0071>
- Morel, M.-A. (2012). Qualité des soins. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 256-260). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0256>
- 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>
- Observatoire de la démographie du Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes. (2020). *RAPPORT 2020 SUR LA DÉMOGRAPHIE*.

Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. (s. d.). *Histoire de la kinésithérapie – Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine*. Consulté 8 avril 2024, à l'adresse

<https://nouvelleaquitaine.ordremk.fr/histoire-de-lordre/>

Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. (2021). *Déontologie : Avis du Conseil national de l'ordre du 30 mars 2021 relatif aux spécificités, abrogeant l'avis du Conseil national de l'ordre n° 2017-01*.

Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. (2022). *Pour une relation thérapeutique saine et sécurisée*.

Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Services de santé de qualité*.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

Pagano, C. (2020). 3. La peau et le toucher. In *La stimulation basale* (p. 55-69). Érès;

Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-stimulation-basale--9782749267487-p-55.htm>

Panchout, E., Doury-Panchout, F., Launay, F., & Coulliandre, A. (2017). Prévalence des pathologies rencontrées en kinésithérapie libérale : Un outil pour repenser

l'enseignement en kinésithérapie ? *Kinésithérapie, la Revue*, 17(192), 3-10.

<https://doi.org/10.1016/j.kine.2017.09.071>

Porton-Deterne, I. (2011). Toucher : De la sensation précoce à l'émotion: *Spirale*, n° 57(1), 79-89. <https://doi.org/10.3917/spi.057.0079>

Remondière, R. (2008). Histoire des savoirs et des pratiques en kinésithérapie. *EMC - Kinésithérapie - Médecine physique - Réadaptation*, 4(4), 1-15.

[https://doi.org/10.1016/S1283-0887\(08\)49478-1](https://doi.org/10.1016/S1283-0887(08)49478-1)

Remondière, R., & Durafourg, M.-P. (2019). Regards sur la kinésithérapie en 2018: *Santé Publique*, Vol. 30(6), 869-876. <https://doi.org/10.3917/spub.187.0869>

Roger, J., Darfour, D., Dham, A., Hickman, O., Shaubach, L., & Shepard, K. (2002).

Physiotherapists' use of touch in inpatient settings. *Physiotherapy Research International*, 7(3), 170-186. <https://doi.org/10.1002/pri.253>

Savatofski, J., & Prayez, P. (1989). *Le toucher apprivoisé*.

Tronto, J. C. (2008). Du care. *Revue du MAUSS*, 32(2), 243-265.

<https://doi.org/10.3917/rdm.032.0243>

Wolmark, Y. (2001). Évaluer la qualité. *Gérontologie et société*, 24 / 99(4), 131-146.

<https://doi.org/10.3917/gs.099.0131>

Annexes

Annexe 1 : Guide d’entretien semi-directif.....	I
Annexe 2 : Grille d’analyse thématique.....	III
Annexe 3 : Résumé entretien 1 – Sandra	IV
Annexe 4 : Résumé entretien 2 – Véronique	V
Annexe 5 : Résumé entretien 3 – Jérôme	VI
Annexe 6 : Résumé entretien 4 – Laura	VII
Annexe 7 : Résumé entretien 5 – Sylvie.....	VIII

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-directif

Introduction et présentation du contexte et de l'étude

- ➔ Présentation : Manon Le Yondre, étudiante en dernière année de Masso-kinésithérapie.
- ➔ Sujet : Je m'intéresse dans le cadre de la rédaction de mon mémoire d'initiation à la recherche de fin d'étude à la composante du toucher dans les soins en Masso-kinésithérapie (MK). Plus particulièrement, je souhaiterai me pencher sur la vision qu'en ont les patients lorsqu'ils sont suivis pour des soins en MK. Je m'interroge ici sur la perception des patients sur leur prise en charge en MK et la corrélation possible que le patient peut faire entre le toucher et la qualité des soins qui leur est apportée par le MK.
- ➔ Problématique : *Comment le toucher influence sur la perception du soin par le patient ?*
- ➔ Contexte : Cet entretien durera entre 30min et 1h, je poserai des **questions ouvertes auxquelles la personne pourra répondre librement**. Je demanderai au préalable **l'accord** pour un enregistrement audio afin de pouvoir **retranscrire les informations et les analyser afin de répondre à ma question de recherche** dans le cadre de mon mémoire. J'informerai de la totale **anonymisation** des données et proposerai de **partager les résultats** du mémoire à la fin de celui-ci.

