



La Région
Auvergne-Rhône-Alpes



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE
UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE MÉDECINE - DÉPARTEMENT DE KINESITHERAPIE

LES REPRÉSENTATIONS DU CONSENTEMENT CHEZ LES KINÉSITHÉRAPEUTES

Rapport de recherche présenté par : Camille COUTEAUX

Sous la supervision de : Léo DRUART

UE ATRES Année 2022 – 2023

Diplôme d'État de Masseur Kinésithérapeute

Master en Ingénierie de la Santé Parcours Kinésithérapie

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

La Direction Régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités délivre sous l'autorité du préfet de région les diplômes paramédicaux et du travail social.

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

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

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

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

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

Article 1 :

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

Article 2 :

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

Article 3 :

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

Je soussigné(e) : Camille Couteaux

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

Je certifie avoir rédigé personnellement le contenu du livret/mémoire fourni en vue de l'obtention du diplôme suivant :

Fait à Grenoble Le 20/05/23 Signature

C. Couteaux



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

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

³ Article L122-4 du Code de la propriété intellectuelle

Travail de recherche réalisé sous la supervision de :

Directeur de recherche :

Léo DRUART

Enseignant IFMK Grenoble / Kinésithérapeute D.E., MSc

leo.druart@univ-grenoble-alpes.fr

Co-directrice de recherche :

SaraEve GRAHAM-LONGSWORTH

Enseignante IFMK Grenoble / Kinésithérapeute D.E., MSc

saraeve.graham-longsworth@univ-grenoble-alpes.fr

Co-directrice de recherche :

Caroline BORDIN-GOFFIN

Enseignante IFMK Grenoble / Kinésithérapeute D.E., MSc

caroline.goffin@univ-grenoble-alpes.fr

Remerciements

Avant tout, je souhaiterais remercier Léo Druart, mon directeur de mémoire qui m'a soutenue pour la réalisation de ce travail de fin d'étude. Merci pour l'intérêt que tu as porté à mon sujet, pour ton écoute et pour ces discussions enrichissantes qui m'auront encouragée tout au long de l'année.

J'aimerais aussi remercier SaraEve Graham Longworth pour toutes les connaissances et valeurs qu'elle m'aura transmises au cours de ma formation. Son expertise sur le sujet du consentement ainsi que son travail m'auront nourrie et cela m'aura permis de construire ma vision du métier de kinésithérapeute.

Enfin, je remercie Caroline Bordin-Goffin pour son accompagnement tout au long de ma scolarité à l'institut de Grenoble ainsi que pour son aide au cours de la réalisation de ce mémoire. Sa présence pendant la période Covid et lors des périodes de doutes pendant les études m'aura été précieuse.

Je remercie aussi les participant·es à cette étude pour le temps et leur disponibilité qu'iels m'auront accordée.

Un énorme merci à mes deux meilleurs amis de kiné, Paul et Loïc, pour tous les fous rires que nous avons eu ensemble pendant ces années et pour tous les moments qui auront marqué mes années d'étude. Un grand merci à tou·tes mes ami·es qui auront été présent·es à mes côtés.

Je tiens également à remercier Laurène et Valentin avec qui j'ai partagé ma première colocation, pour leur grain de folie et pour tout ce qu'iels m'auront apportée.

Enfin, je terminerai par remercier ma famille, en particulier mes parents pour leur soutien sans faille. Merci de me porter dans tous mes projets personnels et professionnels, ce qui m'aura permis sans nul doute d'en arriver là où j'en suis aujourd'hui.

Résumé

Contexte : Depuis 2002, les professionnel·les de santé ont une obligation de recueil du consentement. Cependant, de nombreux scandales ont mis en évidence des dysfonctionnements au sein du système de santé montrant que le recueil du consentement était considéré comme optionnel dans certains cas. De récentes études se sont intéressées aux pratiques invasives en médecine mais très peu ont été réalisées dans le domaine de la masso-kinésithérapie.

Objectif : L'objectif de cette étude est de comprendre les représentations que les masseur·euses-kinésithérapeutes ont du consentement dans le soin.

Méthode : Une étude exploratoire a été menée auprès de onze kinésithérapeutes ayant des modalités d'exercices différentes. Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs puis une analyse thématique a été réalisée.

Résultats : La définition du consentement est hétérogène dans notre échantillon. Cinq représentations ont été identifiées parmi nos intervenant·es. Le consentement peut être considéré comme une fin, il peut aussi être utilisé comme moyen. Les kinésithérapeutes ont aussi une vision légale du consentement. Il ressort aussi que le consentement peut être implicite ou l'objet de négociations dans certains cas.

Conclusion : Différentes difficultés ont été mises en avant dans cette étude quant au questionnement du consentement. Certains comportements vont à l'encontre du respect du·de la patient·e ce qui questionne sur sa place dans la relation de soin. Plusieurs leviers ont ainsi été proposés, ce qui permet de rester optimistes par rapport à l'évolution de l'apprentissage du recueil du consentement.

Mots-clés : *Consentement, représentations, masseur·euses-kinésithérapeutes*

Abstract

Context: Since 2002, health professionals have the obligation to obtain consent. However, some scandals have highlighted dysfunctions within the health care system, showing that obtaining consent was considered optional in some cases. Recent studies have focused on invasive practices in medicine, but very few have been conducted in the field of physiotherapy.

Objective: The objective of this study is to understand the representations of physiotherapists about the consent in care.

Method: An exploratory study was conducted with eleven physiotherapists having different practice patterns. We carried out semi-structured interviews and then a thematic analysis.

Results: The definition of consent is heterogeneous in our sample. Five representations were identified among our participants. Consent can be considered as an end in itself, it can also be used as a means. Physiotherapists also have a legal vision of consent. It also appears that consent can be implicit or negotiated in some cases.

Conclusion: Various difficulties were highlighted in this study concerning the question of consent. Some behaviours go against the patient's respect, which raises questions about his or her place in the care relationship. Several levers have been proposed, which allows us to remain optimistic about the evolution of learning how to obtain consent.

Keywords : *Consent, representations, physiotherapists*

Liste des abréviations :

MK : Masseur·euse-Kinésithérapeute

PS : Professionnel·le de Santé

VSS : Violences Sexistes et Sexuelles

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

CNOMK : Conseil National de l'Ordre des Masseur·euses-Kinésithérapeutes

FNEK : Fédération Nationale des Étudiant·es en Kinésithérapie

CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés

IFMK : Institut de Formation de Masso-Kinésithérapie

Table des matières

<i>Introduction</i>	11
<i>Méthodologie</i>	16
1. Admissibilité, recrutement et sélection des participant·es	16
2. Considérations éthiques	16
3. Collecte des données	17
4. Analyse des données	19
<i>Résultats</i>	20
1- Le consentement comme une fin en soi	22
1.1- La priorité à l'autonomie	22
1.2- L'ubiquité du consentement	23
1.3- La pudeur	23
1.4- L'empathie	24
1.5- Décisions partagées	24
1.6- Une relation patient-centrée	25
1.7- Vision évolutive	25
2- Le consentement comme moyen	26
2.1- Favoriser l'adhésion aux soins	26
2.2- Faciliter la communication	27
2.3- Instaurer une relation de confiance	27
2.4- Impliquer dans le traitement	27
2.5- Potentialiser les résultats	28
3- Le consentement légal	28
3.1- Les droits et devoirs au sein de la relation	28
3.2- Les violences	28
3.3- La médecine défensive	29
3.4- Le paradoxe de l'obligation	29
4- Le consentement implicite	29
4.1- Un choix en connaissance de cause	30
4.2- L'asymétrie du rapport	30
4.3- L'information vaut pour accord	31

4.4-	Le ressenti des kinésithérapeutes.....	31
4.5-	La familiarité dans la relation de soin.....	31
4.6-	L'intimité du soin.....	32
5-	La coercition du consentement.....	32
5.1-	Les conditions de prise en soin.....	33
5.2-	Le MK a le dernier mot.....	33
5.3-	Les moyens pour arriver à ses fins.....	33
	<i>Discussion</i>	35
	Perspectives.....	37
	Considérations méthodologiques.....	38
	<i>Conclusion</i>	39
	<i>Bibliographie</i>	40
	<i>ANNEXES</i>	43

Avant-propos

Ce mémoire portant sur le consentement a été rédigé en écriture inclusive. L'utilisation générique du masculin favorise les images masculines (1). De ce fait, le masculin dans sa forme neutre ne l'est pas et ce biais va entretenir les représentations non-équitable des genres. À la lecture de termes masculins, le cerveau construit une image masculine, peu importe l'intention au moment de l'écriture (2). Par ailleurs, les pays ayant une langue genrée montrent plus d'inégalités entre les hommes et les femmes que les pays où la langue est peu ou non-genrée (3). La volonté d'utiliser cette écriture est donc de favoriser les représentations féminines.

Aucun conflit d'intérêt n'est à déclarer par les investigateur·rices de cette étude.

Introduction

En 1989, le Grand Larousse de la langue française présentait le consentement comme l'action de donner son accord, par exemple le consentement du·de la propriétaire ou la permission de se marier accordée à une personne encore mineure (4). Le consentement n'était alors en aucun cas associé au domaine médical. Sur le Larousse en ligne publié en 2023, figure maintenant, à la rubrique consentement, une définition précise de ce qu'est le consentement éclairé donné par un patient (5). Ainsi, en 30 ans, la définition de cette notion a grandement évolué comme nous allons le détailler maintenant.

En effet, avant de s'imposer dans le domaine du droit et le domaine social, la notion de consentement n'était discutée que par une poignée de spécialistes. En France, l'arrêt Teyssier de 1942 est le premier texte abordant la question du consentement tel que nous l'entendons aujourd'hui en santé (6). En effet, bien qu'originellement formalisé dans différentes disciplines comme la médecine, la philosophie ou encore le droit, le consentement a peu à peu pris une place importante dans les réflexions à partir des années 1940. En effet, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, de nombreuses expériences menées par des médecins nazis dans les camps de concentration sur des êtres humains ont été révélées au public. Ces expériences avaient été réalisées, au titre d'expérimentations médicales en lien avec l'idéologie nazie, sans le moindre respect pour les détenu·es qui mouraient souvent des suites de mutilations (6). Au terme de la guerre, les responsables ont été jugé·es. Cependant, face à l'absence d'encadrement juridique de la recherche médicale, le tribunal militaire de Nuremberg a rédigé le « code de Nuremberg » (7). Ce Code est un extrait du jugement pénal issu du procès des anciens médecins responsables. Il y est écrit que le « [consentement libre est obligatoire pour toute démarche sur les êtres humains] ». Ce texte juridique international fondateur fixe une première liste de critères essentiels à suivre afin de mener des recherches sur les individus. Depuis, de nombreux textes ont façonné la bioéthique que nous connaissons aujourd'hui impliquant une meilleure compréhension de la notion de consentement libre et éclairé.

Bien que le concept de consentement ait été mis en lumière à la suite des expérimentations non contrôlées sur des humains, sa transposition dans des domaines sociétaux, telles que la santé ou la sexualité n'est arrivée que progressivement au cours de plusieurs décennies, du milieu du XXème siècle à nos jours. Quelques temps forts ont en effet fait évoluer ce concept. Parmi ceux-ci, les différentes vagues féministes ont contribué à forger

notre vision contemporaine du consentement (8). En effet, c'est dans cette dynamique que, dans les années 1960, une première vague de lutte contre le patriarcat pour l'égalité sociale et les droits des femmes à disposer de leurs corps a fait parler d'elle (9). Les féministes se sont alors battues pour que le consentement sexuel soit abordé et pour que la place de la femme au sein du couple et dans la société évolue. À ce moment dans le monde médical, le consentement était recherché uniquement pour des actes médicaux invasifs. Le cadre légal a été précisé pour protéger les médecins d'éventuelles plaintes à la suite de chirurgies aux résultats insatisfaisants. Jusque dans les années 1970, l'attention s'est tout d'abord portée sur l'information donnée. Par la suite, on se pencha sur la compréhension des informations par les patient·es ainsi que sur leurs droits comme celui de refuser des soins (10).

Quelques temps après, un nouveau bouleversement social vecteur de changements se produisit. En effet, les années 1980 ont été marquées par l'arrivée du VIH en Europe. Un nombre considérable de personnes furent infectées. À la suite de transfusions de poches de sang infectées, la confiance envers les médecins est ébranlée (11). Au cours de cette crise de confiance, les personnes porteuses du VIH ont joué un rôle très important par leur implication importante dans les décisions thérapeutiques les concernant. Dans ces circonstances, la·e patient·e est devenu·e un·e partenaire des médecins. Ces événements ont alors obligé le corps médical à adopter un comportement favorisant les échanges avec les patient·es (12). Cette relation, auparavant asymétrique, très paternaliste, a progressivement évolué pour tendre vers une relation plus horizontale. Aujourd'hui, la prise en soin se veut centrée sur la·e patient·e et, priorisant son autonomie, cherche à placer la personne au rang d'acteur et de décisionnaire pour sa santé (13). La·e médecin doit donc être vigilant·e à l'égard de l'information qui est donnée (10). Cette évolution se concrétise par plusieurs mouvements de patient·es qui se sont constitués comme le mouvement américain « women's health movement ». Leurs revendications étaient multiples telles que la remise en question de la relation hiérarchique ou la promotion de l'autonomie médicale en partie grâce au questionnement du consentement (14).

Plus récemment, l'essor des réseaux sociaux a permis à de nombreuses personnes de prendre la parole sur le sujet du consentement. Les réseaux sociaux se sont avérés être des outils majeurs dans la libération de la parole au sujet du consentement et des violences liées à son non-respect. Ils ont été initialement utilisés pour dénoncer des violences sexistes et sexuelles via le #metoo. Par la suite, des dénonciations et témoignages ont été diffusés par différents mots-dièses dénonçant les violences faites dans le monde médical. Le #PayeTonUtérus en est un exemple : il est utilisé pour dénoncer de nombreuses difficultés rencontrées par les patientes

consultant des gynécologues (14). Le #PatientsToo, en référence à #MeToo, a inspiré l'étude du même nom. Cette étude a récemment mis en évidence des conduites problématiques dans le monde médical (15). Elle s'est intéressée à l'expérience de soin des patient·es habitant en Allemagne. Les sondé·es ont été questionné·es au sujet des violences médicales qui concernaient tout acte sexuel non-consentis, examen physique non-nécessaire au soin, ainsi que sur le harcèlement sexuel de la part des professionnel·les de santé (PS). Toutes les professions étaient incriminées ; la profession de kinésithérapeute s'avérait être la quatrième profession la plus citée. Ainsi, il ressort que les patient·es restent dans une position de vulnérabilité. Dès lors, s'il y a acte sexuel avec un·e patient·e en soin, c'est forcément un acte non-consenti car la·e patient·e n'est pas en pleine capacité de pouvoir refuser (16).

Le questionnement de la place accordée au consentement dans le soin prend tout son sens au vue des plaintes à ce sujet et de l'évolution de la société. Du côté du cadre légal organisant le soin en France, il aura finalement fallu attendre les années 2000 et la promulgation de la loi Kouchner pour transformer la relation patient·e-médecin. Cette loi impose désormais qu'« aucun acte médical ni traitement ne [puisse] être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne » et précise que « ce consentement peut être retiré à tout moment » (17). Elle a pour objectif d'améliorer la relation patient·e-médecin. La·e patient·e prend alors une place centrale dans son parcours de soin. En France, ce texte va devenir un pilier dans la construction de la relation médicale. En effet, il aborde les droits des patient·es ainsi que de grands principes de la prise en soin, comme celui du consentement libre et éclairé. Ce qui était auparavant un comportement uniquement basé sur des réflexions éthiques individuelles se transforme en obligation légale. Cette loi instaure aussi le choix d'une personne de confiance à laquelle le consentement peut être délégué si besoin.

Au-delà des obligations déontologiques et professionnelles, investiguer le consentement a plusieurs finalités. La première concerne le respect de l'autonomie du·de la patient·e. La·e soignant·e donne les informations nécessaires pour que la·e patient·e puisse faire les choix la·e concernant en pleine connaissance de cause. La·e patient·e a alors son mot à dire concernant les actes pratiqués sur son corps. Ce principe fait partie des quatre piliers sur lesquels se basent les textes de bioéthique (l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice) (10). Ceux-ci précisent que dans ce principe de respect de l'autonomie, la·e soignant·e doit s'exprimer à la hauteur de la compréhension d'un·e patient·e. Le code de déontologie des kinésithérapeutes précise que « [la·e Masseur·euse] Kinésithérapeute, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et

de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort » (18). Respecter le consentement, c'est aussi respecter la personne soignée. Le fait de ne pas recueillir le consentement peut s'apparenter à une forme de violence. Les principes de respect de la dignité et de l'autonomie du·de la patient·e sont dans ce cas bafoués.

Les professionnel·les de santé ont une place centrale pour justement faire valoir ce droit du·de la patient·e. Les masseur·euses kinésithérapeutes (MK) sont alors concerné·es. C'est en effet de la responsabilité du·de la kinésithérapeute de recueillir le consentement de son·sa patient·e. De plus, le métier de kinésithérapeute est exposé à diverses spécificités. La relation entretenue est particulière du fait de consultations régulières et des séances longues (19). De plus, au cours des consultations, la·e MK est régulièrement amené·e à se trouver en contact avec la personne afin de mener à bien son soin. Le toucher est une part importante du métier de masseur-kinésithérapeute (20). La·e professionnel·le de santé va de ce fait avoir une proximité physique avec son·sa patient·e. Lors du toucher, iel se trouve à une distance considérée comme intime. Cette proxémie est particulière car la·e MK entre à plusieurs reprises dans la sphère intime (21). Au cours de sa séance, la régularité des interactions peut aussi habituer à une certaine proximité psychique. La·e PS doit alors être vigilant·e à sa posture professionnelle au sein de la relation particulière du fait de l'échange verbal, de la planification régulière de séance ainsi que du contact physique qu'iel entretient avec la personne soignée (19). En 2021, Le Conseil National de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes (CNOMK) a ainsi déclaré que 30 plaintes avaient été déposées pour affaires de mœurs. Pourtant, le ministère de l'Intérieur estime que seulement 10 % des personnes ayant vécu des violences sexistes et sexuelles portent plainte. Le non-respect du consentement peut mener à des agressions avec ou sans Violences Sexistes et Sexuelles (VSS). Ne pas demander le consentement peut être à risque de dérives. Le CNOMK a alors publié en 2022 un guide pour donner des lignes de bonnes conduites pour entretenir une relation thérapeutique saine (22). Dans ce document figurent des conseils pour aider le recueil du consentement puisque c'est un facteur contribuant à l'instauration d'une alliance thérapeutique.

Le consentement a donc une place centrale dans le soin du fait des interactions entre soignant·es et soigné·es. Lorsque celui-ci n'est pas respecté, cela peut avoir de multiples conséquences pour la·e patient·e : arrêt des soins, rupture de la confiance dans le corps soignant. Cela aura de réelles répercussions sur la prise en soin de la personne. En 2014, l'affaire des touchers vaginaux réalisés par des internes en médecine sur des patient·es sous anesthésie générale sans consentement a entraîné une mobilisation très importante dans le monde de la

gynécologie (14). Dans cette lutte, les féministes ont mis en parallèle l'asymétrie au sein du couple et le rapport de domination que la·e médecin peut, dans certains cas, instaurer lors d'une consultation. L'asymétrie qu'on retrouve lors d'un examen gynécologique n'est pas propice au recueil d'un consentement éclairé (14). Le consentement ne peut pas être négligé, quelle que soit la prise en charge.

Afin que les kinésithérapeutes soient sensibilisé·es et formé·es à rechercher le consentement, il est primordial de communiquer sur ce sujet dès leur formation initiale. Cet apprentissage va passer par l'apport de connaissances théoriques mais aussi par l'expérimentation. Au sein des travaux pratiques, encadrés par des enseignant·es MK, les étudiant·es peuvent s'entraîner à le questionner. Malgré tout, les travaux pratiques ne sont pas des actes de soin. En revanche, étant donné qu'on agit sur autrui, le consentement reste nécessaire à obtenir. Les enseignant·es jouent ainsi un rôle essentiel dans l'apprentissage du respect du consentement. Lors de ces temps pédagogiques, l'enseignant·e a un rôle de « modèle » et préconise les comportements à adopter lors de la prise en soin des patient·es. Cependant, une enquête menée par la Fédération Nationale des Étudiant·es en Kinésithérapie (FNEK) a mis en évidence un certain nombre de difficultés relevées sur ce point (23). En effet, moins d'un tiers des enseignant·es demandaient de manière systématique le consentement de volontaires pour les démonstrations pratiques. Cela questionne quant aux pratiques de professionnel·les de santé et celles des futur·es diplômé·es car l'acquisition de ce comportement est essentielle pour respecter son·sa patient·e.

En résumé, à la suite des multiples évolutions, la place accordée au consentement en santé a évolué. Des difficultés persistent quant à son application et il existe un enjeu majeur à son apprentissage lors de la formation initiale. Afin de faciliter le respect du consentement lors des actes de soin, il est important de s'intéresser aux représentations des PS de ce devoir éthique. L'objectif de cette étude est de comprendre quelles représentations ont les MK du consentement.

Méthodologie

Nous avons utilisé une méthodologie de recherche qualitative sous la forme d'entretiens semi-directifs.

1. Admissibilité, recrutement et sélection des participant·es

Notre échantillonnage s'est fait de façon raisonnée à variation maximale (24). Notre recrutement s'est fait par stratification : différents critères de segmentations ont permis de faire varier les profils de personnes de notre échantillon. Nous nous intéressons à tout un panel de représentations qui existent. Nous souhaitons comprendre un phénomène et ne cherchons donc pas à être représentatifs de la population. Les critères d'inclusion étaient les suivants : kinésithérapeutes exerçant en France, comprenant et parlant couramment le français. N'étaient pas inclus·es dans l'étude, les MK travaillant exclusivement en pédiatrie ou avec des patient·es présentant des troubles cognitifs. Les critères de segmentation retenus sont les suivants : genre, poste en institution, spécialisation de l'exercice et année de diplomation. Ces critères font varier les caractéristiques des personnes participantes pour apporter de la variation autour de notre phénomène.

Nous avons donc commencé par la diffusion d'une annonce sur les réseaux sociaux : via facebook sur différentes pages destinées aux soignant·es et masseur·euses kinésithérapeutes ainsi que sur twitter dans le but de rencontrer de potentiel·les participant·es à cette étude. Pendant la phase de recrutement, le thème de la recherche n'était pas dévoilé pour ne pas influencer les participant·es. Il était seulement indiqué que la recherche porterait sur leur activité clinique et sur les facteurs contribuant à l'instauration d'une alliance thérapeutique.

2. Considérations éthiques

Les informations concernant le recueil des données (stockage, traitement, droit de retrait) ont été expliquées aux kinésithérapeutes au préalable. Chaque participant·e a donné un consentement écrit pour participer à l'étude et autoriser l'utilisation de données personnelles. Les participant·es ont été identifié·es par une lettre ce qui nous permet de garantir une pseudonymisation. Les personnes n'ont pas reçu d'indemnisation à l'issue de leur participation.