Questions

Définition du toucher ici : toute forme de contact physique, que l'objectif soit à but relationnel, diagnostic ou thérapeutique.

- 1) Pouvez-vous présenter brièvement ?
- 2) Pour quelle(s) raison(s) avez-vous suivi des séances de kiné ?
- 3) Comment vous représentez-vous le métier de MK ? Quelle est votre vision du métier de MK ? Pourquoi faire un appel à un kiné ? Qu'est-ce que vous attendez à faire dans une séance de kiné ?
- 4) Quelle serait pour vous une bonne séance de MK ? Décrivez-moi une séance type idéale ?
 - Une séance de bilan
 - Une séance de rééducation
- 5) Dans quelle mesure le toucher a pris place dans vos séances ?
- 6) De quelle manière avez-vous été touché dans vos séances de MK ? Pour quelles raisons ?

- 7) A quel type de toucher avez-vous eu à faire lors de vos séances chez le MK
- 8) Quelles sont vos attentes concernant la fréquence à laquelle le kiné pose les mains sur vous ?
- 9) Comment ressentez-vous le toucher par le MK ? Quels sont vos ressentis ?
- 10) *Quels sont selon vous les buts/les objectifs du toucher pendant une séance ? Quels sont pour vous les buts et objectifs pour lesquels le kiné vous touche ?*
- 11) Comment considérez-vous la qualité des soins lors d'une séance de kiné ou vous n'êtes pas touchés par votre kiné ?
- 12) Avez-vous déjà formulé la demande d'être touché par votre kiné ? Ou inversement (de ne pas être touché ? et pour quelles raisons
- 13) *Par rapport à une autre profession dans le domaine de la santé (médecin, infirmière ou autre), est ce que votre attente par rapport au toucher est différente ? si oui pourquoi et dans quelle mesure ?*
- 14) Nous arrivons maintenant au terme de cet entretien, est ce qu'il y aurait un point que vous souhaiteriez ajouter ? Est-ce que nous avons abordé tous les points importants selon vous ?

Conclusion de l'entretien : Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé dans le cadre de cette recherche.

Annexe 2 : Grille d'analyse thématique

E1, E2, E3, E4, E5 : Entretien n°1 jusqu'au n°5.

ST : Sous-thème

Pseudonyme		E1 : Sandra	E2 : Véronique	E3 : Jérôme	E4 : Laura	E5 : Sylvie
Thème 1 : Qualité des soins	<u>ST1 :</u> l'expérience des soins <u>ST2 :</u> Les résultats des soins					
Thème 2 : Les techniques du toucher						
Thème 3 : L'impact émotionnel et le ressenti	<u>ST1 :</u> Le bien-être, l'apaisement et le soulagement <u>ST2 :</u> La douleur					
Thème 4 : Les attentes des patients						
Thème 5 : La prise en compte de la personne touchée						
Thème 6 : communication						
Thème 7 : L'expertise du masseur-kinésithérapeute						
Thème 8 : Les explications du toucher						
Thème 9 : Les expériences antérieures						

Annexe 3 : Résumé Entretien 1 – Sandra

Sandra a entre 55 et 60 ans, elle a un travail de bureau. Elle a été suivie en séance de kinésithérapie pour une TMS pendant 18 mois. Avant ça, elle avait déjà eu une expérience en kinésithérapie. Pour ces deux affections elle avait été suivie par le même MK. Elle voit l'utilité du MK dans le soulagement que cela peut lui apporter ainsi que dans « l'efficacité » de ce soulagement. Elle est retournée pour son TMS chez le même MK que pour sa première affection parce que les premières séances l'avaient bien soulagée. Le contenu des séances a été principalement des « manipulations ». Lors de ses séances, « ce kiné là en tout cas se consacre à toi entièrement ». Elle considère une bonne séance de kinésithérapie comme une séance où le MK « force un peu la douleur ou la résistance » lors de ses manipulations, et cela est pour elle gage de progression contrairement au massage. Le fait que le MK lui avait soulagé sa première douleur lui donnait confiance en son toucher, et elle nous dit « je m'en remettais complètement à lui ». Pour elle, si elle va voir un MK et qu'elle se déplace dans son cabinet c'est pour qu'il la manipule. Elle donne le contre-exemple des séances suivies par un proche. Lors de ces séances, le MK peu présent donnait des exercices à réaliser. Cette situation lui a permis d'appuyer sur le fait que « si on prend quelqu'un une demi-heure, c'est pour le manipuler une demi-heure ». Les manipulations par le MK étaient pour elle un marqueur de ses limites dans les mouvements où Sandra n'osait pas aller, par peur notamment. Enfin pour terminer l'entretien, Sandra a souhaité aborder un point particulier concernant le fait de prévenir le patient lorsque le praticien réalise certains gestes. Elle nous décrit une situation où son MK, lors de la prise en charge pour sa première affection, a eu des gestes qui l'ont surprise, qui la mettait mal à l'aise. Le MK plaçait ses mains sur elle sans la prévenir. Elle insiste sur le fait que le MK devrait prévenir le patient de ce qu'il compte faire et des gestes qu'il compte réaliser, surtout dans les premières séances, afin d'établir plus facilement une relation de confiance.

Annexe 4 : Résumé Entretien 2 – Véronique

Véronique a entre 45 et 50 ans. Elle est enseignante. Elle est actuellement suivie en kinésithérapie pour un TMS. Elle fait des séances de kinésithérapie depuis qu'elle est jeune pour d'autres affections. Elle attend d'une séance de kinésithérapie du « soulagement », de « l'écoute », de « l'adaptation », et de la « bienveillance ». Sa perception de sa santé a changé lorsqu'elle a changé de MK. En soins avec un précédent MK, elle faisait des exercices en autonomie pendant deux heures, et ne se sentait pas capable de faire de la course à pied. Puis avec sa MK actuelle, le discours et la prise en soins étant différents, elle a pu retrouver confiance en son corps, diminuer ses douleurs, et être plus autonome dans sa prise en charge. Le massage a fait partie de tous ses soins (anciens et actuels). Aujourd'hui, le massage est pour elle un moment de « lâcher-prise », qui aide à se « décontracter », qui lui fait beaucoup de bien. Cependant elle ne considère pas cette technique comme un moyen de progresser (« si je faisais que des massages [...] je n'avancerais pas ») et affirme qu'elle sait que pour sa santé elle a besoin de bouger. Elle nous parle également d'une autre expérience de toucher, lorsque sa MK actuelle l'avait ausculté pour lui donner un avis sur ses douleurs. Le toucher lors d'un bilan aurait tendance à rassurer Véronique. Elle nous donne l'exemple d'une séance avec la remplaçante de sa MK habituelle, lors de laquelle cette dernière l'avait massé après que Véronique lui ait fait part de douleurs. Ce toucher l'avait « mise en confiance » notamment grâce au fait qu'elle sentait la MK confiante dans son geste. Elle s'était sentie « prise en compte et entre de bonnes mains ». Elle nous fait part que par rapport à sa problématique, ce qu'elle vient chercher dans une séance de kinésithérapie ce sont « des exercices » et « du renforcement ». Elle en conclut donc que si elle n'avait pas ces moments de massage ou autres touchers, ça ne changerait pas son engagement dans la prise en charge actuelle (« c'est pas pour ça que j'arrêterai de venir »), mais elle serait tout de même « triste » si sa MK lui disait qu'il n'y aurait plus de massage. Véronique pense que les moments du toucher sont des moments de communication qui s'inscrivent dans la relation avec le thérapeute. C'est en effet plus compliqué pour elle d'accepter un toucher si elle ne peut pas « établir de communication », parler, avec la personne qui la touche. Enfin, pour terminer l'entretien, Véronique a souhaité aborder le point suivant : l'impact des conditions extérieures, notamment la température et l'ambiance générale du cabinet qui sont pour elle des facteurs qui jouent sur sa façon « d'accueillir les propositions thérapeutiques quelles qu'elles soient ».