Cette étude n'entre pas dans le cadre de la loi Jardé car elle consiste en des entretiens seulement avec des professionnel·les de santé et ne porte que sur leurs pratiques professionnelles. L'avis d'un comité de Protection des Personnes (CPP) n'était donc pas nécessaire. L'avis d'un comité d'éthique autre n'a pas non plus été recherché car aucun risque pour les participant·es n'a été identifié. Cette étude fait l'objet d'un engagement de conformité à la méthodologie de référence MR-004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des libertés (CNIL).

3. Collecte des données

Nous avons collecté les données via des entretiens semi-directifs. Ces derniers ont été réalisés par C.C et aucune tierce personne n'était présente. Nous avons suivi les recommandations méthodologiques de bonnes pratiques en recherche qualitative (25). Notre analyse thématique était exploratoire et nous n'avons pas visé la saturation des données car ce concept est discuté (26). Nous nous sommes arrêté·es pour des contraintes temporelles. De plus, notre objet d'étude est large donc nous avons eu besoin d'intégrer divers profils de personnes à notre étude. Nous avons ainsi décidé d'arrêter quand nous avons eu une diversité assez importante.

Les praticien·nes avaient le choix de faire cet entretien en distanciel ou en face à face. Puis, iels nous indiquaient l'heure et l'endroit dans le but de choisir les conditions mettant la personne la plus en confiance.

Les entretiens étaient réalisés par C.C. et commençaient par un échange de convenance. La·e participant·e était remercié·e puis l'entretien débutait par une présentation mutuelle. Par la suite, il nous semblait important de rassurer la·e soignant·e sur le fait que ses propos seraient pseudonymisés ainsi que de préciser que le but de cet entretien est de comprendre leur pratique et leur opinion et non pas d'apporter un jugement sur leur manière de procéder. L'entretien débutait en disant que l'étude portait sur l'activité clinique puis les questions posées ont orienté sur le sujet du consentement dans les soins. Au cours de la discussion, cinq sujets différents ont été évoqués. Pour pouvoir expliciter et éclaircir la pensée du·de la participant·e, nous avons demandé des exemples de situations cliniques.

TABLEAU 1 : Thèmes et questions des entretiens semi-directifs

Sujets abordés	Questions	Relances
La pratique	Dans les grandes lignes, comment se passe votre 1 ^{ère} séance avec un·e nouveau·elle patient·e avant votre examen clinique ?	
	Dans votre pratique, quel est la place que prend le consentement ?	Qu'en pensez-vous ?
	Quelles sont vos raisons de demander/ ne pas demander le consentement ?	Comment suggérez-vous à votre patient·e qu'il peut refuser un soin ? Est-ce qu'il y a pour vous des soins qui ne requièrent pas le consentement du·de la patient·e ?
Fond et forme du consentement	Comment recueillez-vous le consentement ?	Quelle information donnez-vous ? Sous quelle forme recueillez-vous le consentement ?
Difficultés et proposition de solutions	Quelles difficultés rencontrez-vous lorsque vous demandez le consentement / au sujet du consentement ?	Avez-vous des idées de solutions ? Quels sont vos freins au questionnement du consentement ?
Ouverture	Comment votre rapport au consentement a évolué au cours de votre pratique ?	
Conclusion	Avez-vous quelque chose à rajouter ? Voulez-vous parler de quelque chose que nous n'aurions pas abordé ?	

Trois entretiens-tests ont été réalisés afin d'élaborer la version finale de ce guide. Cela a permis de préciser les formulations et travailler la posture à adopter lors des entretiens.

4. Analyse des données

L'analyse thématique a été réalisée par une méthode inductive, en se basant sur les données (25). Cette analyse comprend quatre étapes. La pré-analyse se définit par la retranscription fidèle des entretiens réalisée par C.C. Par la suite, C.C s'est familiarisée avec les données pour ensuite les coder. Cette étape a été réalisée à l'aide du site QCAMap. L.D a relu les différents codes. L'approche latente (implicite) a été utilisée pour approfondir la compréhension des verbatims. Cette approche implique de relever des séquences de mots de sens commun. Par la suite, les idées ont été organisées sous forme de carte mentale grâce à l'application Xmind. Suite à une première étape de catégorisation, les auteur·es (C.C, L.D, S.GL et C.BG) sont revenu·es à plusieurs reprises dans le but d'affiner les thèmes résultants du codage. Cette triangulation a permis de définir des thèmes et sous-thèmes, de les nommer et enfin de les analyser.

Résultats

Nous avons réalisé onze entretiens d'une durée moyenne comprise entre 30 et 35 minutes (au minimum 15 minutes, au maximum 51 minutes). Le tableau 2 décrit les caractéristiques de notre échantillon.

TABLEAU 2 : Description de l'échantillon

Sujet	Genre	Année de diplomation	Pratique actuelle	Type d'exercice
A	Masculin	2013	Rééducation de la main	Salarial/ libéral
B	Masculin	2015	Rééducation en service pénitencier et à domicile	Salarial/ libéral
C	Masculin	1999	Rééducation générale	Libéral
D	Féminin	2017	Rééducation générale	Libéral
E	Masculin	2019	Rééducation orientée kinésithérapie du sport	Libéral
F	Masculin	2013	Kinésithérapie du sport	Libéral
G	Masculin	2016	Kinésithérapie du sport	Libéral
H	Féminin	1996	Service de Médecine Physique et de Réadaptation	Salarial
I	Féminin	2012	Rééducation vésico- sphinctérienne	Libéral
J	Féminin	2001	Service de Médecine Physique et de Réadaptation	Salarial
K	Féminin	2002	Rééducation générale	Libéral

Après analyse, nous avons codé 176 catégories qui ont été organisées par la suite en 5 thèmes principaux, eux-mêmes subdivisés en sous-thèmes comme présentés dans le tableau 3.

TABLEAU 3 : Liste des thèmes

1- Le consentement comme une fin en soi	1- La priorité à l'autonomie
	2- L'ubiquité du consentement
	3- La pudeur
	4- L'empathie
	5- Décisions partagées
	6- Une relation patient-centrée
	7- Une vision évolutive
2- Le consentement comme moyen	1- Favoriser l'adhésion aux soins
	2- Faciliter la communication
	3- Instaurer une relation de confiance
	4- Impliquer dans le traitement
	5- Potentialiser les résultats
3- Le consentement légal	1- Les droits et devoirs au sein de la relation
	2- Les violences
	3- La médecine défensive
	4- Le paradoxe de l'obligation
4- Le consentement implicite	1- Un choix en connaissance de cause
	2- L'asymétrie de rapport
	3- L'information vaut pour accord
	4- Le ressenti des kinésithérapeutes
	5- La familiarité dans la relation de soin
	6- L'intimité du soin
5- La coercition du consentement	1- Les conditions de prise en soin
	2- Le MK a le dernier mot
	3- Les moyens pour arriver à ses fins

Pour commencer, nous tenons à préciser que la définition du consentement est hétérogène au sein de notre échantillon. En fonction des participant·es, il peut en ressortir une définition très large, une demande très globale : « *ça va regrouper toute la démarche qui va avec, ça englobe le discours, la façon de toucher les gens avec une certaine prudence. Sans avoir trop de proximité, le discours, les gestes puis la démarche du kiné qui la met en œuvre* »

[C]. Le consentement concerne de manière générale la prise en soin : « *c'est aussi un consentement à être soigné* » [B]. Pour d'autres, la définition de consentement se rapporte à une demande d'accord : « *la question, c'est, est-ce que je pose la question à chaque fois que soit je touche, soit que je fais faire quelque chose au patient ? Si je lui demande son approbation ou pas ?* » [K]. Pour certain·es, la notion est floue : « *le consentement, ça veut dire... ? Leur demander... ?* » [G]. Un participant évoque le fait que l'expérience personnelle va jouer sur la façon de comprendre le consentement : « *c'est mieux si tu es en accord avec ce qu'on te fait, je l'ai toujours ressenti comme ça, peut-être de par mon expérience personnelle du coup* » [B].

1- Le consentement comme une fin en soi

1.1- La priorité à l'autonomie

Au travers des entretiens, la volonté de respecter l'autonomie du·de la patient·e a été évoquée. Dans cette enquête, des participant·es ont précisé que le questionnement du consentement n'est pas exclusif aux zones intimes mais qu'on considère bien la personne dans sa globalité. De plus, respecter l'autonomie de son·sa patient·e, ça peut aussi être de respecter le refus d'un soin qu'on lui propose : « *c'est là que je peux leur dire qu'ils peuvent me répondre comme ils le sentent. S'ils ne veulent pas répondre alors ils ne répondent pas* » [E]. Afin de garantir le respect de l'autonomie, les MK expliquent la place qu'iels accordent à l'autonomie dans le soin :

- « *Alors, je leur expliquais ce que c'est concrètement le consentement aux soins, globalement ils ne sont pas juste quelqu'un qui venait, une coquille vide et que le médecin ou le soignant ou le kiné devait dire tout ce qu'il y avait à faire, que leur corps ça leur appartenait avant tout* » [D]
- « *Je leur dis que c'est normal de demander, enfin je leur dis surtout que ce n'est pas normal de ne pas demander. Là, elles comprennent et elles disent que c'est vrai, que c'est la moindre des choses des choses de demander avant de faire un toucher vaginal* » [I]
- « *C'est un peu comme si c'était un peu un contrat entre nous deux. Je m'engage à les rééduquer et à leur donner mes petites clefs* » [I]

Il était important de préciser pour la participante [D] que : « *ce n'est pas parce que le patient a dit oui une fois, qu'il va dire oui à chaque fois. Un peu comme le consentement dans la vie de tous les jours. Oui, pour le coup c'est quelque chose que je réitère à chaque fois* ».

1.2- L'ubiquité du consentement

Le consentement est omniprésent dans le soin. Une participante mentionne que « *toutes les rééducations devraient avoir un consentement* » [I]. De plus, il a été précisé que les personnes sont concernées par le consentement quel que soit leur genre : « *en fait le consentement, c'est valable pour les hommes aussi. Si un patient homme n'a pas envie de se déshabiller, on se va pas se dire "oh c'est bon, c'est un mec, on s'en fout !"* » [D].

À partir du moment où la·e soignant·e prend en soin une personne, qu'il y a un échange, il faudrait garder le consentement en tête. C'est une philosophie de vie : « *même en dehors d'un cabinet de kiné, dans les relations humaines où on n'est jamais à sens unique, faudrait toujours que ce le soit dans la vraie vie ou sur les réseaux sociaux ou dans tous types de situations* » [C].

De plus, la communication lors d'un soin ne passe pas que par un échange verbal, pour [H] « *il y a des signaux extérieurs qui guident bien si c'est agréable ou pas, si ça se passe bien, quand le patient continue à parler, à s'exprimer. Toute la communication non verbale va nous servir à voir si le soin se passe bien ou pas* ». Des professionnel·les instaurent aussi une communication non-verbale avec leur patient·e pour que l'échange soit le plus facile et le plus fluide possible. Une participante a aussi précisé que c'était toujours possible de communiquer, quel que soit la situation : « *je vois pas mal aussi de patients qui ne parlent pas forcément français, où il y a des barrières de la langue. Il y a quand même toujours des moyens de demander, que ce soit les traducteurs sur les téléphones, que ce soit des choses en montrant sur moi* » [D]. Il en ressort qu'il semble exister une volonté des soignant·es de communiquer pour que la·e patient·e comprenne ce qu'il se passe et pour qu'il·elle soit à l'aise pendant un soin : « *je trouverai toujours d'autres alternatives pour ne pas mettre le patient mal à l'aise dans un truc comme ça* » [E].

Le recueil du consentement n'est alors pas simplement une demande d'accord oral. C'est un tout, il faut aussi prendre en compte le contexte du soin.

1.3- La pudeur

Le contact physique est une part importante du métier de kinésithérapeute. Cependant, des participant·es ont indiqué qu'ils essayaient de limiter leur contact avec la·e patient·e « *alors ce ne sera jamais mon premier réflexe de toucher le patient pour modifier quelque chose par exemple* » [E] ou leur manière de toucher la personne « *en restant un petit peu du bout des*

doigts, de façon un peu superficielle, vraiment prudente, pour que les gens soient plus... ne soient pas gênés par ça » [C].

En parallèle, la nudité est une chose qui peut être appréhendée par la·e patient. Pour respecter le moment du déshabillage, la·e MK peut adopter des stratégies comme sortir de la salle à ce moment, laisser la·e patient lui-même se dévêtir pour « *que ce ne soit pas moi qui le fasse à sa place, comme ça, ça lui permet à lui ou elle d'avoir la main dessus* » [D]. Le kinésithérapeute [C] rapporte que « *dans le cas spécifique d'un soutien-gorge ou d'une culotte ou d'un slip à descendre, là je poserai systématiquement la question parce que ça, il n'y a pas moyen que ce soit ambigu d'une manière ou d'une autre* ». [B] ajoute qu'« *enlever un vêtement, c'est qu'il y a une plus-value par rapport à ne pas l'enlever* ».

1.4- L'empathie

L'empathie fait référence à la capacité du·de la soignant·e à comprendre ce que la personne ressent. D'après les participant·es, prendre en compte le consentement de la personne, « *c'est être un peu empathique, c'est tenir compte des autres, donc forcément tenir compte de ce qu'ils pensent, de ce qu'ils sont* » [C]. C'est vu comme une qualité qui permettrait au·à la kinésithérapeute de se mettre à la place du·de la patient·e et donc de s'adapter : « *S'il me dit qu'il a été traumatisé par quelque chose ou quoi, je lui dis que ok, je comprends, on peut faire autrement* » [J]. C'est important d'être à l'écoute du·de la patient·e et de ses besoins pour envisager une prise en soin. Lui montrer qu'on est attentif·ve à lui·elle, indique que son opinion compte : « *est-ce qu'il y a des choses dont on n'a pas parlé que vous aimeriez qu'on aborde* » [A].

1.5- Décisions partagées

La·e patient·e est au centre de la prise de décision. De ce fait, la·e kinésithérapeute propose qu'« *on discute ensemble des orientations qu'on souhaite prendre, de ce que je leur propose par rapport à ce que je pense être intéressant* » [C]. Cette discussion peut aussi permettre au·à la patient·e de donner son avis et/ou son approbation sur la prise en soin. Au travers de ces échanges, un lien se construit entre la·e soignant·e et la·e soigné·e. D'après [J], une relation de partenariat prend forme : « *la rééducation, c'est un travail d'équipe entre le patient et le kiné* ». Le consentement permet de trouver un terrain d'entente, d'être en accord : « *le consentement c'est vraiment l'échange avec le patient, je vais proposer des choses et il me dit "oui/non" mais lui aussi, il peut me proposer des choses* » [D]. De ce fait, la·e patient·e s'engage dans la relation et en sera acteur·rice : « *C'est important que le patient prenne une part active, qu'est-ce qu'il veut, quelles sont ses demandes* » [H]. La personne en soin peut

approuver ou remettre en question la proposition du·de la kiné. Cet engagement dans le soin va permettre d'inclure la·e patient·e afin qu'iel soit « *le décideur de ses soins* » [A].

Dans cette relation qui se construit autour du·de la patient·e, il est important que la·e MK ait conscience des limites au lien qu'iel entretient avec son·sa patient·e : « *tu sens que des fois il y a des blocages. Après ça peut-être personne dépendant, tout le monde ne peut pas s'entendre avec tout le monde* » [J].

1.6- Une relation patient-centrée

Dans cette vision des choses, la·e patient·e est placé·e au centre des soins. La démarche de prise en soin la·e met au cœur des décisions. Ce pourquoi des kinésithérapeutes suggèrent d'investiguer les motivations du·de la patient·e à venir se faire soigner. Essayer de comprendre pourquoi la·e patient·e vient, quels sont ses objectifs. Cette manière d'agir va permettre de prendre en soin une personne dans sa globalité : « *par contre, dans la mesure où le soin est un rapport, que ça atteint le patient dans son corps, dans un coté affectif, émotionnel et tout ça. J'ai envie de dire que tout nécessite consentement oui* » [J]. Par la suite, iels tentent de questionner les préférences du·de la patient·e, « *si on parle d'exercices, avoir des choses qui intéressent le patient* » [D]. En effet, d'après [E], la relation devrait tendre vers une relation horizontale : « *même si ce n'est pas forcément que de l'actif, j'ai envie qu'on soit dans une dynamique de 50/50 %. Allez, 51 % pour moi, 49 % pour lui car il y aura toujours forcément un petit ascendant. Mais le but du jeu est de tendre le plus possible vers le 50/50* ». L'objectif serait d'éviter les rapports de hiérarchie dans le soin : « *Je suis certes du corps traitant, paramédical, mais je ne suis pas là pour vous imposer des choses à l'insu de votre consentement quelque part* » [A].

1.7- Vision évolutive

Le consentement semble être devenu un sujet de société pour les répondant·es. Ces dernières années ont été marquées par une évolution sociétale importante, ce qui a permis de faire changer une partie du monde médical en parallèle : « *si on se bat pour le consentement dans la vie de tous les jours, on doit se battre pour le consentement aussi dans le milieu médical de la même manière* » [D]. Les individu·es semblent de plus en plus sensibilisé·es au sujet du consentement. Dans cette vision, certain·es participant·es indiquent qu'iels se remettent facilement en question pour améliorer leur pratique par exemple en s'interrogeant sur ce que ça veut dire concrètement lorsque la personne consent. En revanche, [B] fait remarquer qu'« *en soins en tout cas, je ne connais pas de ressources sur le sujet qui fait un peu un état des lieux des bonnes pratiques cliniques sur le sujet (...) il y a des ressources militantes qui peuvent*

exister sur le consentement mais généralement c'est par rapport aux VSS ». L'évolution semble se faire par le dialogue avec les confrères et les consœurs : « c'est l'analyse de pratique dédiée sur le sujet, des temps de discussions, d'échanges sur le sujet qui permettent de faire avancer sur la réflexion des choses » [B], ainsi que par des formations spécifiques : « j'ai été sensibilisée aux prises en charge de femmes victimes de violence. C'est vrai qu'à ce point de vue, j'essaye de faire d'autant plus attention du fait de cette formation » [D].

2- Le consentement comme moyen

2.1- Favoriser l'adhésion aux soins

Questionner le consentement peut être perçu comme utile. En effet, *« ce que ça pourrait apporter c'est d'être sûr que le patient a bien compris les objectifs, enfin, le plan de traitement et qu'il adhère à 100 % à la stratégie »* [F]. Le consentement aux soins est parfois obtenu en proposant un plan de traitement lors du bilan, après lequel la·e patient·e est libre de revenir. Donner des explications est un moyen pour faire adhérer la·e patient·e : *« à la fin du bilan, je lui explique le plan de traitement. Qu'est-ce qu'on va faire, qu'est-ce que nous on a à faire comme mission pour remplir ses objectifs à lui. Je lui explique vraiment mon bilan. Il y a ça qui ne va pas. Il faut qu'on fasse ça. Et pour faire ça, on va faire ça. Il est OK avec ça ? »* [F]. Cette adhésion va permettre au·à la MK de pouvoir faire certains soins : *« après au niveau de l'adhésion du patient sur le traitement, ça va être important aussi parce que le patient qui a mal, il n'a pas très envie qu'on lui mobilise son genou »* [J]. Le discours au·à la patient·e prend donc une place centrale dans la construction de la relation : *« Tu pourras être le meilleur kiné avec les meilleures techniques du monde, si ton discours est pourri, ça ne marchera pas. Si le patient n'adhère pas, ça n'ira pas »* [D]. La kinésithérapeute [J] ajoute que *« c'est vraiment d'avoir l'impression d'un échange, d'une coopération »*. De plus, pour alimenter cette relation et la coopération, [A] ajoute que *« pour [lui] le consentement est vraiment en lien avec la motivation, enfin ça fait partie de la motivation que le patient mettra dans sa rééducation »*. En effet, s'iel est consentant·e, iel sera plus impliqué·e dans le soin : *« C'est mettre le doigt dans l'engrenage du soin et de la guérison »* [A]. Cependant, il arrive que parfois la·e patient·e ait des attentes et dans ce cas de figure, le kinésithérapeute [C] cherche un terrain d'entente pour faire adhérer la personne : *« ça m'est arrivé il n'y a pas très longtemps, j'avais une dame qui était très demandeuse de passif et au final on a trouvé un compromis »*. Enfin, [G] a ajouté que *« on fait de plus en plus attention, je pense. Surtout avec les filles »*, de manière à montrer qu'iels sont attentif·ves avec certain·es patient·es.

2.2- Faciliter la communication

Interagir avec son·sa patient·e, en recherchant son consentement peut être utilisé pour créer un espace de confiance. L'intérêt est de construire un lien qui permettrait à la personne de pouvoir s'exprimer librement : « *les gens sont quand même relativement à l'aise dans la façon dont on fonctionne. Donc quand il y a des questions à poser, un dialogue à poser, ça s'incruste très bien dans les séries d'exercices et ou entre deux* » [C]. La communication est importante pour que la·e patient·e puisse s'exprimer, même lorsqu'il a des difficultés : « *enfin voilà, tout le temps en train de leur poser des questions et les retours sont importants parce que les gens ne disent pas forcément qu'ils ne sont pas à l'aise* » [G]. Parfois, la·e MK s'adapte pour que sa demande de consentement ne pèse pas dans la relation : « *je le fais globalement mais pas de façon forcément hyper explicite ou il ne faut pas que ça devienne trop lourd dans l'échange, dans le dialogue non plus* » [C].

2.3- Instaurer une relation de confiance

Le consentement peut être utilisé comme un outil qui permet d'instaurer une relation de confiance. Pour certains gestes, la·e MK prévient en avance pour que la personne puisse réfléchir à l'acte et pour qu'elle soit à l'aise au moment venu : « *elles apprennent leur petit cours d'anatomie et je leur dis qu'à la prochaine séance, on fera leur examen clinique donc vraiment en toucher vaginal. Je ne les prends pas par surprise à la première séance* » [I]. De plus, la·e soignant·e peut laisser le choix : « *c'est eux qui maîtrisent la rééducation. C'est eux qui décident tout en fait* » [I]. Enfin, il y a des gestes qui demandent d'être plus vigilant·e et la·e kinésithérapeute montre qu'il est précautionneux·se : « *ce sont des séances où on fait des "mobilisations" un peu musclées et douloureuses. Alors là, le consentement c'est à chaque instant* » [H].

2.4- Impliquer dans le traitement

Une des motivations évoquées par les MK d'utiliser le consentement est de favoriser l'implication des patient·es dans leur traitement. Les entretiens rapportent qu'il semble essentiel de s'adapter au·à la patient·e : « *je vais vraiment faire au feeling avec le patient que j'ai. Je n'agis pas forcément systématiquement pareil avec tout le monde* » [J]. Pendant la prise en soin, les explications autour du traitement peuvent permettre à la personne de comprendre la tournure du soin : « *j'aime bien expliquer ce que je vais faire comme ça il n'est pas surpris, il sait pourquoi on le fait et après quand il va sortir d'ici, il aura compris le but de l'exercice* » [J]. Il se peut aussi que la·e patient·e refuse et dans ce cas, la·e MK cherche à comprendre : « *On*

essaye de creuser le pourquoi du comment. On essaye de comprendre quels sont les tenants et les aboutissants » [A].

2.5- Potentialiser les résultats

Avoir le consentement est indispensable sinon, certains actes peuvent être réalisés sans avoir l'effet escompté : *« si la personne ne veut pas que ça craque et que tu fais craquer et bien tu vas être nocebo plus que placebo ou bénéfique. Donc en fait, si tu n'as pas le consentement dans ce que tu fais, ça ne sert à rien » [F].* De ce fait, la personne doit en tirer des bénéfices : *« c'est bien beau de faire mon traitement parce que j'ai prévu de lui faire cet exercice-là puis cet exercice-là mais si lui, il n'y voit pas d'avantages ou d'améliorations ou ce genre de chose... » [D].* La·e soignant·e doit aussi avoir en tête les attentes du·de la patient·e pour que les résultats soient optimaux.

3- Le consentement légal

D'un point de vue légal, le recueil du consentement est obligatoire pour les MK. D'après [C], l'image de la kinésithérapie et donc de la profession se fait via l'interaction avec son·a patient·e : *« c'est une question de respect pour les gens. Pour les gens et puis accessoirement pour le retour, l'image que l'on va donner aussi de nous en tant que professionnels et de la profession au sens large. Les gens sont... extrapolent énormément. En général c'est le kiné qui les voit par rapport au reste de la profession ».*

3.1- Les droits et devoirs au sein de la relation

La·e patient·e a des droits, le droit au respect de sa personne mais aussi à ce qu'on écoute son avis : *« je lui dis dès le début ce qu'il a la possibilité de faire, ne pas faire, comment répondre, comment ne pas répondre » [E].* En effet, la·e patient·e a le droit de refuser et d'après [E], la·e MK a son rôle à jouer dans l'expression de la volonté de la personne : *« d'un point de vue légal, avec le RGPD on est censé prévenir le patient qu'il a le droit de ne pas répondre aux questions ».* De plus, c'est de la responsabilité du·de la professionnel·le de santé de recueillir le consentement de la personne. Un répondant suppose que lorsqu'il y a un non-respect du consentement de la personne, c'est rare que cette dernière soit informée qu'elle a le droit de faire un signalement auprès des autorités compétentes.

3.2- Les violences

Dans le domaine du soin, de nombreux abus sont réalisés sur des patient·es. Demander le consentement à une personne n'est pas suffisant, [C] ajoute *« qu'il n'y a pas que les mots qui comptent, il y a la façon de le faire ».* Des violences ont lieu lors de soin avec les MK, pour

une part d'entre elles, le CNOMK en est averti : « *quand tu vois les condamnations à l'ordre, les kinés n'ont rien alors qu'ils font des trucs horribles* » [B]. De plus, un des répondant estime qu'il n'y a pas assez de sanctions des PS.

3.3- La médecine défensive

Lorsque l'obtention du consentement a pour objectif de se prémunir d'éventuelles poursuites, on parle de médecine défensive. La préoccupation est portée sur l'évitement de sanction plutôt que sur l'acte de soin en lui-même : « *je veux dire que la médecine défensive où on sent que le professionnel s'intéresse plus à sa défense légale plutôt qu'à aider la personne, ça ça me poserait problème* » [B]. L'intérêt de questionner le consentement peut « *d'un point de vue purement égoïste, ça m'évite des emmerdes. C'est con mais c'est important de se dire qu'en demandant le consentement, j'ai diminué le risque que je me prenne une plainte pour n'importe quoi* » [E]. Dans ce sens, plusieurs participant·es évoquent le recueil écrit du consentement. Les kinésithérapeutes participants le mentionnent mais ne l'utilisent pas pour autant.

3.4- Le paradoxe de l'obligation

Le recueil du consentement est obligatoire d'un point de vue légal. Cependant, le participant [E] note que, d'après lui, « *il y a énormément de patients ou de thérapeutes qui ne savent même pas en fait que le consentement du patient n'est pas optionnel* ». Pourtant, certain·es professionnel·les se rendent compte qu'ils rencontrent des difficultés quant au questionnement. En effet, « *même en étant intéressé sur le sujet, je ne me rends pas compte que je ne le fais pas pour tout le monde de demander le consentement explicite* » [B]. Aussi, le répondant [B] dit que le consentement doit avoir du sens : « *je veux que ce soit important pour la personne, je veux que ça fasse sens par rapport à la conversation qu'on peut avoir, je veux que ça fasse plein de choses mais je ne veux pas que ce soit une obligation légale* ». En effet, si le consentement est perçu comme obligatoire, il risque une perte de sens : « *c'est d'avoir peur de ne pas l'avoir fait. (...) Ce qui me poserait problème c'est que mon attention soit plus portée sur : est-ce que j'ai bien posé la question plutôt que comment je vais aider à résoudre le problème du patient* » [B].

4- Le consentement implicite

Le consentement implicite fait référence à un consentement qui est déduit. Les kinésithérapeutes pensent agir dans l'intérêt des patient·es puisque « *[il est] dans le soin, [il*

est] là pour soigner les gens » [A] et cela semble donc impliquer que leur intervention peut ne pas nécessiter une demande de consentement.

4.1- Un choix en connaissance de cause

La personne vient en soin en ayant une multitude de représentations que ce soit sur le métier de kinésithérapeute ou sur la séance en tant que telle. Le consentement peut être implicite, comme le participant [F] l'explique : *« je ne me suis encore moins posé la question du consentement avec elles parce qu'en fait, elles veulent aller mieux et basta quoi »*. Pour autant [E] nous précise que : *« pour certain, c'est la première fois qu'ils vont chez le kiné, ils n'avaient peut-être pas conscientisé le fait qu'ils allaient devoir se déshabiller, des trucs comme ça »*. Le consentement est parfois considéré comme implicite, lorsque la·e patient·e passe la porte du cabinet, iel consent, comme l'explique [F] : *« nous, on a cette chance là c'est que les gens, s'ils viennent là, ils savent à quoi s'attendre. Ils savent qu'ils vont venir bouger. Donc là normalement le consentement est assez facile à avoir parce que s'ils passent la porte du cabinet déjà ils sont consentants sinon c'est qu'ils ont mal regardé en fait et qu'ils se sont plantés » [F]*. Dans ce cas, la·e MK considère que la personne sait ce qu'elle vient chercher. De plus, pour [A] si la personne accepte les rendez-vous proposés, c'est qu'elle consent : *« on leur propose des RDV mais il n'y a jamais ce consentement écrit qu'on demande. C'est plutôt de l'implicite qu'explicite »*. Le consentement est considéré acquis à partir du moment où c'est le patient qui est en demande de soins : *« généralement, le consentement à faire les séances, c'est déjà, est-ce qu'ils attendent quelque chose de moi ? S'ils attendent quelque chose de moi, à priori, ils sont consentants pour faire la séance » [B]*. Enfin, il y a certains soins pour lesquels la·e MK considère que la·e patiente n'exprimera pas de refus : *« après, pour ce qui va être thérapie manuelle, massage ou autre, les gens ne sont jamais contre un massage » [F]*. En revanche, il y a une nuance qui mérite d'être apportée : lors de nos entretiens, il est mis en avant que lorsque la·e MK vient au domicile de la personne, cette dernière n'est pas forcément consentante au soin.

4.2- L'asymétrie du rapport

La hiérarchie dans les soins ainsi que la relation paternaliste ressortent dans certains entretiens puisque *« c'est le médecin qui lui a dit de venir et il écoute le médecin » [A]*. La·e kinésithérapeute peut aussi donner un plan de traitement au·à la patient·e. C'est une relation descendante, comme [J] l'indique : *« je vais plutôt guider la séance, c'est moi qui vais décider ce qui va se passer et du coup c'est un rythme un peu imposé »*. De ce fait, le refus ne semble pas probable comme l'illustre [F] : *« mais à aucun moment on m'a dit non, à aucun moment j'ai*

imaginé qu'on me dise non ». Néanmoins, [B] remarque des situations « *où tu sens que la personne change un petit peu de comportement, elle a un petit tic au niveau du visage et il y a un truc qui ne lui plait pas, personne ne dit jamais rien. Les gens ne disent jamais « ça ne m'a pas plus ce que vous avez fait* » ».

4.3- L'information vaut pour accord

L'information peut être donnée sans pour autant attendre une réponse favorable ou défavorable venant du·de la patient·e. De nos entretiens ressort que la communication avant l'acte est justifiée comme suffisante : « *j'explique ce qu'on va faire et on part* » [K]. Ce qui explique que certain·es kinésithérapeutes tiennent pour acquis le consentement du·de la patient·e : « *le questionnement est dans ma pratique à mon sens toujours demandé, plus de manière implicite* » [A]. Cette communication à sens unique peut-être sujet à interprétation : « *Il y a aussi la façon d'amener la chose, si tu demandes de se déshabiller, si tu passes en dessous des vêtements (...) il faut mettre les formes pour qu'il n'y ait aucun doute possible* » [F]. Pour justifier les actes, les MK informent les « *gens que c'est nécessaire. Il n'y a pas d'ambiguïté possible* » [G]. Les MK peuvent ainsi normaliser le soin pour essayer d'éviter les interprétations : « *avec portes ouvertes, histoire de bien mettre tout le monde en confiance sur le fait que voilà... C'est un acte normal en fait. Il y a aussi ça, c'est d'essayer de faire passer pour un acte normal. Je te masse là au niveau de la pubalgie comme je pourrais te masser le dos* » [F].

4.4- Le ressenti des kinésithérapeutes

La·e kinésithérapeute va aussi agir selon son propre ressenti des patient·es : « *si je sens la personne sur la réserve à ce moment-là... On se pose la question* » [K]. En revanche, certain·es soignant·es justifient le fait de ne pas demander de consentement par « *je ne ressens pas [de] buté* » [K]. En se basant ainsi sur leur propre ressenti, iels proposent de juger si le consentement est nécessaire : « *j'arrive à sentir quand les gens ne veulent pas être manipulés ou que ça craque. Quand les gens ne veulent pas être manipulés, tu le sens et en général, j'adapte mon traitement* » [F]. C'est pourquoi le kinésithérapeute [B] adopte des stratégies pour malgré tout montrer à son·sa patient·e qu'il est soucieux de bien faire : « *non je ne l'exprime pas. C'est à dire que je montre que je suis précautionneux* ».

4.5- La familiarité dans la relation de soin

D'autres éléments peuvent amener à considérer le consentement comme implicite. Ainsi, [B] relate qu'« *en fait au fur et à mesure, tu prends de moins en moins de précautions. Que ce soit sur l'attitude corporelle de tâtonnement, de montrer que tu y vas tranquille, ou sur*

les formes verbales. Plus tu connais la personne et plus tu te dis que c'est bon, je peux y aller ». En parallèle, la·e patient·e peut être plus à l'aise au fur et à mesure de la séance et cela permet au·à la·e soignant·e de revenir de manière détournée sur des choses que la·e patient·e ne voulait pas faire en début de séance : « *à la fin, en général, je redemande. Des fois le simple fait d'avoir fait d'autres test, ça l'a un peu détendu* » [E].

De plus, il arrive qu'avec l'habitude, la·e professionnel·le de santé considère que le soin est consenti car « *que je mobilise dans le lit ou sur le plateau technique, oui j'estime que la personne n'a pas forcément à être moins d'accord* » [J].

4.6- L'intimité du soin

Étant donné la formation en kinésithérapie, les participant·es sont revenu·es sur leur propre rapport au corps. Habitué·es à voir des personnes dénudées, ce rapport au corps est particulier : « *d'un côté, c'est dommage car ça désacralise tout le côté du corps et t'as l'impression limite que tu soignes une voiture* » [D]. De plus, il semble commun pour les soignant·es d'être amené·es à toucher les patient·es. D'autant plus que « *ça se fait assez naturellement...* » [H]. Ce contact spontané peut en revanche réveiller certaines émotions : « *se dire que moi en tant que kiné, je peux avoir des gestes sans m'en rendre compte, qui peuvent être fait sans l'autorisation de la personne (...) On se dit que ce n'est rien, qu'on lui a juste mobilisé la jambe mais on ne peut jamais savoir ce que la personne a vécu et c'est vrai que c'est difficile de se remettre en question, ce n'est jamais évident et ce n'est jamais agréable non plus* » [D]. Il arrive que les kinésithérapeutes ne prennent pas plus de précautions en lien avec le consentement pour les zones intimes : « *alors je préviens. Si c'est une pubalgie pour un homme. Et bien je leur dis de cacher tout* » [K]. Ce rapport peut impliquer des dérives : « *on a un métier qui est physique, où tu parles, on crée une relation qui peut dévier* » [G]. Dans certaines prises en soin comme dans le milieu du sport, la·e kinésithérapeute peut être amené·e à faire des soins dans des contextes particuliers ce qui crée une proximité avec la personne soignée : « *c'est vrai que mine de rien, tu te retrouves à faire des soins à l'hôtel, à 22H, un massage récup d'une fille... Il faut quand même faire... Enfin tu vois. Il faut faire gaffe à ce que tu dis et ce que tu fais* » [G], d'autant plus dans ce milieu où certains kinésithérapeutes relèvent que « *c'est limite carte blanche* » [F].

5- La coercition du consentement

Par certains comportements, les professionnel·les de santé semblent sous-entendre qu'il n'y pas de place pour le refus. Ainsi le consentement se trouve négocié ou coercé afin de

poursuivre les soins tels que proposés. En effet, [B] souligne la difficulté de trouver un PS : « *s'ils en trouvent un, ils sont contents donc il faut être lucide là-dessus* ». De même, des participant·es considèrent que « *des actes de traitement plus communs comme par exemple de la mobilisation, des postures si elles sont faites sans douleurs, ce qui est le cas dans 90/95 % des cas. Je ne me questionne pas et je ne questionne pas le patient sur ceci* » [A]. Enfin, une remarque unique d'un·e patient·e n'a pas forcément le poids pour stopper le soin : « *je ne vais pas forcément renoncer dès que la personne commence à râler...* » [C].

5.1- Les conditions de prise en soin

Certains points doivent être respectés pour que la·e kinésithérapeute accepte de mener la prise en soin. Tout d'abord, un participant fait remarquer que la·e patient·e se doit de respecter la·e kinésithérapeute en n'ayant pas de paroles déplacées. Ensuite, pour [C] la·e patient·e doit avoir un comportement acceptable : « *si les patients eux, dépassent les bornes quelque part ou ne sont pas à leur place ou ont des attitudes qui ne conviennent pas, dans ce cas-là, je ne leur demande pas leur avis* ».

5.2- Le MK a le dernier mot

La·e MK a un certain pouvoir car il aura le dernier mot et peut exiger certaines choses afin d'effectuer ses techniques de soin tels que le déshabillage : « *maintenant quand tu fais une séance d'uro-gynéco et que la dame limite, elle dit "ah non, mais je garde ma culotte" et compagnie ... Enfin comment tu veux que je travaille quoi ?* » [K]. Dans ce sens, si ce que la·e MK propose ne convient pas, iel n'a pas tant de solutions de proposition de traitement alors ce·tte dernier·ère arrête les soins : « *ça ne convient pas, au revoir. On est assez nombreux en tant que thérapeutes. Si ce que je propose ne convient pas et bien ça ne convient pas, ce n'est pas grave* » [K]. Dans certaines prises en soin, la·e kinésithérapeute peut aussi être plus directif·ve en fonction du profil du·de la patient·e. Face à certain·es personnes, les MK peuvent avoir des difficultés à questionner le consentement : « *il y a un préjugé sur le côté les personnes âgées aiment le directif ou les personnes âgées, ces histoires de consentement ce n'est pas de leur génération* » [B]. De ce fait, la prise en compte d'un désaccord peut varier. Selon [C], « *c'est un peu à la tête du client... c'est à dire, les gens on les connaît, il y a beaucoup de gens qu'on connaît pas mal. Alors, selon la situation, selon le patient, sa personnalité, etc* ».

5.3- Les moyens pour arriver à ses fins

Les MK peuvent utiliser différentes manières pour arriver à leurs fins. Des participant·es vont jouer sur la persuasion et la négociation pour « *expliquer le pourquoi du comment il faut bosser dessus. Voilà, je vais revenir à la charge* » [H]. On observe que certain·es

kinésithérapeutes se servent de leur expérience personnelle pour influencer la personne : « *vous savez, moi qui fais de la rééducation depuis 10 ans, je peux vous dire qu'au jour le jour, ça marche* » [A]. [F] nous indique que de son côté, « *à aucun moment [il ne va] demander la permission* ». Ensuite, [E] nous rapporte que lors de ses soins « *le but est de créer une espèce de relation, pas amicale. En gros, ça fait partie de petits biais... Je ne vais pas dire des petits tips de manipulation mais... (...) J'ai piqué ça dans les techniques commerciales* ». Il ajoute que « *ça créé un faux lien. Ça fait un peu une fausse proximité. En général, j'appelle les patients par leur prénom, (...) Dès le début de l'entretien, je leur demande si je peux les tutoyer* ». Enfin, des kinésithérapeutes considèrent que si l'acte est justifiable, il n'y a pas besoin de consentement : « *j'estime que si j'aborde certains sujets, c'est qu'il y a une raison derrière. En fait si y a une raison derrière, il n'y a pas d'indiscrétion* » [B].

Discussion

Cette étude visait à comprendre comment les MK se représentent le consentement. La réalisation d'entretiens et leur analyse nous ont permis de comparer les points de vue des soignant·es. Il semble que cinq représentations du consentement cohabitent au sein de notre échantillon. Tout d'abord, le consentement est parfois considéré comme essentiel, quels que soient les rapports, que ce soit dans la sphère professionnelle ou personnelle. Par la suite, nos résultats suggèrent que le consentement peut aussi être utilisé comme moyen pour que la·e patient·e s'implique, adhère, coopère lors d'un soin. Son intérêt pour les soins va alors directement influencer le traitement, ce qui impactera les résultats. De plus, certain·es professionnel·les semblent également avoir une approche legaliste, mettant en avant les obligations disciplinaires des soignant·es et les conséquences potentielles de ne pas les respecter. Par ailleurs, nous avons retrouvé des situations où le consentement était implicite, déduit de situations ou d'actes en tant que tel : notre étude montre que pour une part des MK, il y a des situations où donner une information au·à la patient·e vaudrait pour consentement. Enfin, il semble que le consentement peut être obtenu sous la contrainte, par la manipulation de la personne prise en soin. En conclusion, nos résultats identifient cinq représentations différentes du consentement qui semblent coexister chez les kinésithérapeutes.

De par cette étude, nous avons pu observer de nombreuses difficultés quant au questionnement du consentement. Tout d'abord, cette notion est difficile à définir. La définition est hétérogène. Il en résulte un panel important, allant du simple accord donné par la·e patient·e à une véritable philosophie de vie. En effet, des participant·es indiquent que le questionnement de la motivation ou le simple fait de donner une information pourrait valoir pour consentement. Les PS sont soumis à l'obligation de recueil du consentement, inscrit au code de déontologie. Cette diversité dans la caractérisation de cette notion peut alors être problématique. Pour autant, l'obligation légale ne remplace pas les considérations morales qui la précédaient. Étant données la complexité du sujet et la multiplicité des acteurs·rices, il apparaît difficile de produire une définition commune qui pourrait satisfaire les intervenant·es. JP Pierron souligne dans son ouvrage qu'il y a de grandes difficultés épistémologiques à définir le consentement (27). En effet, pour lui il est compliqué de parler d'éclairage du·de la·e patient·e dans les contextes d'incertitudes au sein du milieu médical. De plus, des MK évoquent la signature d'un consentement écrit, faisant référence au formulaire à signer dans certaines prises en soin en

médecine. Il semble que dans ces situations, cette forme de recueil ne fournit pas les informations suffisantes pour permettre aux patient·es de faire des choix éclairés concernant leur santé (28). Ce recueil se fait à un moment ponctuel pendant lequel la personne donne son accord sans processus permettant le recueil d'un consentement réfléchi (27). Cette manière de faire ne favorise pas la construction d'un lien de confiance nécessaire pour la prise en soin. Cette forme de recueil pose donc question quant à la place accordée à la personne soignée car ce n'est pas seulement un contrat, c'est un processus (29).

De ce fait, nous avons perçu des difficultés à la mise en pratique. Parlons-nous du consentement à la prise en soin, au soin en tant que tel ou le consentement au toucher ? La nuance est importante mais la littérature sur le sujet est faible. Il subsiste par ailleurs différents modes de recueil. Des représentations du consentement, vont découler des modalités spécifiques. Dans certaines situations, le consentement est présumé comme ayant été accordé en regard de la situation. Ce recueil implicite questionne quant au respect de certains grands principes de bioéthique comme le respect de l'autonomie du·de la patient·e. En effet, cela suppose que la personne puisse faire des choix libres et éclairés en ayant reçu une information adéquate (30). La·e PS doit alors s'engager dans la relation de soin et cela lui accorde un rôle dans le processus décisionnel conduisant au consentement. En parallèle, certain·es MK ne vont pas prendre en compte la personne en soin en voulant avoir le dernier mot ainsi qu'en jouant sur la persuasion et la négociation pour arriver à leur fin. La personne en soin n'est donc pas décideuse des soins qui lui sont prodigués. Cela va de nouveau à l'encontre des principes éthiques de la prise en soin dans le monde médical (10). Étant donné les inégalités de connaissances et d'appropriation de cette notion, nous nous interrogeons quant à la volonté de tendre vers une relation horizontale dans le soin. L'implication hétérogène des PS laisse croire que certain·es MK ne se sentent pas concerné·es, ce qui les conforte dans une position de sachant·e, en opposition au·à la patient·e qui n'a pas les connaissances médicales.

Par ailleurs, notre étude montre que les pratiques intra et inter individuelles sont variées car il peut cohabiter plusieurs représentations chez une même personne. En effet, nous retrouvons des citations d'un·e participant·e dans diverses catégories de représentations. Le consentement est perçu comme variable, multiple. Différentes situations semblent appeler des consentements différents. De ce fait, notre interprétation ne se veut pas manichéenne. En revanche, il convient de s'interroger sur la place du consentement dans la relation à la personne. Au niveau sociétal, le consentement sexuel, lorsqu'il est tacite, n'est pas valide dans certains

pays (31). Du côté des patientes, une étude présente 3 différents cadres d'interprétation du consentement au sein de la consultation en gynécologie : les cadres conformiste, contractualiste et féministe (32). En fonction des interprétations, les droits des patient·es ne sont pas toujours respectés. Comme notre étude le montre aussi, certaines représentations ne permettent pas le respect du droit à l'information, accentuent le rapport de pouvoir entre la·e soignant·e et la personne en soin. Les expériences du·de la patient·e vont donc varier en fonction de leur interprétation du consentement, ce qui est intimement reliés à la représentation du consentement qu'a la·e soignant·e responsable.