Annexe 5 : Résumé Entretien 3 – Jérôme

Jérôme a entre 55 et 60 ans. Il est responsable commercial. Il est actuellement suivi en séances de kinésithérapie. Depuis jeune il a été suivi en kinésithérapie, dans le cadre du sport qu'il pratiquait, et pour diverses affections. Ce que Jérôme attend des séances de kinésithérapie c'est d'abord « l'écoute ». Il a également besoin que le thérapeute lui explique le cheminement par lequel il va passer. Ensuite, on retrouve également l'adaptation du MK par rapport à sa situation. Le patient nous dit que lors de ses prises en soins, il a fait des exercices, du massage, des électrodes et des ondes de chocs. Jérôme différencie deux types de séances idéales pour lui : lorsqu'il « va bien et qu'automatiquement le corps va bien » et les moments où il ne sent pas bien. Dans le premier cas il va pouvoir faire les exercices qu'on lui demande, dans le deuxième cas il a « juste besoin d'un massage ». Les séances dépendent de son état physique du moment. Il considère une bonne séance de bilan lorsque le MK s'intéresse à ses antécédents, à son état psychologique et à son vécu, plus largement que seulement la pathologie pour laquelle il vient consulter. Il revient finalement sur une notion importante pour lui, l'écoute. Le toucher se traduit pour lui surtout à travers le massage, lorsqu'il ne peut pas faire des exercices et qu'il a besoin d'être soulagé. Lors du diagnostic qu'il a eu avec son MK actuel, le fait que ce dernier vienne le palper a ajouté de la « crédibilité à ce qu'il faisait ». Il ajoute « qu'on ressent tous différemment des choses dans le corps » et donc que le MK a voulu « voir ce qu'il en était ». Ce qu'il attend lorsqu'il est touché et donc au moment du massage pour lui, c'est du relâchement physique « et aussi dans la tête ». Il se sent capable de demander ces massages lorsqu'il se sent en confiance avec son MK. Pour lui le soulagement ou la guérison qu'on peut venir chercher chez un professionnel de santé passe avant tout par la confiance, et le côté humain du soignant. Il affirme que la qualité du soin ne serait pas affectée si les séances de kinésithérapie n'incluaient pas de massage, tant que le processus proposé lui convient, répond à ses besoins et montre une évolution favorable, comme cela a été le cas dans ses précédentes expériences de rééducation. C'est également le cas pour la qualité du bilan qui ne serait pas remise en question tant que le praticien démontre une écoute attentive et pose des questions approfondies. Enfin, pour terminer l'entretien, Jérôme a souhaité aborder le point de la relation de confiance. Il nous dit qu'il a besoin d'être « conduit, accompagné, aidé, compris » et pas laissé seul pendant la séance d'une demi-heure à faire des exercices. Pour lui ces notions vont de pair avec la confiance.