Perspectives

En conclusion, il est important de se confronter à la réalité sur le terrain pour appréhender de manière fidèle la façon dont est recueilli le consentement. Nous avons étudié comment iels se représentent le consentement et non comment iels agissent. À cette fin, il serait intéressant de réaliser des observations sur le terrain pour investiguer les pratiques des professionnel·les ou interroger les ressentis des patient·es. De plus, les représentations du consentement des professionnel·les de santé travaillant auprès de patient·es ayant un âge spécifique comme les personnes mineures ou de personnes ayant des pathologies particulières n'ont pas été investiguées. Il serait important de développer cet angle car les questions éthiques posées lors de ces prises en charge sont riches. Ensuite, lors des entretiens, a été évoqué l'absence de guide orientant les MK au recueil du consentement. Au Canada, un guide à destination des médecins a été publié en 2006 puis actualisé en 2021, indiquant aux professionnel·les les conduites à tenir (33). La production de ce type de ressource pourrait permettre d'enrichir les réflexions sur ce sujet. Ce guide devrait être conçu grâce à la participation de patient·es partenaires pouvant orienter l'écriture des recommandations par leurs expériences. Cela pourrait amener à une plus grande réflexion amenant à une prise de conscience de l'intérêt de ce processus. Enfin, il nous semble indispensable de sensibiliser les personnes à ce sujet pour en systématiser le recueil. Les différentes représentations sous-tendent diverses difficultés. Pour en partie les pallier, une sensibilisation lors de la formation initiale en semble être pertinent. Au cours des enseignements, il y a un apport théorique mais surtout une mise en pratique pouvant permettre l'acquisition d'automatismes. Les stages et les cours de pratique sont propices au développement de compétences favorisant la bienveillance et le rapport avec autrui. Au sein des IFMK en France persistent des comportements et des évènements compromettant la formation des étudiant·es sur ce point. 76,6 % n'ont jamais été

sensibilisé·es sur le consentement ou les violences sexistes et sexuelles par l'équipe enseignante de leur institut (23). L'apprentissage semble important pour prévenir ces conduites allant à l'encontre des principes de respect de la personne.

Considérations méthodologiques

Cette étude est, à ce jour, l'une des premières études menées sur l'identification des différentes représentations du consentement. Il s'agit également d'une des rares études, à notre connaissance, qui s'intéresse aux professionnel·les de rééducation et leur pratique. De manière à balayer le territoire, nous avons recruté les participant·es au niveau national et avons donc majoritairement réalisé les entretiens en visioconférence. Cela nous a permis d'échanger avec des personnes issues de diverses IFMK. Cette manière de procéder a favorisé une certaine aisance des interviewé·es ce qui leur a permis de développer leur propos. Cependant, les conditions d'entretiens avec deux personnes n'étaient pas optimales et n'ont pas permis d'approfondir leur propos. De plus, il n'a pas été proposé aux participant·es de valider la retranscription ainsi que le codage. En effet, de par notre approche critique et non pas expérientielle, il ne nous semblait pas pertinent que les personnes interviewées aient accès à cette étape du processus de recherche.

Par la suite, ce sujet reste délicat à aborder car il fait référence à la perception propre de la personne de son rapport à autrui. Les biais personnels de l'investigatrice C.C et le caractère sensible du thème ont pu influencer la qualité des entretiens que ce soit au niveau des échanges et des relances. Une des solutions pouvant améliorer la neutralité est d'impliquer un·e enquêteur·rice externe. Il nous a paru important de recueillir la vision des quatre investigateur·rices pour réaliser la thématization. Cela a permis à chacun·e d'exprimer son avis en fonction de sa propre perception du consentement de manière que la triangulation aboutisse à une thématization complète.

Conclusion

Pour conclure, les résultats de cette étude apportent, par le biais d'une approche qualitative rigoureuse, de nouveaux éléments quant aux représentations du consentement des kinésithérapeutes. Les cinq représentations du consentement proposées montrent que cette notion n'est pas considérée de manière uniforme entre les kinésithérapeutes. Cette divergence de perception peut entraîner des comportements laissant plus ou moins de libertés au·à la patient·e. De ce fait, les droits du·de la patient·e peuvent être mis de côté. Malgré les difficultés mises en évidence, il y a des raisons de rester optimistes. Différents leviers semblent permettre de faire évoluer la situation, tels que l'éducation et l'apprentissage en formation initiale.

Bibliographie

1. Brauer M. Un ministre peut-il tomber enceinte ? L'impact du générique masculin sur les représentations mentales. *Année Psychol.* 2008;108(2):243-72.
2. Misersky J, Majid A, Snijders TM. Grammatical gender in German influences how role-nouns are interpreted: Evidence from ERPs. *Discourse Process.* 2019;56:643-54.
3. Prewitt-Freilino JL, Caswell TA, Laakso EK. The Gendering of Language: A Comparison of Gender Equality in Countries with Gendered, Natural Gender, and Genderless Languages. *Sex Roles.* févr 2012;66(3-4):268-81.
4. texte LA du. *Grand dictionnaire des lettres ; 1-7. Grand Larousse de la langue française. Tome 2, CIR-ERY / [sous la dir. de Louis Guilbert,..., René Lagane,..., Georges Niobey,...] [Internet]. 1989 [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1200533r>*
5. Larousse É. Définitions : consentement - *Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 14 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consentement/18359>*
6. Saad TC. The history of autonomy in medicine from antiquity to principlism. *Med Health Care Philos.* 1 mars 2018;21(1):125-37.
7. Armiel P. Armiel P., «“Code de Nuremberg” : texte original en anglais, traductions et adaptations en français », in *Des cobayes et des hommes : expérimentation sur l'être humain et justice*, Paris, Belles Lettres, 2011. 2011.
8. Pavard B. Faire naître et mourir les vagues : comment s'écrit l'histoire des féminismes. *Itinér Litt Textes Cult [Internet]. 10 mars 2018 [cité 12 juin 2022];(2017-2). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/itineraires/3787>*
9. Jaunait A, Matonti F. L'enjeu du consentement. *Raisons Polit.* 2012;46(2):5-11.
10. Beauchamp TL. Informed Consent: Its History, Meaning, and Present Challenges. *Camb Q Healthc Ethics.* oct 2011;20(4):515-23.
11. Steinhart B. Patient autonomy: evolution of the doctor-patient relationship. *Haemophilia.* 2002;8(3):441-6.

12. Bergoignan-Esper C. Le consentement médical en droit français. Laennec. 2011;59(4):15-23.
13. Weber JC. Evolutions de la relation Médecin-malade.
14. Quéré L. Luttés féministes autour du consentement. Héritages et impensés des mobilisations contemporaines sur la gynécologie. *Nouv Quest Féministes*. 2016;35(1):32-47.
15. Clemens V, Brähler E, Fegert JM. #patientstoo – Professional sexual misconduct by healthcare professionals towards patients: a representative study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2021;30:e50.
16. Report and Recommendations of the FSMB Workgroup on Physician Sexual Misconduct. *J Med Regul*. 1 juill 2020;106(2):17-36.
17. Cardin H. La loi du 4 mars 2002 dite “loi Kouchner”. *Trib Santé*. 2014;42(1):27-33.
18. R. 4321-53 Respect de la vie et de la dignité de la personne > Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes [Internet]. [cité 25 mars 2023]. Disponible sur: <https://deontologie.ordremk.fr/devoirs-generaux-des-masseurs-kinesitherapeutes/r-4321%e2%80%9053-respect-de-la-vie-et-de-la-dignite-de-la-personne/>
19. Boudrahem S, Morel-Lab V. Conduite éthique de la relation en masso-kinésithérapie dans le respect du droit. *Kinésithérapie Rev*. févr 2021;21(230):51-7.
20. Roger J, Darfour D, Dham A, Hickman O, Shaubach L, Shepard K. Physiotherapists’ use of touch in inpatient settings. *Physiother Res Int J Res Clin Phys Ther*. 2002;7(3):170-86.
21. Michon F. Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance. mars 2013;
22. CNOMK. Guide à destination des patients pour faire face à un thérapeute qui aurait des comportements mettant en danger le patient.
23. FNEK. Etude sur les travaux pratiques en IFMK. 2022.
24. Jean-Pierre L. Initiation à la recherche qualitative en santé : Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Mayenne: Global media santé; 2021. 1 vol. (192 p.).
25. Clarke V, Braun V. *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for*

Beginners. 2013.

26. Virginia Braun & Victoria Clarke. To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. 26 déc 2019;

27. Pierron JP. Le chemin trouble du consentement. Du consentement formel au consentement existentiel. Cah Justice. 2021;4(4):563-72.

28. Agozzino E, Borrelli S, Cancellieri M, Carfora FM, Di Lorenzo T, Attena F. Does written informed consent adequately inform surgical patients? A cross sectional study. BMC Med Ethics. déc 2019;20(1):1.

29. La fabrique du consentement : Jean-Philippe Pierron - 2356878459 - Sciences Humaines | Cultura [Internet]. [cité 1 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.cultura.com/p-la-fabrique-du-consentement-9782356878458.html>

30. Pariseau-Legault P, Doutrelepon F. L'autonomie dans tous ses états : une analyse socio-juridique du consentement aux soins médicaux. Rech Soins Infirm. 2015;123(4):19-35.

31. Guillaume B. Démocratie et consentement sexuels. Raison Publique. 2017;21(1):175-83.

32. Quéré L. Les formes ordinaires du consentement. Consciences du droit dans la consultation gynécologique. Droit Société. 2019;102(2):413-32.

33. Le consentement : Guide à 1 [Internet]. ACPM. [cité 15 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/handbooks/consent-a-guide-for-canadian-physicians>



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE
UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE MÉDECINE - DÉPARTEMENT DE KINESITHERAPIE

ANNEXES

UE ATRES Année 2022 – 2023
Diplôme d'État de Masseur Kinésithérapeute
Master en Ingénierie de la Santé Parcours Kinésithérapie

Sommaire des annexes :

<i>Annexe 1 : Formulaire de consentement distribués aux participant-es.....</i>	<i>45</i>
<i>Annexe 2 : Retranscription de l'entretien A.....</i>	<i>46</i>
<i>Annexe 3 : Retranscription de l'entretien B.....</i>	<i>54</i>
<i>Annexe 4 : Retranscription de l'entretien C.....</i>	<i>69</i>
<i>Annexe 5 : Retranscription de l'entretien D.....</i>	<i>80</i>
<i>Annexe 6 : Retranscription de l'entretien E.....</i>	<i>91</i>
<i>Annexe 7 : Retranscription de l'entretien F.....</i>	<i>102</i>
<i>Annexe 8 : Retranscription de l'entretien G.....</i>	<i>112</i>
<i>Annexe 9 : Retranscription de l'entretien H.....</i>	<i>119</i>
<i>Annexe 10 : Retranscription de l'entretien I.....</i>	<i>128</i>
<i>Annexe 11 : Retranscription de l'entretien J.....</i>	<i>134</i>
<i>Annexe 12 : Retranscription de l'entretien K.....</i>	<i>144</i>

Annexe 1 : Formulaire de consentement distribués aux participant·es

Ce formulaire est destiné à recueillir votre consentement pour la collecte des données vous concernant, dans le cadre du mémoire de fin d'études en masso-kinésithérapie. Ce document est remis par Camille COUTEAUX (téléphone: 0750274680/ email: camicouteaux@gmail.com) à :

Nom, Prénom :

Mme Couteaux Camille, étudiante en 5ème année à l'institut de formation des masso-kinésithérapeutes de l'université Grenoble-Alpes, m'a proposé de participer à son étude sur le thème des facteurs contribuant à l'instauration d'une alliance thérapeutique. Il s'agit de participer à un entretien de moins d'une heure, enregistré vocalement, afin de récolter des informations sur les pratiques cliniques autour du thème du consentement dans le soin. Les participant·es à cette étude sont des professionnel·les de santé exerçant en tant que kinésithérapeutes en salariat et en libéral en France (hors prise en charge pédiatrique et ayant une activité exclusivement avec des personnes présentant des troubles cognitifs).

L'ensemble des données recueillies sera traité de façon à garantir au mieux l'anonymat et la confidentialité, conformément à la réglementation imposée par la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Les données personnelles me concernant restent ma propriété, conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Cette recherche est encadrée par M. DRUART Léo et Mme GRAHAM LONGSWORTH SaraEve (Kinésithérapeutes D.E et enseignant·es au Département de Kinésithérapie de l'Université Grenoble Alpes).

J'atteste avoir été informé des points suivants :

- J'ai compris les conditions de ma participation et j'ai eu la possibilité de refuser de participer à cette étude.
- J'ai été informé(e) que je pouvais encore à tout moment me retirer de l'étude sans subir le moindre préjudice.
- J'ai été informé(e) que malgré mon accord pour participer à cet entretien, j'ai également le droit de refuser de répondre à certaines des questions qui me seront adressées, ceci sans fournir de justification.
- J'ai été informé(e) de mon droit de poser des questions en tout temps durant la recherche et de solliciter Mme COUTEAUX Camille pour demander des informations complémentaires si nécessaire.
- J'ai été informé(e) du sujet de l'étude et je comprends les conditions de ma participation.
- Après avoir été informé(e) des modalités de recherche, je reconnais donner par la présente mon consentement libre et éclairé afin de participer en tant que sujet à l'étude.

Fait en 2 exemplaires à

Le

Signature de l'investigateur·rice

Signature du·de la participant·e
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

Annexe 2 : Retranscription de l'entretien A

Tout d'abord, merci beaucoup d'avoir accepté de réaliser l'entretien.

C'est un plaisir, je sais à quel point un mémoire c'est compliqué donc si on peut aider, c'est toujours ça.

Est- ce que pour commencer, tu pourrais te présenter sur le plan professionnel ?

Du coup je m'appelle ***, je suis MK depuis maintenant bientôt 10 ans et ça va bientôt faire 10 ans que je travaille dans ce service de chirurgie de la main et des brûlés. Je suis également à mi-temps en libéral, j'ai travaillé pendant 6 ans dans un cabinet qui s'appelle ***, à ***. Là ça fait 2 ans qu'on a ouvert avec 3 collègues un cabinet qui s'appelle *** qui est situé à *** également. J'ai eu comme formation directement en arrivant dans le service, par chance, j'ai pu passer le DU de la main, diplôme universitaire européen de chirurgie et de rééducation et d'appareillage en chirurgie de la main pour être exacte. Depuis 2019, je suis également orthésiste-orthopédiste-podologue, qui est une formation annexe que j'ai passée. Cette formation me permet de pratiquer et de confectionner des orthèses en libéral et de les faire facturer à la sécurité sociale et aux complémentaires, chose qu'on ne pouvait pas faire jusqu'alors si on n'était pas orthésiste. Je suis arrivé là par gros coup de bol parce que je devais travailler à mi-temps au CHU parce que j'étais boursier du CHU. Donc à mi-temps pendant 2 ans et mon cadre supérieur, sachant que j'avais prévu de faire un mi-temps dans un cabinet de la main, s'est dit « ha mais tiens, la kiné qui était là historiquement depuis 40 ans part à la retraite dans 6 mois donc est ce que ça ne vaudrait pas le coup qu'on fasse d'une pierre de coup, pour te former et prendre sa suite ». Et c'est ce qui est arrivé.

Ok c'est chouette ! Donc tu disais qu'encore maintenant tu allies une partie de ton activité en salariat avec une partie en libérale, c'est bien ça ? Comment tu t'organises ?

Oui c'est ça, le matin je suis à l'hôpital et l'après-midi je suis au cabinet.

Par rapport à tes pratiques, comment ça se passe quand tu reçois un patient pour la première fois, que ce soit ici à l'hôpital ou en libéral dans ton cabinet ?

Les pratiques sont assez différentes. Disons qu'ici, nous avons une pratique qui est essentiellement de l'urgence en pré/per/post opératoire. Ces pratiques sont essentiellement de la confection d'orthèse. Bien évidemment, il y a de la rééducation aussi pour des gens qui sont hospitalisés et qui nécessite de l'être sur des trauma généralement plutôt grave. Exemple des

mains complexes qui sont des atteintes de plusieurs structures tégumentaires et autres. En libéral, on a des gens qui sont moins dans l'urgence ou dans une urgence relative. C'est à dire qu'on a des PEC qui sont cette fois-ci beaucoup plus orientées rééducation pour la partie kinésithérapie et quand on fait des orthèses en libéral, c'est une pratique bcp moins centrée sur l'urgence en général. Je dis en général car il arrive qu'on ait à faire des attelles de type protection de tendon qui sont notamment des attelles à réaliser sans délai. Ils nous sont envoyés cette fois-ci par des chirurgiens libéraux. Dont les cliniques ***.

Donc à l'hôpital il y a moins cet aspect de rééducation donc tu vas plus faire d'orthèses, c'est ça ?

90 % de notre temps à l'hôpital est pris par la confection d'orthèses et de gants.

D'accord. Et quand tu reçois pour la première fois ton patient, comment ça se passe globalement ta première séance avec lui ?

Alors, la première séance à proprement parlé, on va plutôt parler du libéral. Lors de la première séance, on fait systématiquement ce qu'on appelle un bilan. On prend 1h en tête à tête avec le patient pour créer son dossier informatique sur un logiciel qui s'appelle VEGA, on prend sa carte vitale, on fait toutes les tracasseries administratives de mutuelle et de coordonnées. Par la suite, on lui fait dans la foulée un bilan. On le prend entre 4 yeux, un kiné pour un patient et on va dérouler toute l'anamnèse, ce qui lui est arrivé, examen articulaire, examen musculaire, examen tégumentaire, de la douleur... j'en passe et des meilleurs. Tu connais ça sans aucun doute. Par contre c'est des choses qu'on fait moins ici à l'hôpital notamment pour la confection d'orthèse. On va être en fait sur une PEC qui sera bien différente, c'est à dire que les patients nous arrivent avec une fiche de liaison. Ils arrivent soit d'un autre service soit du service de chirurgie de la main, soit des pansements de chirurgie de la main, soit adressé par leur médecin traitant et ils sont passés au préalable par un de nos médecins séniors. On pourra reprendre, si tu veux, le déroulé du parcours patient dans le service parce que ce n'est pas évident de prime abord mais on arrive avec une petite fiche, avec une prescription médicale où on nous dit globalement ce qui lui est arrivé, on consulte le dossier du patient, qui est informatisé. On a accès à toutes les données que ce soit radio, CR opératoires. On confronte ce qu'on nous demande avec ce qui est écrit et ce que le patient a réellement et on adapte notre PEC en fonction de ce qu'on pense faire, en fonction de ce qu'on peut faire, ce qui est réalisable avec le patient. Il faut savoir notamment que dans le service on a des internes qui nous prescrivent le matériel

et que ces internes changent tous les 6 mois. Pour peu qu'ils soient en tout début d'internat, ils ont souvent assez peu de reculs sur les pathologies. C'est très intéressant de construire avec eux le projet de soin du patient et notamment son attelle. On a souvent des petites adaptations, souvent du langage, quand on demande une attelle, on essaye de comprendre ce que c'est, ce qu'il veut exactement ce nouvel interne. Des fois pas avec la dénomination qu'on utilise à *** car des fois on a des internes qui viennent d'autres CHU mais en général ça se passe très bien.

OK, d'accord. Du coup même à l'hôpital tu peux être amené à revoir plusieurs fois tes patients s'ils ont besoin de modifications sur attelle ou autres...

Bien sûr et on leur dit systématiquement dès qu'il y a un souci avec l'attelle, même si leur prochain RDV est proche, il ne faut pas attendre et il faut nous recontacter car une attelle qui est mal portée, qui fait mal est une attelle qu'on ne met pas et qui peut détériorer le pronostic fonctionnel à plus ou moins court terme.

OK, ça marche. Et justement, dans ta pratique, je voulais savoir quelle est la place que tu vas accorder au consentement de ton patient quand tu vas le recevoir.

Dans ma pratique, le consentement est pour moi très important dans le sens où... Je vais te prendre l'exemple du libéral. À la fin de leur bilan, je leur demande systématiquement déjà « pourquoi est-ce que vous êtes ici ? » parce les patients des fois vont me répondre très crûment que c'est parce que leur médecin leur a dit ... d'accord... mais encore... ? « Est ce que vous avez des objectifs » et alors là c'est plutôt pour le bilan donc c'est un point très initial. Après dans ma pratique de rééducation, c'est intéressant, justement j'étais à un congrès ce weekend et on parlait de ça. Généralement, je me suis rendu compte que je faisais un petit peu ce dont l'oratrice parlait : c'est à dire, laisser le choix à un patient par exemple entre 2 exercices et surtout essayer de comprendre s'il a compris pourquoi l'exercice était bon pour lui, ou en tout cas, pourquoi je pensais que l'exercice était bon pour lui. Donc ça c'est assez intéressant. Je parle beaucoup en rééducation. Et ça va donc être compliqué pour toi de faire la retranscription... mais j'espère que ça va bien se passer ! Je parle beaucoup et j'essaye vraiment de faire reformuler au maximum au patient. Après je t'avoue que je n'ai pas, nous n'avons pas créé dans le service de fiche de consentement. On ne fait pas signer de consentement écrit au patient mais quand le patient nous dit par exemple « oh bah cette attelle que vous êtes en train de me faire, je ne la mettrai pas ». On essaye de creuser le pourquoi du comment. On essaye de comprendre quels sont les tenants et les aboutissants sans essayer de négocier car ça reste sa santé mais j'essaye de lui faire

comprendre le point du service qui est le point de vue que j'ai également : pourquoi cette attelle est la bonne. Je paraphraserai une phrase de François Moutet dont c'était une citation sans doute de quelqu'un que je ne connais pas mais « le consentement éclairé c'est très bien mais encore faut-il savoir qui tient la lampe ». J'essaye de m'en inspirer.

Donc du coup, si un patient te dit qu'il ne changera pas de position, qu'il ne veut pas porter son attelle. Comment tu rebondis ?

C'est une grande difficulté parce qu'on est dans un métier de soin mais je ne pense pas être omnipotent, ni le meilleur kiné, loin de là. Mais par contre je sais qu'il y a certaine chose qui marche. Encore une fois, j'essaye de lui apporter toute ma persuasion, mon expérience. Parfois je peux lui parler de mon expérience personnelle aussi sur certaines attelles que j'ai eu moi aussi en tant que patient. J'essaye de le nourrir de toute cette expérience de rééducation que j'ai l'après-midi. Notamment quand je lui confectionne une attelle le matin. Je lui dis « vous savez, moi qui fais de la rééducation depuis 10 ans, je peux vous dire qu'au jour le jour, ça marche. En tout cas, ça évite d'aggraver, ça permet de stabiliser voir ça améliore votre état ». L'idée n'est pas de le forcer, de toute façon je ne pourrais pas forcer quelqu'un à mettre une attelle, ça c'est une évidence. Par contre, mon boulot à moi, c'est qu'ils sortent avec une attelle. Donc vraiment, s'il ne veut pas et qu'il sort de la chaise, je ne pourrai pas le retenir mais s'il accepte au moins de rester sur la chaise le temps que je lui fasse l'attelle, et bien je lui ferai cette attelle toujours en lui expliquant et en essayant de comprendre d'où il vient, pourquoi il ne veut pas et pourquoi ça lui pose des soucis. On est souvent dans l'adaptation. On va avoir souvent des personnes qui s'occupent du ménage et qui me dise « j'ai tout le temps la main dans l'eau, je ne peux pas porter une attelle ». Alors on essaye de trouver des types de confections d'attelles qui vont mieux sous l'eau, sans pansement, des attelles sans néoprène car ça garde l'eau mais avec des sangles de sacs à dos en nylon, qui ont tendance à sécher un peu plus vite. On essaye de s'adapter au quotidien du patient pour qu'au maximum ça fasse. Pour que même si le port est imparfait, c'est mieux que rien. Voilà, je suis désolé je suis partie à droite à gauche.

C'est très bien. Et donc quelles sont tes propres raisons de questionner le consentement de ton patient. Pourquoi tu penses que c'est important pour ton patient et pour toi ?

De mon expérience personnelle de soin, pour avoir mis une énergie des fois dingue avec certains patients je me rends bien compte qu'un patient qui n'a pas envie de se faire traitement est un patient qui n'ira pas mieux. Du moins pas aussi bien que ce qu'il aurait pu être s'il avait pu

bénéficier d'une adhésion au traitement. Je vais te parler un tout petit peu de mon histoire perso. J'ai eu beaucoup de soucis de santé, j'ai fait de la réanimation, j'ai eu un parcours de santé qui a fait que les médecins ont dit à mes parents que je ne m'en sortirai jamais, que je serai légume. Au final avec de la volonté et de la chance, parce que mon accident était assez grave, j'ai réussi à m'en sortir pas trop mal. On dit qu'un tous les 10 ans s'en sort comme ça. Donc je suis très content d'avoir été cette chance sur tous les 10 ans... Lors de mon mémoire de DU à l'école de kiné, j'ai beaucoup travaillé sur la motivation des gens. Il y a tout une part de mon mémoire qui était sur cette motivation et j'ai eu un professeur qui nous a parlé de cette théorie de la motivation de Joule et Beauvois. C'est très intéressant, d'ailleurs je crois qu'un des deux est chercheur à Grenoble. Avec le continuum de la motivation, l'amotivation, la motivation intrinsèque et extrinsèque. Je trouve ça vraiment très intéressant comme théorie, à mettre en parallèle avec les expériences de Millgram, je ne sais pas si tu connais aussi ?

Je trouve ça vraiment fantastique en termes de soin et en termes de relation humaine. J'essaye de jouer avec justement, et de tirer sur toutes les ficelles que je peux avoir autour de moi pour le faire aller mieux. Je suis dans le soin, je suis là pour soigner les gens.

Pour ton patient, qu'est-ce que ça va lui apporter que tu questionnes son consentement ?

C'est mettre le doigt dans l'engrenage du soin et de la guérison. S'il est consentant à mon sens, il sera plus à même de rentrer dans la démarche de soin et d'y adhérer. T'as vu, j'essaye de faire des réponses courtes !

Je vois ça ! Tout à l'heure, tu m'as dit que tu ne recueillais pas de consentement écrit et d'après ce que j'ai compris, tu ne leur demandes pas « est-ce que vous êtes d'accord pour tel acte ». Tu essayes de discuter avec eux et c'est ainsi que tu le recueilles.

Quand le patient arrive et notamment le matin ici à l'hôpital. Quand je lui fais une attelle, je l'invite à s'installer sur la chaise, je me mets devant lui, je me présente et je lui demande « alors, pourquoi est-ce que vous êtes là ? ». D'abord, j'essaye de questionner ce pourquoi. Au vu de ce qu'il y a, je regarde son dossier et je lui dis qu'on va peut-être réaliser une attelle qui devrait lui faire du bien ou qui devrait éviter que la pathologie s'aggrave. Après en tant que telle et de manière formelle, je ne le formule pas en « êtes-vous d'accord ». Je considère le consentement comme implicite dans le sens où s'il reste là, ou s'il ne m'oppose pas de refus, je le considère comme étant acquis. Je ne vais pas dire subis sans trop de désagrément mais au moins un petit peu consenti, c'est dans ce sens-là.

Donc pour toi, si le patient vient te voir au cabinet, tu te dis que s'il revient la prochaine fois c'est qu'il est d'accord avec toi et qu'il veut continuer avec toi ?

En effet, il n'y a pas de consentement écrit l'après-midi non plus. On se base, plutôt comme tu le dis. On n'enchaîne pas les gens. On ne les oblige pas à revenir, on leur propose un nombre de RDV par semaine. On leur propose des RDV mais il n'y a jamais ce consentement écrit qu'on demande. C'est plutôt de l'implicite qu'explicite.

Recueillir un consentement écrit, s'il n'est pas discuté avec le patient, ce n'est pas forcément adapté... Est-ce que dans tes soins, il y a des actes que tu fais, où tu te dis qu'il n'y a pas besoin de questionner ?

Je vais prendre l'opposé de ta question pour y répondre. Il y a des gestes que je fais qui sont douloureux et je le sais. Par exemple, le travail d'une cicatrice adhérente, malheureusement, on n'a pas encore inventé de système qui fait qu'on ne va pas faire mal lorsqu'on libère ces adhérences. Je le questionne, je le dis au patient « vous m'arrêtez si vraiment c'est trop fort », je vous explique encore une fois pourquoi je le fais et pourquoi c'est important que vous le fassiez à domicile. Ce genre d'actes sont limités et ils sont questionnés. Des actes de traitement plus communs comme par exemple de la mobilisation, des postures si elles sont faites sans douleurs, ce qui est le cas dans 90/95 % des cas. Je ne me questionne pas et je ne questionne pas le patient sur ceci.

Est-ce que tu as déjà rencontré des difficultés en le questionnant ? Comment ça se passe quand tu donnes au patient les clés pour décider ce qu'il veut pour lui ?

Chez certains patients, ça les déstabilise complètement. Depuis la loi Kouchner de 2002 si je ne dis pas de bêtise, on est censé mettre le patient au centre du traitement et justement, il est censé être le décideur de ses soins. Il y a des personnes, notamment les personnes âgées pour la plupart qui ne comprennent pas et me demandent « mais pourquoi vous me le demandez ». Parce que je ne suis pas comme ce que vous semblez imaginer. Je suis certes du corps traitant, paramédical, mais je ne suis pas là pour vous imposer des choses à l'insu de votre consentement quelque part. C'est vrai qu'il y a certains patients que ça déroute énormément. La question finale du bilan quand je suis au cabinet l'après-midi, c'est « est-ce qu'il y a des choses dont on n'a pas parlé que vous aimeriez qu'on aborde ? » et la question d'avant c'est « quels sont vos objectifs et pourquoi vous venez nous voir ? ». En fait les gens, pas tout le monde bien évidemment, il y

en a qui sont totalement déstabilisés par ça. « Mais je ne sais pas, le médecin m'a dit donc c'est que ça doit être bien ». Oui mais...sans doute... mais !

Avec ces patients-là, est-ce que tu vas te comporter différemment ?

Non, je ne vais pas me comporter d'une manière plus automatique. Après c'est ma façon d'être et c'est mon vécu en tant que patient et en tant que soignant aussi qui me fait être tout le temps, tout le temps, tout le temps, dans la réexplication. Même après, les gens qu'on voit 120 séances pour des pathologies très très précises et vraiment compliquées à prendre en charge. On est sans cesse en train de leur réexpliquer : pourquoi on fait ci, pourquoi je fais ça...Avec ces fameux patients qui se sentent déroutés, j'essaye de mettre un peu plus d'humanité encore : « mais vous voyez, ça je pense que c'est bon pour vous, ça c'est quelque chose dans lequel vous devez mettre de l'engagement dedans ». Ça va être mieux pour vous. J'essaye de les faire entrer dans une relation de soin et pas juste dans une relation subie comme on pourrait l'imaginer avec une personne qui nous dit que c'est le médecin qui lui a dit de venir et qu'il écoute le médecin.

OK ça marche. Depuis que tu travailles, donc depuis 10 ans, est-ce que ta manière de PEC les patients a évolué par rapport à cette question de consentement ?

Ça a évolué surtout avec les patients qui n'ont pas envie d'être traités. Il y a des patients, je mettrai énormément d'énergie à traiter et puis ça fonctionne moins bien. Je vais faire une analogie encore avec ce que François Moutet nous disait : « un bon chirurgien et un bon thérapeute ça fait un résultat excellent. Un bon thérapeute et un mauvais chirurgien, ça fait un résultat qui est moyen. Un bon chirurgien et un mauvais rééducateur, ça fait un résultat passable. Les deux qui sont mauvais, ça fait un résultat catastrophique ». Je fais rentrer en plus de ça le patient dans la boucle. Avec un patient motivé, on arrive à décupler des résultats même si le chirurgien n'a pas été au top, même si le rééducateur n'est pas au top. Car il est vraiment moteur, dans la pratique on le sent. Quelqu'un qui ne veut pas se faire rééduquer, ou ne voit pas d'intérêt, au début on rame, on essaye on essaye on essaye et si on voit qu'on n'avance pas, on stagne. Et bien d'un commun accord, on en discute avec le patient, je parle surtout dans ma pratique de l'après-midi.

Toi tu voulais savoir par rapport au consentement aussi ?

Oui, peut-être qu'au début de ta pratique, pendant tes études, on n'en parlait pas autant...

Non, on ne nous en parlait pas du tout. Comme je t'ai dit, j'ai un très lourd passif de patient en tant que tel. A 7 ans j'ai été opéré et on m'a enlevé la moitié du poumon droit. Je suis un peu plus sensibilisé sur le fait que quand tu as la motivation, quand on te demande. J'ai eu de la kiné quand j'étais tout petit pendant de long moment, de la kiné respi, ce n'est pas très agréable... on te prend et on te plie en 2. C'est mieux si tu es en accord avec ce qu'on te fait, je l'ai toujours ressenti comme ça, peut-être de par mon expérience personnelle du coup.

Ok merci, très intéressant. Est- ce que tu voudrais rajouter quelque chose par rapport à notre entretien, quelque chose d'important dont on n'aurait pas parlé ?

Pour moi le consentement, il est vraiment en lien avec la motivation, enfin ça fait partie de la motivation que le patient mettra dans sa rééducation. Comme je te l'ai dit, je trouve que cette motivation influe grandement sur les possibilités de rééducation du patient. C'est important, même si je ne le formule pas de manière claire et explicite. Le questionnement est dans ma pratique à mon sens toujours demander, plus de manière implicite. Je respecte toujours ce que le patient m'en dira. S'il me dit qu'il ne veut pas porter cette attelle, et bien il ne la portera pas. Par contre je me dois, c'est un devoir de lui présenter les solutions, le pourquoi et le comment et surtout de lui faire l'attelle. Sauf s'il s'en va en courant bien évidemment...

On est d'accord ! Si on reprend, le questionner aura un rôle dans l'alliance thérapeutique que tu auras, au final ...

Ouch qu'est-ce que c'est que ce mot ? L'alliance thérapeutique, c'est un mot qu'on n'a pas du tout employé quand j'étais à l'école il y a 12 ans... Mais si j'imagine... c'est assez explicite : entre les traitants et le traité. Oui, bien évidemment, tout à fait. Pour le formuler comme ceci ça me paraît essentiel.

OK, parfait. Merci beaucoup pour ta participation.

Un plaisir !

Annexe 3 : Retranscription de l'entretien B

Encore merci d'avoir répondu à ma demande pour participer à cet entretien. Du coup comme je vous l'ai dit, l'entretien est enregistré à des fins de retranscription et il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, c'est juste pour comprendre comment vous voyez les choses. Déjà pour commencer est-ce que ça serait possible que vous vous présentiez sur le plan professionnel ?

Oui je suis *** kinésithérapeute diplômé de 2015 donc ancienne réforme à l'époque celle de 89. J'ai eu un engagement militant étant passé par la FNEK durant mes années étudiantes au bureau national et une fois diplômé, j'ai fait quelques remplacements un peu partout en France pour voir du pays. Je me suis installé sur *** avec ma compagne qui est devenue mon épouse. J'ai fait assistant en libéral pendant 3 ans et depuis 2020, je fais que du domicile, pratique exclusivement au domicile donc principalement gériatrie, orthopédie fraîche avec une interdiction d'appui, situation sociale complexe, de la neurologie aussi beaucoup. Donc ça c'est sur le volet libéral. J'ai été enseignant en école de kiné pendant un an et demi et sinon depuis octobre je travaille en salariat en centre pénitentiaire dans une unité sanitaire donc rattaché à l'hôpital mais dans une prison à 40 %. Pour finir professionnellement, après le diplôme, j'ai fait pas mal de formations courtes. J'ai fait un master staps/réathlétisation et j'ai fait un DU de gériatrie. Là je suis dans un master sciences de l'éducation en M2.

OK du coup-là vous êtes à 40 % dans le dans un service pénitentiaire et après les 60 % qui reste c'est que du domicile ?

En fait le master c'est un enseignement à distance donc je le fais sur les temps un peu plus libres. Oui c'est ça en gros, j'ai 3 jours par semaine en domicile en libéral et 2 jours par semaine en hospitalier pénitentiaire ou à la maison d'arrêt.

C'est divers, c'est super intéressant et je voulais vous demander du coup quand vous avez un nouveau patient que vous rencontrez pour la première fois comment ça se passe dans les grandes lignes votre première séance ? J'imagine que c'est peut-être différent entre le centre pénitencier et quand vous êtes plutôt en domicile ?

Oui comme les modalités de prise en charge ne sont pas forcément les mêmes, je ne vais peut-être pas agir de la même manière. J'en sors aujourd'hui donc c'est plus frais dans ma tête. En fait, j'y suis 2 jours par semaine. Il y a 850 personnes à peu près donc en fait il n'y a pas assez de temps pour voir tout le monde. Je suis le seul kiné là-bas. Pendant 6 ans, il n'y a pas eu de

kiné ...enfin c'est n'importe quoi... Du coup, ce sont des patients que je ne vais pas voir souvent, enfin le maximum une fois toutes les 2 semaines. Sinon, c'est plus long sur les délais. Je les vois vraiment peu en fait et donc la prise en charge va être beaucoup beaucoup beaucoup beaucoup plus centrée sur des autos-exercices parce que les personnes peuvent faire par elle-même pour se soigner. C'est vraiment que ça parce que je ne peux pas sur les techniques manuelles ou sur des choses comme ça gérer. J'ai réussi à négocier dans le gymnase, un créneau pour les patients en neurologie qui ont des problèmes neurologiques comme AVC et tout ça, pour les voir régulièrement, travailler équilibre avec eux...Mais sinon c'est injouable de faire des consultations. Du coup, ça modèle quand même vachement de pratique alors que sur le domicile et sur la gériatrie, souvent ce sont des personnes qui peuvent avoir des démences ou qui ont des difficultés de compréhension de l'exercice ou alors qui se mettent en danger s'ils travaillent l'équilibre seul. Donc dans la prescription de l'exercice, c'est une balance qui est importante mais il y a aussi le volet, il y a des trucs qu'ils ne peuvent pas faire sans nous. Travailler l'équilibre avec un risque de chute enfin c'est un peu dangereux. Donc voilà, pour avoir une dose efficace, des fois il faut forcément être là donc on les voit plus régulièrement. Donc ça change quand même un peu l'approche parce que en fait dans les 2 cas je suis assez libre par rapport à la prescription médicale, je veux dire que c'est très indicatif. Je la lis pour montrer aux patients que je la lis mais de toute façon quoi qu'il arrive, je lui demande ce qui lui arrive, qu'est-ce qu'elle attend de moi. En fonction de ça ce qui est écrit sur l'ordonnance, je le trouve quand même. C'est surtout pour voir s'il y a une contre-indication sur l'ordonnance et puis montrer aux patients que je m'intéresse au dossier. Donc j'avoue que c'est un petit peu compliqué ... Peut-être faire tout un volet de l'exercice et tout l'autre volet de l'exercice professionnel parce que je suis en train de faire des allers-retours dans ma tête ! Pour la prison, j'ai les dossiers médicaux avant qui sont en format papier avant que le patient arrive. C'est important pour moi de caler à un moment donné assez tôt dans la séance que j'ai consulté le dossier médical pour montrer au patient que j'ai consulté le dossier médical. Je suis au courant de son histoire puis l'avantage du dossier papier, c'est qu'on voit en fonction de l'épaisseur s'il y a un historique un peu grand ou pas. Donc du coup c'est assez facile de ce côté-là, ce qu'on n'a pas du tout en libéral pour le coup. On est un peu un peu tout seul. Donc ça c'est assez important. Et en fait comment ça se passe ? Pour la consultation donc généralement, je laisse parler le patient dire tout ce qu'il a à me dire. Qu'est-ce qui lui arrive, ce qui pose problème par rapport à ce qu'il peut faire, par rapport à ses activités et ce qu'il attend de moi. En le laissant un peu parler, en revenant sur l'histoire de la maladie, les antécédents vérifier s'il n'y a pas de

red-flags au cas où... Essayer de proposer une première piste de traitement, une première piste de rééducation généralement. J'aime bien que les personnes sortent avec un seul exercice de la première séance. Je fais de moins en moins des tests de provocation, avant je faisais beaucoup ça. En fait ce que je cherche à faire c'est d'avoir vraiment qu'un seul un seul exercice qui est assez signifiant en tout cas par rapport au raisonnement clinique quand c'est musculosquelettique et de voir comment la personne le fait. Voir si elle l'a retenu. En tout cas que l'exercice soit assez clair, qu'il soit compréhensible pour la personne, qui ait du sens par rapport à ce que la personne m'a dit, qu'il avait bien compris que ça allait être utile pour ce qui m'a dit et du coup j'aime bien me concentrer sur un seul. Comme ça, la 2e consultation, je vois assez vite si la personne l'a fait ou l'a pas fait, si elle a compris ou pas compris. Ça me permet de savoir à peu près comment je vais me positionner par rapport à lui, si je vais pouvoir lui en donner beaucoup, s'il faut que je passe du temps sur l'explication des mouvements, des exercices d'étirements ... ou alors si je peux aller plus vite. C'est un coup de règle que je me donne d'en donner qu'un seul aussi pour voir : si le patient me dit qu'il y a une réponse thérapeutique par exemple vers le très très mieux ou le très très moins bien, que je puisse l'attribuer à ça. Ça m'aide dans mon raisonnement clinique. Si j'en fait 3 ou 4, qu'il me dit « j'ai vachement mal après le mouvement » : oui mais lequel ? donc voilà, c'est un peu comme ça que je construis mes séances. Sachant qu'en prison, ils n'ont pas beaucoup d'activités, ils sont tout le temps dans le lit. Donc les petites particularités c'est de savoir s'ils sont en détention seul ou à plusieurs, savoir s'ils travaillent ou pas parce qu'il y a des possibilités de travailler voilà savoir s'ils font leur sport collectif... parfois savoir pourquoi ils sont là pour savoir si la chose est arrivée au moment de l'arrestation. C'est plus pour connaître le mécanisme déclenchant. Donc, c'est un peu comme que se construit la première séance. À domicile, il y a un petit peu plus quand même cette balance de parler aussi avec les aidants s'il y a des aidants à domicile. Faire le tour de l'appartement aussi, j'aime bien dans les consultations par exemple en gériatrie s'il y a de l'équilibre ou de la marche Lors des activités de la vie quotidienne, de faire marcher les gens dans leur appartement et du coup ça permet en même temps de visiter l'appartement donc de voir comment c'est fait, de voir comment la baignoire est faite ou la douche, aller voir comment sont les toilettes, si il y a un réhausseur car ça veut dire que le transfert assis/debout, c'est pas top. Aller vérifier un peu l'environnement à la fois matériel et l'environnement social de la personne. Discuter un petit peu avec l'aidant aussi. Si la personne s'est mise un peu en retrait d'elle-même. Ils viennent, ils accueillent, ils te donnent les papiers et une fois que c'est

fait, ils vont ailleurs. Donc du coup ça permet d'aller les voir, discuter avec eux. C'est plus la particularité du domicile.

Ok, ça marche. C'est intéressant, comme ça je vois un peu plus ce que vous faites dans la globalité. Du coup, mon mémoire j'ai décidé de l'axer sur le consentement et en particulier sur le recueil du consentement par les MK. Je voulais vous demander dans votre pratique quelle place vous accordez au consentement que ce soit dans vos prises en charge en prison ou alors à domicile ?

Alors, ça dépend le consentement à quoi. C'est vaste. Alors déjà une différence entre le domicile et la prison. La prison, s'ils viennent, à priori c'est qu'ils sont consentants pour recevoir des soins, sinon ils ne viennent pas. Ils ne sont pas trainés pour venir, ils ont une convocation après ils peuvent ou pas venir. Donc je me dis qu'à priori, ils sont consentants pour venir sinon ils ne seraient pas là. Je fais cette distinction là parce que pour le coup à domicile, comme on vient à eux, parfois ils ne veulent pas de séances. On s'en rend compte assez rapidement. Quand on demande « qu'est-ce que vous attendez de moi ? », « Ah bah je ne sais pas je ne sais pas pourquoi vous venez ». OK, d'accord va falloir voir déjà si on fait des séances. On discute un petit peu. Généralement, le consentement à faire les séances, c'est déjà, « est-ce qu'ils attendent quelque chose de moi ». S'ils attendent quelque chose de moi, à priori, ils sont consentants pour faire la séance. S'ils n'attendaient rien de moi à priori, ils ne sont pas consentants. C'est un peu comme ça que je le formule, sans utiliser le mot consentement.

OK d'accord.

Ensuite, généralement sur le contact tactile dans l'examen... Pour l'interrogatoire, je ne pose pas forcément de question de consentement. « Est-ce que vous êtes consentant pour telle ou telle question... » Je ne le formulerai pas comme ça quoi qu'il arrive mais je ne m'attarde pas à demander l'autorisation pour aborder certains sujets. Parce que j'estime que si j'aborde certains sujets, c'est qu'il y a une raison derrière. En fait si y a une raison derrière, il n'y a pas d'indiscrétion ... Et que je suis capable de justifier. L'exemple concret : syndrome de la queue le cheval en hypothèse, je vais demander à la personne si elle a des pertes de sensibilité génitale, si elle peut avoir de l'incontinence urinaire. J'ai aucun problème à demander si elle a des troubles de la fonction érectile. J'ai aucun problème à utiliser ces mots là et je ne vais pas demander « est-ce que vous êtes d'accord pour qu'on parle de choses un petit peu... » non ! Parce qu'il y a une raison derrière, une raison médicale. Donc du coup, je ne veux pas prendre

le risque que la personne me dise non et que je me coupe de certaines informations qui sont importantes dans mon raisonnement clinique. À priori, je ne me pose pas de questions et si on sent que la personne d'un coup sur un sujet, change de comportement ... Là ça attire quelque chose et puis on peut en discuter. Est-ce qu'elle est à l'aise ou pas... Généralement, je ne demande pas de consentement sur le sujet. Sur l'examen physique, il y a 2 choses. Il y a le contact au niveau cutané et puis il y a la provocation de douleur. Autant le contact cutané, j'ai tendance de plus en plus... Même si ce n'est pas encore systématique à demander si les gens sont d'accord pour que je mette ma main là. Je vais mettre ma main au niveau de votre dos... En tout cas, je ne leur demande pas un accord mais je leur dis ce que je vais faire. Puis je rajoute un « ça va ? », ce genre de chose qui leur laisse, je pense, l'opportunité de me dire si ça ne va pas ou s'ils ne sont pas d'accord. Mais je ne leur demande pas « est-ce que vous êtes d'accord pour que je mette ma main au niveau de votre dos pour toucher les épineuses » voilà... « je vais prendre votre jambe », je verbalise avant de le faire, pas en le faisant. Je me dis qu'en faisant ça, ça leur laisse l'opportunité avant que je commence à le faire, pour qu'ils puissent me dire « non je ne veux pas pour ... parce que j'ai mal, parce que c'est sensible, parce que je n'ai pas envie, parce que ... ». C'est comme ça que je fais. Par contre, pour le test de provocation de douleur, je ne le fais pas trop. Sur le côté « est-ce que vous êtes d'accord pour que je vous provoque votre symptôme ? » dans le sens où quand on fait un Lassègue, je cherche à provoquer les symptômes. Sauf que la personne n'a peut-être pas envie qu'on lui reproduise ses symptômes. J'en ai besoin pour avancer mais du coup ça ce n'est pas quelque chose que je fais. En fait, les seules fois où je le fais, c'est vraiment que la personne est très irritable au sens thérapie manuelle du terme. Irritable dans le sens où une petite simulation mécanique peut augmenter énormément les douleurs sur des cas allodyniques. Sur des patients comme ça, quand je sens que c'est très très très douloureux, je peux leur demander mais généralement quand je sens très irritable, je ne vais même pas le faire. Quand je le fais c'est que je pense que c'est acceptable et donc je le fais. Quand je pense que c'est allodynique, ce n'est même pas la peine d'inflammer la personne, la faire flamber et qu'on ne puisse plus rien faire après. Après sur le volet exercice, je ne sais pas si on peut parler de consentement dans le sens où je leur propose un plan de traitement. Après ils le font ils ne le font pas. Comme c'est un plan de traitement qu'ils vont devoir faire par eux-mêmes, à priori je ne leur demande pas s'ils sont consentant pour le faire avec moi. Mais je leur apprend à le faire et après ils peuvent le faire. Alors ils le font, ils ne le font pas mais généralement c'est la 2e séance où ils ne l'ont pas fait, pourquoi ils ne l'ont pas fait ? Peut-être parce qu'il y a d'autres raisons qui font qu'ils ne le font

pas et dans ce cas-là on en reparle. Je ne leur demande pas d'abord avant s'ils sont d'accord pour mettre en place le traitement. Je leur montre ce que je pense faire avec eux, tel exercice de gainage, je n'en sais rien ... ! et en fonction de comment ça se passe et bien voilà c'est ça que je vais vous proposer à faire jusqu'à la prochaine fois. « Est-ce que ça vous convient ? » Oui je vais faire ça et hop ça part comme ça. Parce que je leur donne un exercice donc du coup je leur donne ça voilà on part sur ça ... et généralement je leur demande s'ils sont d'accord. Mais après leur avoir montré l'exercice. J'ai essayé de leur demander avant et en fait comme ils ne voient pas l'exercice et à quoi ça ressemble, ils ne savent pas trop quoi dire. Je leur apprend l'exo et ils me disent s'ils sont d'accord ou pas. En général, ça leur va. Ou alors ils me font « il y a ça mais il avait aussi le poignet dont je ne vous ai pas parlé... ». Ça me permet de me relancer dans mon raisonnement. Mais dans les étapes de la première séance dont j'ai parlé au début, je pense que la demande est plus ou moins explicite en fonction des étapes. Après il faudrait observer, car je pense que desfois je ne le fais pas et inversement.