Annexe 6 : Résumé Entretien 4 – Laura

Laura a entre 40 et 45 ans et est enseignante. Elle est actuellement suivie en kinésithérapie pour un TMS. C'est la première fois que Laura fait des séances de kinésithérapie dans sa vie. Avant de commencer les séances, elle s'attendait à recevoir une « aide pour reprendre les activités » qu'elle faisait au quotidien et « une aide aussi psychologique » pour « passer pas mal de barrières liées à la peur ». Elle s'attendait également à faire des exercices, et se voyait plus « aller faire des séances de sport ». Elle pense avoir sous-estimé les soins manuels, elle dit ne pas avoir forcément identifié à quel point c'est en fait important dans sa prise en soins. Elle parle du « travail manuel » que réalise sa MK, et qui comprend des massages drainants, le travail de la cicatrice, les manipulations pour récupérer ses amplitudes. Dans ces moments la patiente dit ne pas travailler mais que c'est indispensable. Grâce à ce travail manuel elle en retire des bénéfices impressionnants, tant sur l'œdème que sur la douleur ou sur l'adhérence de la cicatrice. La différence avec l'auto mobilisation selon elle, c'est que la MK va plus loin dans l'amplitude. De plus, sa tolérance à la douleur est augmentée lorsque c'est la MK qui la mobilise. Laura explique que cela est possible grâce à la « relation de confiance » qui s'est installée entre elle et sa MK grâce aux explications données par la praticienne sur les soins. Laura nous a également dit que pendant les exercices, sa MK la touche pour montrer une posture ou rectifier une position. Ces moments où le toucher intervient dans le soin sont indispensables pour elle, « complètement intégré au soin ». Laura aurait « du mal à imaginer que ça ne puisse pas en faire partie ». Elle explique cette perception par le fait qu'elle est « manuelle », a besoin de toucher pour comprendre et donc transpose ça au métier de MK. Elle dit également que lorsqu'on est soigné « on n'est que sensations et donc le toucher ça passe par là », et ça permet également d'échanger, de rentrer en communication, de créer un lien. Lors du toucher, Laura a besoin d'avoir des explications. Lorsqu'elle est touchée, elle peut ressentir de la douleur « mais qui font du bien un tout petit peu après », mais aussi de l'apaisement et du plaisir. Les temps où la MK la touche sont aussi des moments qui, selon elle, permettent au praticien de mieux la comprendre et comprendre sa pathologie et également de vraiment « prendre en compte la personne ». Enfin, pour terminer l'entretien, Laura a souhaité aborder le point de l'aspect de la peau. Elle se rappelle avoir présenté des excuses à la MK parce qu'elle n'était pas épilée, craignant que cela puisse gêner la praticienne. Le fait d'en avoir parlé avec la MK et que cette dernière la rassure à ce sujet lui a permis de mieux accepter le toucher par la suite.

Annexe 7 : Résumé Entretien 5 – Sylvie

Sylvie a entre 50 et 55 ans, et exerce une profession paramédicale. Elle est actuellement suivie en séance de kinésithérapie pour un TMS et avait été suivie auparavant pour une autre affection. Sylvie attend d'une séance avec un MK d'être soulagée de sa douleur, d'être guidée pour ses exercices, et un « accompagnement ». Elle espère « être entendue et écoutée ». Le contenu idéal d'une séance dépend pour elle de ce pour quoi elle vient consulter. Lorsqu'elle vient pour une douleur, elle souhaite que sa douleur soit calmée par du massage. Lorsque la douleur diminue, elle attend que le MK l'aide à « récupérer de la musculature » et de la « mobilité ». Elle ajoute également qu'elle aimerait que le MK soit présent pendant toute sa séance, ce qui n'est pas le cas dans sa prise en charge actuelle. Sylvie nous parle en première intention de massage lorsque nous abordons le sujet des moments où elle est touchée. Ces massages sont pour elle l'occasion d'être soulagée de ses douleurs, d'avoir des moments de détente et de diminuer « la dose de stress ». Plus tard dans l'entretien, elle dit avoir expérimenté le toucher lorsque son MK l'a palpé pour « localiser finalement la douleur et les muscles concernés » ainsi que lors de mobilisations. Ce toucher est selon elle un moyen pour le MK de venir « analyser » sa douleur. Sylvie considère qu'un « kiné qui ne te touche pas, c'est comme un médecin qui ne vient pas t'ausculter » et trouve donc la qualité du soin dégradée. Lors des prises en soins où le MK la « met sur des machines » ou lui donne des exercices, elle a l'impression de ne plus exister. En ce qui concerne les mobilisations, elle affirme que lorsqu'elles sont réalisées par les mains du MK plutôt que par un objet intermédiaire elle se sent plus écoutée et considérée. Selon elle, les mains du MK réparent. Enfin, pour terminer l'entretien, Sylvie a souhaité insister sur l'importance du toucher en soins de kinésithérapie pour apporter du bien-être quel que soit la pathologie.