OK ça marche et par exemple tout à l'heure vous avez dit par rapport au contact cutané que vous demandez aux patients si ça lui. Est-ce que vous lui suggérez qu'il peut s'exprimer s'il n'est pas d'accord ?

Il y a plusieurs choses sur le contact cutané. Déjà par couche... le vêtement. Donc il y a enlever le vêtement ou ne pas enlever le vêtement. En fait, c'est assez rare les coups où je suis obligé d'enlever le vêtement. Soit il y a besoin de sensations particulières au niveau cutané, soit c'est pour de l'inspection sur quelque chose de dermato potentiellement ou par exemple une recherche de rougeur. Ce genre de choses. Pour ça, je pose la question, je demande à la personne si elle est à l'aise avec, s'il ne fait pas trop froid... j'ai déjà des gens qui m'ont dit qu'ils préféreraient ne pas enlever, ce genre de choses. Mais ce n'est pas très grave. En fait je me dis, et je l'ai déjà verbalisé 1 fois ou 2 à des patients qu'ils faisaient leur choix. Pour moi c'est plus dur de l'analyser ou de proposer donc du coup peut-être que mes soins seront de moins bonne qualité mais on fait comme ça, on fait avec. Ça ne m'est pas arrivé si souvent que ça mais en gros c'est ça la difficulté. Enlever un vêtement, c'est qu'il y a une plus-value par rapport à ne pas l'enlever. S'il n'y a plus cette plus-value, le soin est de moins bonne qualité. Sinon sur le toucher... oui, non ce n'est pas un truc que je fais de dire à la personne avant que si jamais elle ne veut pas, elle peut me le dire. En tout cas, ce n'est pas un truc que je fais. Je suis en train de réfléchir... En tout cas, non je ne l'exprime pas. C'est-à-dire que je montre que je suis précautionneux. C'est pour ça que généralement, je dis avant « je vais faire ça avec des ... », tu

sais un peu de communication. Les « ça va ? », les trucs comme ça qui ne sont pas une recherche d'information mais une recherche un peu relationnelle. Communication un peu relationnelle, c'est comme « ça va ? », « oui et toi ? ». Enfin un truc qu'on fait mais on ne parle pas et en fait, je me dis qu'avec ça c'est suffisant, mais peut-être pas...

OK. Du coup, là vous disiez que c'était par rapport au contact cutané que vous alliez demander un consentement, enfin un ressenti. Est-ce que pour vous, il y a des actes qui ne demandent pas du tout de faire ça ?

Je pense qu'il y a une base minimum. Ça me le fait beaucoup parce que c'est plus l'approche à la douleur qui me fait ça. J'ai déjà eu des gens au tout début de carrière, tu y vas et puis en fait, tu te rends compte que la personne a mal et qu'elle ne te le dit pas ou alors que tu n'as pas tout creusé à l'interrogatoire parce qu'on est allé un peu vite au début. J'ai beaucoup eu des douloureux chroniques à un moment donné donc du coup je pense que j'ai gardé ça. La douleur est de partout donc c'est plutôt un peu plus réflexe. Je pense qu'il y a une base minimum, par contre il y a certaines parties du corps comme les parties érogènes ou sexualisées qui elles nécessitent un peu plus d'attention. Je pense qu'en public périnéologie, c'est impératif d'avoir plus d'attention parce qu'en fait le la mésinterprétation peut être plus importante. Le risque de mésinterprétation est plus important qu'une main. En fait, le consentement ce n'est pas pour moi une histoire uniquement sexuelle. C'est aussi un consentement à être touché, c'est aussi un consentement à être soigné ...et aussi quand je dis que la douleur pour moi c'est important, c'est que quand la personne a mal depuis très très longtemps, c'est difficile aussi de faire confiance à la personne pour qu'elle vous touche à un endroit où ça peut provoquer la douleur. J'en peux plus et en plus quelqu'un va me remettre une châtaigne dessus... bon voilà... C'est plus ce volet-là qui m'intéresse, en tout cas qui est dans ma tête. Tout m'intéresse mais qui est dans ma tête et donc voilà. Par contre, il y a un truc qui est pour moi assez important, quand on discute. C'est le côté... au début, je peux faire vachement attention et puis au bout d'un moment ... Une fois que j'ai fait 1,2,3 fois le truc, c'est beaucoup plus rapide. Parce qu'en fait à priori, la personne au bout de 2-3 fois, elle ne t'a rien dit... je veux dire c'est ... Sur ces sujets-là, soit il y a une augmentation de douleur sur la continuité des séances parce qu'elle te l'aura dit au début de la séance avant de commencer quelque chose ou alors elle ne s'en est pas rendue compte et quand tu le fais, pas de chance ! En fait au fur et à mesure, tu prends de moins en moins de précautions. Que ce soit sur l'attitude corporelle de tâtonnement, tu vois, de montrer que tu y vas tranquille, ou sur les formes verbales. Plus tu connais la personne et plus tu te dis

« c'est bon, je peux y aller ». Et ça, quelque soit la zone, je pense que c'est pareil. Même s'il va rester un niveau minimal d'attention.

OK, je vois. Actuellement, vous avez 2 pratiques différentes, est-ce que ça va être différent dans votre manière de faire entre le côté de la prison et le côté domicile ? est-ce que ça va changer votre posture ?

Non, je ne sais pas... Alors, il y a quand même les conditions matérielles, de prise en charge. Dans le sens où généralement, je fais des bilans... Pendant la première séance, c'est une demi-heure quand je fais la prison alors qu'en domicile, généralement je peux prendre un peu de temps. Je prévois une heure dans mon agenda parce que le temps de trouver le domicile, le temps de rentrer, enfin des fois c'est le bordel. Donc du coup comme c'est moins évident, je prends 1h. Une fois que je suis rentré, c'est assez facile, j'ai encore beaucoup de temps donc je peux vraiment rester un peu plus ça. C'est quand même, pas la même histoire. Mais du coup je veux bien que tu répètes ta question.

Oui bien sûr ! Je demandais si votre posture était différente entre : comment vous prenez en charge votre patient au sein de la prison et au domicile. Si par exemple vous êtes plus directif dans une situation...

Je pense que ça dépend vachement... De toute façon, être directif, je pense que ça n'a pas beaucoup d'intérêt. Je suis en train de demander. Directif dans la prise en charge, je pense que ça dépend des fois, enfin des patients et de comment ils sont. Le patient qui dit « non moi j'en sais rien, c'est au kiné de décider », donc on peut réessayer avec du participatif plusieurs fois. Mais à un moment donné, quand tu exprimes que tu veux du directif, c'est que tu veux du directif. En fait, ça arrive quelque soit le lieu d'exercice. C'est plutôt l'âge Non, non pas tant que ça... Plus l'âge, sur le côté ...Parfois les personnes un peu plus âgées sur le consentement, on prend un peu moins de pincettes... enfin...on va un peu moins loin dans les demandes de consentement, je pense.

C'est dû à quoi ça du coup ?

Je ne sais pas trop... Je pense que c'est un fond d'âgisme qui reste, mais je ne sais pas ...Il y a plusieurs choses, je pense qu'il y a un préjugé sur le côté les personnes âgées aiment le directif ou les personnes âgées, ces histoires de consentement ce n'est pas de leur génération. Donc du coup, on peut aller plus vite sur ces sujets-là, même si on le sent tout de suite quand quelqu'un

ça ne va pas passer en directif. C'est-à-dire, c'est le gros avantage, je ne sais pas comment l'expliquer mais quand on fait un interrogatoire au tout début, t'as déjà dû ressentir ça, on sait tout de suite si la personne elle va détester le directif. On le sait, je ne sais pas sur quoi. À l'inverse, c'est souvent le temps. Dès qu'on les laisse parler et puis on voit s'ils parlent 10 secondes ou s'ils parlent 3 min. C'est bon, on dit à peu près. Mais je pense, l'âge et ce sont des considérations, je pense qu'elles étaient moins présentes sur leur génération. Donc il y a un peu ce biais d'âgisme, je pense. Puis je pense que dans les scripts personnels, j'ai eu moins de situations où ça a pu poser problème dans mon expérience professionnelle. Les coups où tu sens que la personne change un petit peu de comportement, elle a un petit tic au niveau du visage et il y a un truc qui ne lui plaît pas, personne ne dit jamais rien. Les gens ne disent jamais « ça ne m'a pas plus ce que vous avez fait » enfin voilà... Il change de kiné à la limite mais personne ne dit jamais la vérité à son professionnel de santé. Déjà, s'ils en trouvent un, ils sont contents donc ça... il faut être lucide là-dessus. Par contre, je n'ai jamais vu ce genre de choses chez des personnes âgées, alors des personnes plus sur les âges un peu adultes, je veux dire entre 18 et 63 ans, si ça m'est déjà plus arrivé. Donc je n'ai pas beaucoup de script de personnes âgées qui ont mal pris quelque chose. C'est plus l'inverse, « oui, oui allez- y ... ». Comme je m'occupe beaucoup de ces générations-là, je pense que c'est ça qui fait que j'y prête un peu moins attention alors que j'ai eu beaucoup de patients fibromyalgiques quand j'étais assistant au cabinet, j'avais eu une balnéo. Ça attire les patients douloureux chroniques parce que comme les médecins ne savent plus quoi faire, ils leur disent d'essayer la balnéo et du coup, j'avais beaucoup de patients comme ça. Les fibromyalgiques, le contact cutané, ils n'aiment pas ça. C'est douloureux. Donc du coup, c'est souvent des personnes plutôt jeunes et jeunes adultes en tout cas, pas au-dessus 50-70 ans. Voilà, je pense que c'est ça qui fait la différence. C'est plus l'âge que le type de structure.

D'accord et du coup quand vous avez un patient qui vous dit que vous pouvez faire comme vous voulez. Est-ce que vous allez quand questionner à chaque fois son consentement de manière à lui remettre les clefs en main ?

À partir du moment où la personne m'a exprimé ce qu'elle voulait, si je lui redemande son consentement, je n'ai pas respecté ce qu'elle voulait. Quand elle me dit que non c'est bon, c'est « arrête de me poser la question ». C'est comme un interrogatoire, si on pose 3 fois la question et « alors vos antécédents », le patient va se dire « il ne m'écoute pas. » Donc c'est compliqué. Après généralement, quand la personne me dit ça, quand elle me dit « c'est vous l'expert » ou

« c'est vous le professionnel », je lui dis « mais c'est vous le patient, c'est vous qui ressentez, ce sont vos besoins ». Généralement, quand la personne me dit « c'est vous qui savez », je dis « oui mais c'est votre corps à vous » ... enfin j'essaye... Parce que du coup, il y a quand même une inégalité qui est déjà là de base entre professionnels et patients, dans le rapport un peu hiérarchique. Quand la personne me dit, c'est vous le professionnel : ça me monte artificiellement, je veux dire dans la relation thérapeutique et j'essaye tout de suite de dire « non mais attendez, c'est vous aussi ». J'essaye de lui verbaliser à ce moment-là que oui c'est moi qui sais mais il faut quand même le dire si ça fait mal, faut quand même le dire si ça, faut voilà ... Donc généralement quand il me dit ça, j'essaie de rebondir dessus avant de reprendre sur ce que j'étais en train de faire. En fait ma zone de consentement, elle va se réduire à des zones plus à risque soit autour de la zone douloureuse, soit autour de la zone sexualisée. La personne algodystrophique : est-ce qu'aujourd'hui je peux mettre ma main là ». Un truc comme ça qui précise que oui je sais que la dernière fois, elle m'a dit que, mais est-ce que c'est toujours bon. Mais vraiment sur les cas ...voilà. Quand c'est lourd en termes de conséquences sur si ça se passe mal.

Ok d'accord. Depuis que vous êtes diplômé est-ce que vous avez vu que votre manière de voir les choses avait évolué justement par rapport à cette question-là du consentement.

Nous, ce n'était même pas vu à l'école donc ... Alors il faut bien dissocier 2 choses, il y a des programmes et puis la vraie vie. Moi j'ai eu le programme de 89 à l'époque mais il y avait des évolutions par rapport au programme parce que comme l'ARS ne contrôle rien, les écoles font ce qu'elles veulent. Il y a quand même des choses en plus mais par contre ça ce n'était absolument pas le sujet. Je me souviens, j'ai vu le questionnaire de la FNEK, l'année dernière sur les premiers travaux pratiques et j'avais regardé parce que ça m'intéressait. J'avais regardé les questions et du coup le premier TP, nous c'était morphologie palpatoire de hanche, ou pubis et tout ça... Donc non ce n'était pas la priorité de l'école, clairement. Après, je pense que ça évolue dans ma pratique aussi parce que c'est un sujet de société dont on parle de plus en plus. Donc comme on en parle, du coup ça a éveillé des questionnements suite à des conversations avec mes collègues. Quand on se questionne sur le sujet, ensuite on se dit oui dans la pratique, enfin comme la pratique est présente plus ou moins dans la tête, j'ai envie de dire oui, c'est présent et ça évolue. En fait, je pense que c'est plus ...l'évolution sociétale fait qu'on en parle et que ça s'en discute que ça m'évoque. Mais justement, c'est pour ça qu'à un moment donné je t'ai parlé de consentement par rapport aux zones sexualisées mais pas que, parce que je pense que

le débat tourne autour de ça beaucoup parce qu'il y a ces histoires de consentement notamment des histoires d'agressions sexuelles, de violences sexistes et sexuelles. Du coup, c'est de ça qu'on parle quand on parle de consentement mais en fait il n'y a pas que du consentement à ça. Comme c'est la société qui avance sur le sujet, c'est de ce bout-là dont on parle mais en fait pour moi ça va un petit peu plus loin. C'est plus parce qu'il y a eu ça que ça m'a permis de réfléchir aux autres sujets après. Mais je n'ai jamais rien vu dans mes formations continues, dans les programmes divers et variés vraiment sur le sujet. Enfin je pense que ça ne s'y prêterait pas trop, un cours sur le sujet... Pour moi c'est l'analyse de pratique dédiée sur le sujet, des temps de discussions, d'échanges sur le sujet qui permettent de faire avancer sur la réflexion des choses. Je pense qu'un des trucs qui m'avait un peu surpris, enfin je ne sais plus où c'était ...si ! Une conversation que j'avais eu avec un kiné qui parlait des pratiques aux États-Unis. Il me disait que le consentement était poussé un peu plus loin sur l'explicitation et par peur du procès... Enfin je veux dire que moi ça m'avait marqué, à un moment donné pour tester une abduction de hanche, il fallait demander de consentement pour poser la main sur la hanche pour faire la contre reprise tout ça machin... et voilà... Je pense que le seul truc que j'ai eu dans la formation initiale sur le consentement, c'était sur les adolescents. Les adolescentes du coup. En plus sur des trucs nuls. L'adolescente qui va mentir sur le fait qu'on l'a agressé. En fait, on nous disait de laisser la porte ouverte pour qu'il y ait un collègue qui fasse un témoin si jamais l'adolescente dit que... alors que ce n'est pas vrai. C'était ça le sujet donc ce n'était même pas pour aider vachement sur les violence sexistes et sexuelles... c'est plutôt l'inverse ! Nier la parole des victimes mais c'est le seul point qui avait été abordé, je pense dans ma formation initiale.

Ok. Du coup-là, vous dites que c'est plus avec le fait que la société en parle de manière générale et du coup vous dans votre pratique, est-ce que vous y faites plus attention, est-ce que vous avez mis des choses en place ?

Oui, avant je ne posais pas du tout la question ou quoi que ce soit. Je faisais mon truc enfin c'est aussi parce que maintenant j'ai une pratique un peu plus... beaucoup plus participative et dans le participatif, le consentement fait partie. Cette manière de faire l'interrogatoire a changé complètement. Quand je sortais de ma formation initiale, j'avais la pathologie, j'avais le diagnostic, je faisais ma liste de courses dans mon BDK puis je faisais mon traitement. Enfin c'était nul. Franchement, j'étais mauvais quoi. C'était comme le reste. Donc oui, il y a eu une évolution. Je pense que ce qui fait aussi le lien et qui me permet de dire qu'aujourd'hui que je

me rends compte qu'il y a différents points au consentement, c'est à la fois l'évolution sociétale sur la partie violences sexistes et sexuelles, et à la fois, la partie douleurs chroniques et fibromyalgiques qui aiment du tout être touchée ou les syndromes douloureux régional complexe qui n'aiment pas du tout être touchés. Ce sont les cas qui peuvent être un peu forts et emblématiques et qui me permettent de m'ouvrir sur le reste. C'est 2 volets là, je pense. Je sais que j'ai vu un twitt de quelqu'un qui parlait de personnes avec des troubles du spectre autistique et du coup, le touché c'est hypercomplié. Voilà. Ce n'est pas un sujet vraiment ... les 2 points essentiels pour moi c'est ceux-là. C'est plus dans mon histoire personnelle, par rapport aux douleurs et les tests de provocation de douleur et l'autre par rapport au VSS mais c'est plus sociétal.

Je voulais juste revenir sur un point, quand vous dites que vous faites des prises en charge plus « participative » : c'est dans le sens que vous allez plus les inclure pour qu'ils fassent leurs exercices, pour qu'ils comprennent leur pathologie, pour qu'ils soient plus actifs dans leurs traitements. C'est bien ça ?

Oui, dans la manière de faire l'interrogatoire, de poser les questions sur enfin de poser des questions ouvertes... enfin des banalités pour vous ! Je veux dire que quand j'étais formé, t'avais la pathologie, fallait explorer de manière analytique tous les problèmes possibles. Toutes les limitations d'amplitudes, toutes les pertes de force possible... Le raisonnement clinique, ça n'existait pas. Du coup, de ça quand on voyait manque d'amplitude, qu'est-ce qu'on fait sur un traitement de manque d'amplitude ? mobilisation passive ! manque de force ? renforcement musculaire ! et c'est comme ça qu'on peut donner un traitement. Donc en fait, on a la pathologie, on lui demande ce qui lui est arrivé, quand est-ce que ça lui est arrivé, antécédents et puis après c'est parti là-dessus. Alors que là, les besoins de la personne, la CIF avec les activités de la vie quotidienne, et tout ça... ça n'a rien à voir ! Comprendre ce que la personne veut, jusqu'où elle veut aller... Forcément, en ayant ces réflexions-là de par les formations continues ou autres... Comme il y a eu une évolution de base dans ma pratique, c'est difficile de dissocier ça. Les lombalgiques, je les voyais « j'ai mal au dos », OK depuis combien de temps pour savoir si ces chronique ou aigu. Après c'était parti. Test de Shirado et Sorensen, vous avez moins de dorsaux donc on va faire des muscles du dos ! C'était nul ! On prenait une distance doigt-sol et on étirait les ischios ! Enfin bref, voilà, c'était comme ça. J'aime bien en parler au passé parce que je suis content que ce soit fini. Je ne suis pas particulièrement fier des pauvres patients que j'ai pu voir à l'époque. Je me disais faire au mieux.

Vous avez fait au mieux avec les outils que vous aviez à ce moment alors ! Je crois que j'ai posé toutes les questions que j'avais. Je voulais savoir si vous vouliez rajouter quelque chose justement par rapport au sujet du consentement.

Non, je ne sais pas... Je suis en train de réfléchir aux différents volets par rapport au consentement. Souvent, on en parle en termes juridiques... Je pense qu'il y a beaucoup de mystères et de mysticisme par rapport à ça. En en parlant tout à l'heure, en parlant des adolescentes par rapport aux scolioles et que du coup machin tout ça... je pense qu'il y a un peu de mythes sur... alors qu'il y a clairement une sous-déclaration du sujet, sous condamnation. Quand tu vois les condamnations à l'ordre, les kinés n'ont rien alors qu'ils font des trucs horribles... Je pense qu'en soins en tout cas, je ne connais pas de ressources sur le sujet qui fait un peu un état des lieux des bonnes pratiques cliniques sur le sujet. Ça ne me parle pas. Je n'ai pas vu de truc de l'HAS sur le sujet, il y a des ressources militantes qui peuvent exister sur le consentement mais généralement c'est par rapport aux VSS. Mais des ressources cliniques pour les cliniciens pour dire « voilà comment on fait pour recueillir le consentement, comment ça se passe, sur quoi il faut faire attention ». Je ne dis pas que ça n'existe pas mais je n'ai jamais vu de choses passées sur le sujet. Et ça manque peut-être un petit peu parce que ça peut être des fois des ressources qui peuvent servir après d'éléments de discussion. Ce ne sont pas des trucs, voilà vous allez apprendre par cœur, ça ne sert à rien. C'est plutôt, comment vous allez intégrer ça dans votre pratique et d'avoir des temps d'échange là-dessus. Je pense que ça, ça ferait avancer un peu les choses. Mais comme il n'y a même pas la ressource et comme je te disais, la partie sociétale militante ce n'est qu'un bout du truc. Je pense que ça c'est un truc qu'il faudrait peut-être un peu développer, si tu t'ennuies !

C'est une bonne idée !

Et je ne sais pas si tu connais quelque chose là-dessus ?

Je pensais au guide de bonnes pratiques de l'ordre mais qui est plus là pour parler d'une relation thérapeutique saine. Un guide de bonnes pratiques ? ça ne me parle pas plus que ça...

Ouais mais le truc de violentomètre et tout ça... Moi je trouvais que ce n'était pas ... J'avais vu ça le truc du déontomètre, c'est ça ?

**Oui, l'outil où le patient peut cocher et après il voit en fonction des pratiques de son kiné.
Oui je vois bien ce que c'est.**

Tu vois, je trouve que c'est intéressant pour le patient pour le coup mais en même temps, je ne sais pas si c'est étudié ces trucs-là. Si c'est valide. Je sais que c'est basé sur une déclinaison du violentomètre je crois pour les VSS parce que ça, ça existe plus en général sur les VSS. Ça non plus, je ne sais pas si c'est étudié, si c'est validé. Parce que je suis assez septique sur l'intérêt du truc oui mais enfin voilà... Je n'en sais rien si ça marche ou pas. Si un jour tu tombes sur un truc là-dessus, je serai intéressé. Mais pour le coup, je ne suis pas convaincu. C'est utile pour le patient, peut-être. Mais pour le professionnel, je trouve que ça n'aide pas à progresser dans sa pratique. Soit il est en pré-contemplation et il va bazarder le truc. Soit il s'est déjà remis en cause et il se dit que bon c'est évident... Même en étant intéressé sur le sujet, je ne me rends pas compte que je ne le fais pas pour tout le monde de demander le consentement explicite. Je trouverai que ce serait dommage que ce soit une obligation presque légale de demander le consentement explicite pour tout ce qu'on va faire. Je trouve que ce n'est pas une relation saine. Dans le sens où si jamais par mégarde, on oublie une fois et qu'on soit attaqué... ça veut dire que les gens partent en vrille totale dans leur cerveau, c'est n'importe quoi. Il faut que ce soit bien fait et voilà. Pour que la pratique réflexive soit bonne, il faut le temps, se poser et former les gens à la pratique réflexive, tout ça... Mais ça manque de ressources du coup.

Justement par rapport à ça. Le fait qu'il ne faudrait pas que ce soit inscrit pour pas qu'on nous tombe dessus dès qu'on ne demande pas consentement... mais pour vous, demander le consentement, ça va jouer quel rôle dans la relation que vous allez créer avec votre patient ?

En fait, ce n'est pas demandé le consentement. C'est d'avoir peur de ne pas l'avoir fait. Donc du coup d'être dans un monde enfin pas sécuritaire mais... Ce qui me poserait problème c'est que mon attention soit plus portée sur « est-ce que j'ai bien posé la question » plutôt que comment je vais aider à résoudre le premier patient. Je ne veux pas que ce soit une obligation quelle que soit l'acte, la manière, quel que soit le truc. Si la personne me dit « Ben non, ne me le posez pas », « si je vous le pose parce que c'est obligé » ... enfin non je ne veux pas que ça aille jusque-là. Je veux que ce soit important pour la personne, je veux que ça fasse sens par rapport à la conversation qu'on peut avoir, je veux que ça fasse plein de choses mais je ne veux pas que ce soit une obligation légale. Parce que si ça devient légal, pour moi c'est un problème. C'est

que en fait, je n'ai pas envie que les professionnels s'intéressent plus à ça et parce que la médecine défensive, c'est un fléau pour la société. Quand je suis arrivé à l'hôpital mais un truc de fou... Parce que du coup je travaillais en libéral donc on ne communique avec personne donc on n'a pas l'habitude. Mais du coup que j'arrive à l'hôpital, les compte-rendu, le machin, ouais t'écris... et du coup j'ai demandé « mais vous lisez ? » non, non mais c'est juste pour écrire ce qu'on a fait. Comme ça, si on nous attaque au moins on a des preuves qu'on a fait tout ça. Ah ouais... On en est là quoi ! En fait la médecine défensive où tu vas faire des imageries aux lombalgiques parce que si tu ne la fais pas et qu'il y a un truc, on pourrait t'attaquer parce que tu n'as pas fait l'imagerie. Donc du coup, tu fais un excès d'imagerie, donc tu te retrouves avec plus de lombalgiques chroniques etc. Je veux dire que la médecine défensive où on sent que le professionnel s'intéresse plus à sa défense légale plutôt qu'à aider la personne, ça me poserait problème. C'est dans ce sens-là que je veux dire que je ne veux pas que ça devienne obligatoire légalement. En termes de mode juridique. Je ne pense pas que ce soit nécessaire de l'explicitier à chaque fois. Cliniquement, je veux dire. Des fois, sur l'effet temps, sur la zone, sur comment on sent la personne ... il y a quand même beaucoup de facteurs qui je pense modulent ça. Il faut toujours l'avoir en tête, oui ça c'est une évidence.

OK ça marche. C'était intéressant, merci beaucoup en tout cas d'avoir répondu présent pour cet entretien.

Derien, super.

Annexe 4 : Retranscription de l'entretien C

Merci beaucoup d'avoir répondu à mon annonce sur Twitter pour réaliser cet entretien. Du coup, il sera enregistré et je voulais juste préciser qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses par rapport à ce que tu me diras. C'est juste pour essayer de comprendre comment tu travailles. Est-ce que tu pourrais commencer par te présenter sur le plan professionnel ?

Alors je suis kiné, je travaille en libéral, je suis titulaire de mon cabinet, donc dans un cabinet qui est dans un gros village. On est à 2000 habitants dans le village, donc voilà petite commune avec deux cabinets. On est donc quatre kinés dans le cabinet, j'ai trois collègues qui sont collaboratrices libérales et dans le même cabinet, on a intégré aussi un cabinet de psychologie et un cabinet de psychomotricité.

D'accord. Et je crois qu'auparavant tu m'as dit que tu avais eu d'autres expériences professionnelles en pédiatrie, entre autres. C'est bien ça ?

Oui, si on remonte un peu plus loin, alors je fais beaucoup moins de pédiatrie maintenant, notamment de la kiné respi parce qu'il y a beaucoup moins de demande dans nos campagnes profondes. Alors qu'il y a une époque où j'ai travaillé en ville, en métropole lilloise, la grosse agglomération, beaucoup de collectivités, beaucoup de demandes en kiné respi. J'étais assez impliqué, je m'étais intégré dans le réseau, il y avait un réseau bronchiolite sur la métropole et j'étais intégré dedans donc j'en faisais beaucoup. J'aime beaucoup ça et bon, j'en fais moins maintenant par la force des choses.

Ok, ça marche. Et du coup aujourd'hui tu fais de la kiné libérale, un peu généraliste, avec une approche musculo-squelettique globalement ?

C'est assez généraliste parce qu'on n'a pas des milliards de kiné dans le secteur, donc on est un peu obligé de faire un petit peu de tout. Mais oui, une grosse prédominance de musculo-squelettique quand même. Et puis à côté de ça, un petit peu de neuro, un petit peu de respi, un petit peu de respi pédiatrique, on en a vu un petit peu plus cette année-là suite à la grosse épidémie de bronchiolite. J'ai multiplié par quatre mon nombre de bébés habituels pour un total de quatre. Je ne fais plus de périnée. J'avais fait de l'uro-gynéco pas mal de temps et puis à un moment donné, il faut réussir à se recentrer et à choisir ses orientations de formation. On ne peut pas tout faire. Donc j'ai lâché ça. Et ça je n'en fais plus.

Ok, d'accord, ça marche. Comment ça se passe dans les grandes lignes ta première séance avec un nouveau patient que tu reçois dans ton cabinet ?

Alors, on commence bête et méchant par l'administratif, donc je le reçois dans le bureau, on enregistre tous les éléments nécessaires et ensuite en général, on s'oriente vers un box. Alors, j'ai une grande salle de gym et puis plusieurs petits box. On a chacun le nôtre. A partir de là, je m'installe avec les gens. En général, j'essaie de les orienter plutôt à s'asseoir sur le fauteuil plutôt que d'aller directement s'allonger parce qu'il y en a certains qui vont plutôt partir là-dessus. Et puis, on attaque une petite discussion, un bilan avec une anamnèse, etc. Pour le moment, je suis toujours sur des créneaux de 30 minutes. Quitte à déborder éventuellement, donc j'envisage de passer à 1 h. Je ne l'ai pas encore fait. Globalement sur 30 minutes, en général on est un peu short. J'arrive à dégrossir un petit peu le tableau. Alors selon les cas, des fois c'est largement assez et des fois pas. Donc soit on déborde, soit on complète la séance suivante, on termine.

D'accord, ça marche. De mon côté, pour mon mémoire, j'ai décidé de travailler sur le recueil du consentement par les kinés. Et du coup je voulais savoir dans ta pratique, quelle est la place que tu accordes au consentement dans tes séances avec tes patients ?

Disons que je lui accorde suffisamment de place pour donner un cours sur la question aux étudiants kiné de l'école d'à côté.

Ah oui super !

Techniquement, ce n'est pas un cours spécifiquement dédié au consentement... C'est la première fois cette année que je le donne d'ailleurs, donc je suis en train de travailler dessus. Et je lis pas mal de choses. C'est un cours d'une part sur les régimes de responsabilité, donc tout ce qui est responsabilité civile et autres auxquels on est soumis. Et à côté de ça, il y aura aussi quelques heures sur la déontologie et voilà donc sur le consentement, on est à cheval sur ces deux sujets là.

Oui, tout à fait ok. Et du coup en pratique, comment ça se passe avec tes patients ?

En pratique, en pratique, en pratique ? Bon en gros, j'essaie de respecter les choses telles qu'elles doivent être faites. Quand on termine le bilan etc, et qu'on discute avec le patient, on discute ensemble des orientations qu'on souhaite prendre, de ce que je leur propose par rapport à ce que je pense intéressant. Leur demande, leurs objectifs, mes objectifs et voilà qu'on soit raccord

ensemble pour avancer dans la même direction. Là où il peut y avoir des frictions, c'est toujours la même chose. Et si l'on est un petit peu en marge du consentement... C'est sur les attentes des patients qui parfois, il y en a certains qui sont très demandeurs de passif ou ont eu d'autres expériences, etc. Donc du coup, il faut qu'on se mette d'accord sur la façon de pratiquer et qu'on soit raccord ensemble. Donc, une fois que ça s'est mis en place, quand on lance des exercices parce que c'est souvent ça quand même. Voilà, j'essaie de leur expliquer le pourquoi. C'est important pour moi qu'ils comprennent ce qu'on fait, pourquoi on le fait et pas juste aller faire des squats et basta. Voilà, j'essaie d'une part de leur faire comprendre le pourquoi et d'autre part de valider leur agrément sur la question. À partir du moment où ils ont compris pourquoi on le faisait, en général ça ne pose pas tellement de soucis. Et après par contre en pratique sur la façon de demander le consentement. Je trouve que dans la réalité, dans la pratique, on est quand même moins orthodoxe que sur le papier on va dire. Je ne sais pas si tu vois ce que je veux dire. Voilà, quand on doit l'écrire, quand ça doit être écrit noir sur blanc dans le code de déontologie, on est quand même très sûr de l'explicite alors qu'en vrai, dans la vraie vie, je trouve que je ne demande pas forcément « est ce que vous êtes d'accord pour faire ces squats ? Vous êtes d'accord pour tel ou tel mouvement ? ». Voilà donc je le fais globalement mais pas de façon forcément hyper explicite ou il ne faut pas que ça devienne trop lourd dans l'échange, dans le dialogue non plus. Donc, il y a des choses qui sont explicites, d'autres qui sont implicites, qui sont plus ou moins sous entendues. Et voilà, je trouve que dans la vraie vie, on est moins caricatural que dans la théorie on va dire.

Quand tu parles de choses implicites, c'est à dire ?

C'est à dire que du moment qu'on a fait un exercice et qu'on passe au suivant, je ne vais pas leur redemander forcément systématiquement leur accord pour tel et tel mouvement, etc. Du moment qu'on est d'accord, qu'on est dans une dynamique où on alterne d'un exercice à l'autre en fonction de la fatigue, on ne reste pas des heures sur le même exercice, on en fait un certain nombre les uns après les autres, tranquillement, avec des petites pauses, des choses comme ça. Je ne sais pas si j'ai raison ou tort dans ma façon de pratiquer, mais en tout cas en vrai, c'est comme ça que ça se passe. C'est pour des choses qui sont quand même relativement soft. Après, dès qu'il y a besoin de toucher ou quoi, je suis aussi relativement prudent et ce sera peut-être l'objet d'une question suivante. Je ne sais pas trop ce que tu attends.

Tu peux en parler maintenant et puis on verra après. Enfin, il n'y a pas vraiment un ordre précis.

Après voilà, globalement là je te parle un petit peu des instructions. Quand je leur demande de faire telle ou telle chose. Après, en pratique, quand il y a besoin de guidance sur un mouvement ou de toucher le patient en général, pareil toujours avec une prudence entre guillemets. Je ne sais pas si c'est le mot le plus adapté. Mais globalement voilà, j'essaie de leur dire, j'essaie d'y aller doucement et de leur demander toujours si je peux toucher à tel endroit ou... notamment les dames. Clairement, je prends plus de gants avec les dames qu'avec les messieurs par la force des choses et à fortiori. Si jamais ça se passe dans un box et qu'on n'est pas dans la salle de gym, forcément là ce n'est juste pas envisageable de faire autrement. Donc voilà. Je fais comme ça. Sur les exercices, s'il faut guider une rétroversion par exemple si on est sur un tapis de sol et que je guide une rétroversion. Non seulement, je leur demande aussi si je peux poser les mains, mais alors il se trouve qu'il n'y a pas que... C'est là qu'on fait aussi la différence un peu entre la théorie et la pratique. C'est qu'il n'y a pas que les mots qui comptent, il y a la façon de le faire. Et je trouve que ça doit être dans la façon de poser tes mains. Si tu vas poser tes mains de part et d'autre du bassin sur les hanches de la personne pour l'accompagner ou si tu vas juste poser... Alors moi comme je le fais en général, je pose du bout des doigts le pouce d'un côté, l'index de l'autre et j'essaie d'accompagner le mouvement comme ça. Sans poser la main à plat en fait. En restant un petit peu du bout des doigts, de façon un peu superficielle, vraiment prudente, pour que les gens soient plus... ne soient pas gênés par ça et qu'il n'y ait pas lieux d'avoir des sous-entendus quel qu'il soit.

D'accord, ok. Et tout à l'heure, tu disais que tu ne vas pas leur dire est ce que vous êtes d'accord pour tel acte ? Surtout quand on enchaîne des exercices. Mais du coup, au niveau de l'information que tu leur donnes, tu vas leur expliquer globalement, par exemple l'exercice que tu veux faire, et tu leur demandes s'ils sont d'accord d'enchaîner plusieurs d'exercices. C'est bien ça ?

Oui, oui, globalement, voilà, du moment qu'ils ont compris un petit peu le principe. Après, je ne refais pas une explication complète à chaque exercice. Donc globalement je leur ai expliqué pourquoi on faisait les exercices, qu'on allait proposer plusieurs choses et puis on les met en route et ce n'est pas linéaire. Je veux dire, il y a toujours un feedback et on voit en fonction de comment l'exercice se passe. Je suis à côté d'eux, je ne suis pas barré. Donc forcément quand on fait des exercices, on en parle, ils me disent ce qu'ils ressentent, on adapte, on charge un peu

plus si c'est léger, si c'est un peu sensible, éventuellement on relâche. Voilà, enfin on est toujours dans l'échange. Ce n'est pas des communications à sens unique. Je voulais juste te dire que ça, ça fait partie des choses qui ne sont pas forcément explicites mais qui rentrent aussi dans l'implicite. Donc ça fait des moments de bâillement dans lesquels ils peuvent faire remonter soit sur la charge ou la facilité ou la douleur, soit sur... quand ils ont des questions à poser, en général ils les posent aussi. De toute façon, les gens sont quand même relativement à l'aise dans la façon dont on fonctionne. Donc quand il y a des questions à poser, un dialogue à poser, ça s'incruste très bien dans les séries d'exercices et ou entre deux.

Ok. Et justement, est ce que ça t'est déjà arrivé qu'un patient te dise qu'il n'a pas envie de faire quelque chose que tu lui proposes. Comment ça se passe quand il y a un patient qui montre un désaccord ?

Ça dépend, ça dépend. C'est un peu à la tête du client... c'est à dire, les gens on les connaît, il y a beaucoup de gens qu'on connaît pas mal. Alors, selon la situation, selon le patient, sa personnalité, etc. Alors on entend ce qu'il nous dit et soit on va voir si on peut adapter, si on insiste, si on lève le pied et qu'on entend et qu'on laisse courir. Je ne vais pas forcément renoncer dès que la personne commence à râler... C'est bien d'écouter les gens, mais il faut savoir. Il faut savoir aussi y aller avec un peu de recul, parce qu'on n'est pas là non plus pour faire tout ce qu'ils nous disent. Et du coup, la première intention, c'est selon comment ça se passe. Quand j'ai l'impression que c'est quelqu'un qui n'a juste pas envie de faire d'exercices et qui a toujours eu des massages au préalable et qui est plutôt demandeur de ça, qui n'est juste pas très motivé, qui n'a pas forcément une..., entre guillemets, une bonne raison de ne pas vouloir insister sur l'exercice. Je vais commencer déjà par en parler, par discuter, par essayer d'expliquer l'intérêt de l'exercice, pourquoi on le fait et revenir là-dessus. Si ça ne suffit pas, proposer d'adapter, de baisser la charge, s'il ou elle trouve que c'est trop lourd. Et puis on voit après, on se réadapte aussi là-dessus. Soit la personne entend ça et on essaie de refaire autre chose, quitte à l'adapter, soit elle n'entend pas du tout. Dans ce cas-là, il faut voir... je ne sais pas trop. C'est un peu difficile de ne pas avoir un cas réel sous les yeux, mais là il arrive qu'on arrête ce qu'on était en train de faire, qu'on passe à tout autre chose, à d'autres types de mouvements, à voir éventuellement à... ça m'est arrivé il n'y a pas très longtemps, j'avais une dame qui était très demandeuse de passif et au final on a trouvé un compromis par exemple où on lui faisait faire quand même quelques exercices sur une bonne moitié de la séance et je l'emmenais dans le box. On terminait en massage sur la fin de séance. Au final, ça s'est plutôt

bien goupillé comme ça parce ça a permis quand même qu'elle se renforce et qu'elle s'améliore. Les massages, elle en ressentait beaucoup de bien parce que voilà, c'était son attente. Elle avait déjà eu de bons résultats parce qu'elle avait eu un problème controlatéral à peu près identique qui avait bien fonctionné avec du massage. Donc voilà, ça répondait aussi à ses attentes et je pense que l'un dans l'autre, on a pas mal progressé. Alors à l'heure actuelle, ce n'est pas tout à fait réglé, mais son problème a bien évolué. Donc en l'occurrence, dans ce cas-là, on avait trouvé un compromis, couper la poire en deux. Voilà, c'est un cas. Il y a différentes situations et on essaie de s'adapter à chaque fois.

D'accord. Et justement, est ce que tu as une formulation pour suggérer au patient que s'il ne veut pas faire cet exercice, ou une technique qu'il peut l'exprimer par exemple ?

Je ne vais pas forcément le dire de cette façon-là, en leur disant « si ça ne vous va pas, on en reparle ». Mais quand je leur propose l'exercice, au départ quand j'explique l'exercice, quand je leur montre, ça va plus être intégré en leur disant « on fait en fonction, vous me dites ce que vous ressentez au fur et à mesure. S'il y a une douleur, s'il y a une gêne, si ça passe et puis on voit ce qu'on fait ». Bon, dans ce cas-là, on voit si on insiste, on voit si on adapte... Et puis en fonction de ce que me dit le patient, de son verbal et de son non-verbal aussi, on adapte ou on n'adapte pas, ou on en reparle s'il y a besoin. C'est très subjectif mais il y a des gens avec qui on se dit qu'il faut savoir insister un peu sans être lourdingue non plus, puis d'autres avec lesquels ce n'est pas forcément le cas, où il faut être beaucoup plus à l'écoute. Et certaines personnes, quand on commence à avoir des premiers signes de faiblesse, même si ce n'est pas forcément eux qui arrêtent, des fois c'est nous qui leur disons stop alors qu'ils veulent insister. Donc oui, c'est quelque chose comme ça.

Du coup c'est important toutes ces questions de consentement pour toi, aussi vu que tu vas donner un cours en partie sur ça ! Donc j'aimerais savoir ce que ça va apporter au kiné et aux patients de questionner ce consentement ?

Ça me paraît primordial dans la relation qu'on a aux patients. C'est un prérequis. C'est un prérequis qui est quand même la base de tout. Enfin, la rigueur c'est important pour nous, mais ça devrait l'être pour tout le monde et tout le temps. Même en dehors d'un cabinet de kiné, dans les relations humaines où on n'est jamais à sens unique, faudrait toujours que ce soit en vraie vie ou dans les réseaux sociaux ou dans tous types de situations. Enfin, il faudrait être quelqu'un d'humain et de bien dans la vie. C'est être un peu empathique, c'est tenir compte des autres,

donc forcément tenir compte de ce qu'ils pensent, de ce qu'ils sont. De leur accord pour envisager des choses qui les concernent. Voilà. C'est très très vaste comme question tout ça. Oui c'est vrai. Mais c'était pour savoir, toi quand tu le questionnes, pourquoi tu le fais au final ? Pour te le dire en mode très raccourci, c'est juste, c'est une évidence. C'est une question de respect pour les gens. Pour les gens et puis accessoirement pour le retour, l'image que l'on va donner aussi de nous en tant que professionnels et de la profession au sens large. Les gens sont... extrapolent énormément. En général c'est le kiné qui les voit par rapport au reste de la profession. Si tu as trainé un peu sur twitter, tu as vu les témoignages de gens qui disent « les kinés, c'est de la merde parce que moi j'ai eu des électrodes et que ça n'a servi à rien ». Voilà. Fin. Les gens résumant facilement une profession à l'expérience qu'ils en ont eu. Et donc c'est une question d'image, ce qui n'est pas forcément le critère le plus important. Mais oui, c'est vraiment une question de respect, de dignité humaine.

Et justement, est ce que tu as déjà rencontré des patients qui disaient ben oui, là de toute façon je suis chez le kiné, donc c'est bon...

Oui, pour qui leur présence fait acte de délégation.

Oui, voilà. Et du coup qui ne comprennent pas pourquoi tu leur demandes. Comment ça se passe avec ces patients-là ?

Pareil, ça dépend toujours de la personnalité de la personne qu'on a en face de nous. Mais globalement, j'essaie d'éviter d'être lourdingue et de leur faire des grands cours théoriques sur la question. Parce que ça, ça ne passe pas toujours bien. Mais voilà, j'essaie de leur expliquer en deux mots que si si, c'est important qu'ils ont le choix, que c'est leur corps et qu'ils ont toujours leur mot à dire quoi qu'il arrive. Voilà, quand il y a des gens avec qui on en discute deux minutes et qui me disent que pour eux c'est naturel et que c'est comme ça et que ça les soule, que je les embête en leur posant la question en gros. Dans ce cas-là, j'essaie d'être un peu moins insistant, forcément, mais... Voilà, j'essaie de m'adapter aussi à ce qu'eux demande. Du coup, voilà toujours du bout des doigts si je dois les toucher ou les maintenir. Et voilà, s'il y a un soutien-gorge à dégrafer, de toujours poser la question. Ou le signifier. Donc tu vas être moins insistant, tu t'adaptes à ce qu'eux te disent mais globalement tu vas garder ça en tête et veiller à le questionner. Oui, c'est plus qu'une question quelque part le consentement, c'est une attitude. C'est une philosophie. Je pense à un monsieur que je vois assez régulièrement, pour qui j'ai besoin d'aller masser assez en profondeur dans la fesse de chaque côté. Alors lui, il ne

se pose pas trop de questions. En général quand on passe en massage, il descend le slip directement, en dessous des fesses et puis on en parle plus. Donc voilà, pour lui la question ne se pose pas trop ou il n'est pas embêté. Par contre, j'ai remarqué que quand on a fini de masser ces zones-là, il le remonte assez rapidement quand même. Donc voilà, même pour les gens qui semblent être à l'aise des fois, il ne faut pas être trop à l'aise de l'autre côté non plus ! Donc voilà, donc dans ces cas-là, il faut toujours rester à l'écoute. Toute façon, si c'est dans le cas spécifique d'un soutien-gorge ou d'une culotte ou d'un slip à descendre là je poserai systématiquement la question parce que ça, il n'y a pas moyen que ce soit ambigu d'une manière ou d'une autre. Et c'est pour des cas un peu plus particuliers. Si tu veux des exemples un peu concrets, ce qui arrive ce sont des dames, ou parfois plutôt souvent des jeunes filles d'ailleurs qui mettent des brassières. Je pense à une jeune patiente de quinze ans, je crois, qui systématiquement est en brassière parce que c'est comme ça qu'elle s'habille, elle fait bien ce qu'elle veut la pauvre. Mais par contre elle venait me voir pour des douleurs inter-scapulaire et j'avais vraiment besoin d'accéder à la zone parce que je la prenais en partie en massage. Donc, dans son cas elle se qu'on faisait en fait systématiquement. Je lui ai dit de façon tout à fait explicite, je sors le temps qu'elle enlève la brassière et qu'elle se remette sur le ventre, sur le drap et puis comme ça ensuite je m'occupe de son dos et une fois qu'on a terminé, je ressors. J'attends qu'elle se remette la brassière tranquillement. De toute façon, quoi qu'on fasse, il faut le faire de façon verbalisée et claire entre les personnes.

Et justement, tout à l'heure, tu disais que le consentement, ce n'est pas juste des paroles, c'est un tout. Enfin, c'est un peu une philosophie. Et qu'est-ce que tu mets derrière tout ça quand tu dis que c'est une philosophie ?

Ça va regrouper toute la démarche qui va avec, ça englobe le discours, la façon de toucher les gens avec une certaine prudence. Sans avoir trop de proximité, le discours, les gestes puis la démarche du kiné qui la met en œuvre.

Ok, oui ça marche. Et je voulais te demander, est-ce que pour toi il y a des soins ou des choses dans ta pratique qui ne requièrent pas de consentement ?

Alors, je ne sais pas si ça répond à la question. C'est peut-être un peu en dehors des clous. Mais si les patients eux, dépassent les bornes quelque part ou ne sont pas à leur place ou ont des attitudes qui ne conviennent pas, dans ce cas-là, je ne leur demande pas leur avis. Il y a des choses qui ne sont pas négociables. Je pense à un ... quand j'ai eu ma collègue, la première

collègue qui est arrivée quand on n'était qu'à deux. Je lui ai confié un des patients que je suivais jusque-là et qui était un monsieur genre caricature du vieil agriculteur gentil, grande gueule un peu frustré pour faire simple et avec moi, je n'avais jamais eu de soucis avec ce monsieur là, ça se passait très bien, sans soucis. Dans les premières séances avec elle, il a commencé à sortir des trucs un peu graveleux, à lui faire des remarques. Par exemple, quand elle lui avait montré, je me souviens qu'elle lui avait demandé de faire des rétroversions du bassin et il lui a expliqué que si elle grimpeait sur lui, ça se passerait mieux en rigolant. Ce n'était pas du harcèlement mais c'est quand même franchement lourdingue hein. Je suis tombé un peu de haut parce... j'ai eu plusieurs cas comme ça, ou avec ce monsieur là en l'occurrence, je ne m'attendais pas du tout à ça parce que je n'avais jamais eu de soucis. Peut-être parce que j'ai le privilège d'être un mec et qu'on est moins emmerdé avec ce genre de problématique quand même. Et du coup, par rapport à ce genre de choses, il n'y a pas de négociation. Soit le patient, il sait qu'on rentre dans les clous, soit pas. En l'occurrence ce n'est pas moi qui suis allé le voir. Parce que voilà, ce n'est pas non plus à moi de faire du mansplaining et expliquer au patient ... Ma collègue était assez grande pour le faire elle-même. Elle a assez de caractère, pour ça, il n'y a pas de souci ! Mais voilà, ça s'est réglé gentiment, on le voit toujours ce monsieur. Mais si les gens sortent des clous avec des remarques déplacées ou des avis politiques qui n'ont rien à faire là ou des choses comme ça, là par contre, on sort un peu du cadre du soin bienveillant et on n'est plus dans le même contexte. Donc là on dit les choses clairement aux gens. Et puis si ça ne va pas, ils connaissent la direction de la sortie, puis voilà. Ça nous est arrivé mais c'est très rare. Je crois que deux fois c'est arrivé qu'on ait quelqu'un qui finisse à la porte.

Ok, ça marche. Du coup, ça c'est la seule situation où du coup tu vas être plus directif.

C'est ça. Voilà, ce n'est pas tellement une question de consentement. Là en l'occurrence, on est un peu en dehors de ça, mais là, dans ces cas-là, il faut savoir être un peu ferme quand il y a besoin quoi. Tout en restant poli, ce qui n'est pas toujours facile, mais il faut, on n'a pas le choix.

Oui, c'est clair. Et je voulais te demander aussi, tu m'as dit que tu allais donner un cours sur le consentement et depuis que tu es diplômé j'imagine que ça a beaucoup évolué en fait toutes ces questions-là autour du consentement. Du coup, je me demandais comment ça a changé pour toi ?

En pratique depuis que j'ai commencé à bosser, je dirais qu'on le verbalise et on le formule beaucoup plus, on y pense beaucoup plus on le fait de façon consciente alors que ça n'a pas fait une révolution dans ma pratique depuis que j'ai commencé à travailler. Parce que clairement, déjà en 99, je vais demander la permission pour dégrafer un soutien-gorge. Encore heureux ! Mais on ne se posait pas tellement la question dans ces termes-là. Peut-être qu'elle se posait. En tout cas, moi je ne me la posais pas forcément à l'époque où ça ne faisait pas partie de mes priorités intellectuelles on va dire. Et oui, certainement qu'aujourd'hui j'ai aussi eu quelques années pour y réfléchir. Et puis on en parle aussi. L'avènement des réseaux sociaux a aussi pas mal aidé, notamment sur Twitter. A priori je ne fréquente pas Facebook, mais c'est un peu le boxon semble-t-il de ce côté-là. Mais il y a quelques groupes de discussion sur Twitter où on a des choses qui sont intéressantes, qui se disent. Il faut faire le tri. Mais le groupe de la #TeamKiné, en l'occurrence, ça doit te parler. On est plutôt des kinés orientés EBP et plutôt progressistes entre guillemets, en toute modestie ! Ce sont des gens avec qui on aborde ce genre de problématiques assez régulièrement. Et je sais que ça m'a aussi aidé pas mal à faire avancer ma démarche à ce niveau-là.

Oui, je vois ! Merci pour tes réponses. Est-ce que tu voudrais rajouter quelque chose par rapport au consentement ?

Bah écoute, non, éventuellement, je ne sais pas si ça peut t'intéresser. Pour ton mémoire, j'ai une anecdote un peu zarbi de situation qui ne m'est pas arrivé à moi directement et je ne sais pas si ça peut t'intéresser un truc comme ça. Dans une vie antérieure aussi, il y a quelque temps, j'ai siégé quelques temps au conseil de l'ordre départemental dans le Nord et à l'époque je faisais de l'uro-gynéco, même si je n'en avais pas fait, je pense que ça m'aurait semblé évident. On avait reçu un courrier une fois d'une patiente qui s'interrogeait. Ce n'était pas vraiment une plainte, c'était un courrier où elle s'interrogeait sur les pratiques du kiné qui l'avait prise en uro-gynéco en expliquant que le monsieur, je ne sais plus exactement comment elle le décrivait ... mais en gros, elle décrivait un toucher pelvien qui lui a priori décrit comme elle le disait, ça posait pas trop de soucis ... tout en expliquant qu'en même temps, il avait un discours complètement déplacé en lui demandant si ça faisait du bien, enfin des trucs pas du tout correct. Il y avait un genre de grand écart entre le geste et la pratique. Et donc la dame se posait des questions. Donc en l'occurrence, on lui avait répondu. Mais il y a des façons de pratiquer en termes de respect de la personne qu'on a en face de soi qui posent question quand même. En l'occurrence dans l'uro-gynéco, il n'y a pas que le geste technique qui compte. Il y a tout ce qui

va autour. Le bilan est primordial, l'interrogatoire aussi, le dialogue et la confiance avec le patient qu'on a en face de soi. Si on n'a pas tous les éléments qui matchent ensemble pour que ça se passe bien... Donc le discours fait autant partie prenante du reste que le geste. Oui, tout à fait. C'est très anecdotique. Je ne sais pas si ça peut te servir d'illustration ou pas. Oui, on en revient à ce que tu disais tout à l'heure par rapport au fait que tout compte. Oui, exactement. J'imagine que le bonhomme, il lui avait certainement demandé à la dame, « est ce que je peux insérer mes doigts ? Etc ». Mais ça ne suffit pas quelque part. Il n'y a pas que des formules toutes faites, il y a tout, tout le contexte.

Merci, c'est une parfaite illustration. Pour le coup, c'est clair que c'est concret. Merci beaucoup d'avoir participé à cet entretien. C'était très enrichissant.

Annexe 5 : Retranscription de l'entretien D

Merci beaucoup d'avoir répondu présente à mon annonce. Avant de commencer, je voulais juste te préciser qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses. C'est pour comprendre comment tu vois les choses et avoir ton opinion sur le sujet. Si à un moment, tu as des questions ou si tu ne souhaites pas répondre ou arrêter l'entretien, il n'y a pas de problèmes. Pour commencer l'entretien, est ce que tu pourrais te présenter sur le plan professionnel ?

Oui, bien sûr, pas de soucis. Du coup, moi c'est *** je suis diplômée de 2017 de l'IFMK de *** du coup. Depuis j'ai fait plusieurs formations dans plusieurs domaines. Je travaille en libéral donc j'ai une patientèle assez variée. J'ai aussi créé un podcast qui parle de santé, féminisme dans la santé. Notamment sur les sujets du consentement donc c'est trop cool.

Oui, j'ai justement un de mes profs qui m'avait conseillé ce podcast il y a un mois et j'ai tilté hier en fouillant sur internet.

Si c'est le mien car il y a pas mal de kiné qui font des podcasts sur le sujet. On est plusieurs à avoir traité le sujet du consentement. Si ça t'intéresse, je t'en enverrai certains, des liens, des sources, qui parle de ça. Je suis actuellement en master de santé publique pour travailler dans la promotion de la santé en même temps que mon activité libérale ! Voilà !

Ça marche, est-ce que tu as une spécialité dans ta pratique en libéral ?

Mes PEC sont assez généralistes, on a tous types de patients.

Ok. Je voulais te demander comment se passait ta première séance avec un nouveau patient avant de faire ton examen clinique ?

Alors quand j'ai un nouveau patient qui vient, on commence par tout ce qui traite de l'administratif. Avant qu'il arrive au cabinet, déjà au tel pendant la prise des RDV, on a une liste d'attente donc au fur et à mesure que je prends les patients dans la liste d'attente, déjà au téléphone avant le premier rdv, on leur explique un petit peu les détails de comment ça va se passer au niveau du premier rendez-vous. On leur dit des choses toutes simples, que pendant le premier rdv il va y avoir le bilan, au cabinet on enlève les chaussures donc on les prévient et si jamais ils ont des soucis, ils peuvent prendre des chaussures d'intérieur ou des chaussons. On leur dit qu'on commence par le bilan et qu'il y aura pas mal de questions. S'il y a des choses particulières qu'ils veulent préparer, qu'ils peuvent le faire. Et qu'ils n'oublient pas l'ordonnance, carte vitale

... enfin bref, les choses de bases. Après le premier rdv, tout d'abord je commence par le côté administratif avec la carte vitale, ordonnance, je scanne un peu tout ça et après on passe dans une autre salle. On a chacun notre salle privée. Pour le coup, on est seul avec le patient. On commence par l'interrogatoire au début, je fais un interrogatoire plutôt classique donc nom, prénom, âge etc... Je n'essaie pas de savoir ce qu'il y a d'écrit sur l'ordonnance, mais j'essaye de savoir pourquoi ils viennent concrètement. C'est quoi leur demande. En fonction de ça, je leur explique notre manière de travailler, la manière dont ça va, j'essaye de voir avec eux s'ils ont des questions particulières. Je leur demande aussi pourquoi ils sont là. Après je leur explique ma manière de travailler, je vois avec eux s'ils sont d'accord avec cette manière de travailler. Je travaille beaucoup en actif, je ne fais pas beaucoup de massages etc... Ça arrive, je ne suis pas fermée là-dessus. Mais je leur explique, je leur demande leur point de vue dessus et je vois avec eux. Je prends en compte leur avis parce que c'est vrai qu'il y a toujours des idées reçues sur ce que c'est une séance de kiné. J'essaye de voir avec eux par rapport à ça si ça correspond à ce qu'ils s'imaginaient ou non et voilà. Après on passe à l'examen clinique.

D'accord. Du coup, mon sujet de mémoire porte sur le recueil du consentement par les MKDE. Alors j'aimerais savoir quelle est la place que prend le consentement dans ta pratique ?

Le consentement, en gros pour moi ce n'est pas juste « je propose des trucs » et le patient me dit oui. Ce n'est pas ma façon de voir le consentement. Ce n'est pas non plus juste demander l'autorisation au patient avant de le toucher. Le consentement c'est vraiment l'échange avec le patient, je vais proposer des choses et il me dit « oui/non » mais lui aussi, il peut me proposer des choses, il peut me dire si par exemple à la dernière séance, on a fait tel exercice et ça ne lui a pas plu, qu'il n'aimerait pas le refaire. On trouve une entente. Après, il y a tout ce qui est ... bien évidemment le consentement au toucher, nous on a l'habitude de voir des gens dénudés, de les toucher et tout ça mais il y a certaines personnes pour qui c'est la première fois qu'ils vont se déshabiller devant quelqu'un, un personnel de santé ou autre. En plus, il y a tout le passif, les expériences personnelles, etc... Donc ça peut faire remonter des choses, le fait de se faire toucher par un inconnu. Et aussi, j'ai été sensibilisé aux prises en charge de femmes victimes de violence. C'est vrai qu'à ce point de vue-là, j'essaye de faire d'autant plus attention du fait de cette formation. Donc voilà. A chaque séance, je demande au patient par rapport à la séance d'avant, ce qu'il a ressenti, est ce que d'après lui on peut repartir sur les mêmes bases, est ce qu'il est d'accord, est ce qu'il aimerait essayer d'autres choses. Comme le relevé de sol si c'est

une personne âgée, où des choses comme ça. Est-ce qu'eux ont des choses à proposer qu'ils aimeraient travailler aussi. En fait, pour moi le consentement c'est un peu comme un partenariat. Je parle beaucoup, n'hésite pas à me couper !

Quand tu dis que c'est un partenariat... Qu'est-ce que tu mets derrière ce mot-là exactement ?

C'est pour dire que ce n'est pas que moi qui propose et lui qui dit oui ou non. Mais c'est vraiment un échange d'idée, un échange de chose parce que le patient va savoir des choses sur sa pathologie que moi je ne connais pas car lui vit avec et moi je ne vis pas avec. Forcément, on doit jauger en fonction de ça pour le traitement qu'on va mettre en place avec lui. C'est aussi éviter les rapports de hiérarchie dans le soin. Il y a souvent le côté impressionnant, on est face à un soignant et on doit écouter ce qu'il nous dit. Eh bien non ! Le patient, c'est notre partenaire d'autant plus que c'est de sa santé qu'il s'agit donc voilà.

Justement, questionner le consentement qu'est-ce que ça va apporter à ton patient ? et à toi en tant que kiné ?

Alors, pour le patient. Déjà ça va lui faire prendre en compte que son avis compte. Que ce soit par rapport au fait de se dénuder et de se dire « ah ouais mais avant on ne me l'avait jamais demandé, pourquoi ? c'est bizarre » ... C'est tellement ancré que voilà. J'ai des femmes de 50-60 ans qui m'ont dit « c'est la première fois qu'on me demande avant de me dégrafer le soutien-gorge ». Ça m'horripile quand j'entends ça parce que ça semble tellement normal... Même eux, ça leur permet de se questionner pour voir potentiellement si un jour ils vont consulter un autre professionnel de santé qui ne le fera pas, se poser la question du « pourquoi ça ne se fait pas alors qu'avant on m'avait demandé mon avis etc ... ». Pour moi, ça me permet de me situer par rapport à leur relation avec le patient. C'est bien beau de faire mon traitement parce que j'ai prévu de lui faire cet exercice-là puis cet exercice là mais si lui, il n'y voit pas d'avantages ou d'améliorations ou ce genre de chose... C'est comme si je soufflais dans un violon. Au-delà de ça, ça permet aussi de discuter ... Par exemple, si on parle plus des exercices, d'avoir des choses qui intéressent le patient de les faire. Parce que si c'est pour lui donner mais qu'il ne les fait pas chez lui, ça ne sert à rien. Si ça se trouve ce n'est pas le cas. Mais inconsciemment, je me dis que si on a expliqué ensemble, qu'on a eu le consentement par rapport au fait d'échanger et de travailler de cette manière-là, lui ou elle va se sentir plus inclus dans sa rééducation.

OK ça marche. Tout à l'heure, tu disais que c'était une forme de partenariat que tu voulais créer avec ton patient. A chaque séance, est ce que tu vas toujours questionner s'il est toujours d'accord ? Comment ça va se passer au fur et à mesure des séances ?

C'est quelque chose que je fais à chaque séance. Pour le coup, le consentement pour moi n'est jamais acquis. Ce n'est pas parce que le patient a dit oui une fois, qu'il va dire oui à chaque fois. Un peu comme le consentement dans la vie de tous les jours. Oui, pour le coup c'est quelque chose que je réitère à chaque fois. Je ne vais pas poser la question dans le sens où « est-ce que vous me donnez votre consentement pour ça, ça et ça ». Mais par contre, à chaque fois que je vais baisser une bretelle, à chaque fois que je vais demander... J'essaye de privilégier au maximum quand le patient doit se dévêtir, que ce soit lui qui se dévêtisse lui-même. Que ce ne soit pas moi qui le fasse à sa place, comme ça, ça lui permet à lui ou elle d'avoir la main dessus. A chaque fois je dis, si ça ne vous dérange pas, est-ce que ce genre de chose... Ou est-ce que vous me permettez de... Et après il y a aussi toutes les choses comme « la semaine dernière, on a travaillé là-dessus, là-dessus, là-dessus. Qu'est-ce que vous en avez pensé ? est-ce que ça va pour vous si on refait la même chose ? Est-ce que vous aimeriez essayer d'autre chose ? ». En fait, ça prend 2 minutes par séance. Ce n'est pas très long et ça guide le traitement et le cheminement du traitement aussi.

Ok je comprends. Est-ce que ça t'est déjà arrivé qu'un patient te dise qu'il n'a pas envie de faire ce que tu lui proposes ? Comment tu réagis lorsque la personne te montre un refus ?

Il a tout à fait le droit de refuser. Ça arrive. Si par exemple, il te dit « honnêtement, ce qu'on a fait la dernière fois, je n'ai pas trop trouvé que ça avait servi à grand-chose donc je n'ai pas trop envie de le refaire, ou l'exercice m'a fait mal ou je n'ai pas trop accroché ... ». J'essaye de lui demander s'il préférerait qu'on reparte sur de l'actif mis d'essayer autre chose en lui demandant par exemple, si dans la liste des choses qu'on a fait, est ce qu'il y a quand même une chose qui l'a moins embêté que le reste et s'il est d'accord de réessayer. Si jamais, il n'y a aucune des choses qu'il a appréciés, qu'il ne veut refaire ou qu'il a estimé nécessaire, soit je pars complètement sur autre chose et on essaye de travailler d'une autre manière toujours en actif. Mais par exemple si j'étais partie plus sur du renforcement, on va essayer de faire un peu plus de mobilité. Sinon, je repars de zéro, et de faire complètement du passif et de voir avec lui/elle et lui dire que cette séance on va tenter de faire ça et on va voir ce que ça donne. On réessayera

d'évoluer au fur et à mesure des séances. L'idée c'est de ne pas se braquer si le patient n'a pas aimé ce qu'on a fait. On a le droit de se tromper aussi et puis ce n'est pas grave !

Oui, c'est vrai. Est-ce que dans ta manière de proposer ton traitement, tu vas lui suggérer qu'il peut refuser ce que tu lui proposes ?

Ce n'est pas vraiment une phrase type mais globalement, vu que je leur explique que globalement ils connaissent mieux leur douleur que moi et que ce sont eux qui vont ressentir les effets secondaires ou les effets immédiats de ce qu'on est en train de faire. Donc il ne faut surtout pas qu'ils hésitent à me dire si quelque chose ne va pas, s'il y a des douleurs ... Les exercices qui ravivent des douleurs, que ce soit immédiatement ou la séance d'après etc... Qu'ils n'existent surtout pas à remettre en question les choses qu'on fait. Parce qu'au final c'est eux qui vont vivre avec. Je leur dis que moi mon épaule va bien donc c'est à eux de me dire si ce qu'on fait, ça apporte une plus-value. Je ne sais pas si c'est dû à l'âge ou à mon discours ou des choses comme ça mais j'ai tendance à dédramatiser beaucoup de chose, à expliquer beaucoup de chose. Donc ils n'hésitent pas trop à me dire « ça, je n'ai pas trop trouvé que ça avait aidé mais par contre ça, ce qu'on a fait la dernière fois, par contre c'était vraiment mieux ». Le discours au patient, c'est vraiment quelque chose d'hyper important dans notre métier. Tu pourras être le meilleur kiné avec les meilleures techniques du monde, si ton discours est pourri, ça ne marchera pas. Si le patient n'adhère pas, ça n'ira pas.

Oui, l'adhésion au traitement est importante. Est-ce que dans ta pratique, il y a des soins ou des situations qui pour toi ne requièrent pas ce consentement ?

Non, pour moi le consentement doit être demandé pour tout et pour tout le monde. Après, je ne travaille pas avec des enfants, je ne fais pas du tout de pédiatrie car j'ai une collègue qui est vraiment spécialisée là-dedans. Je sais qu'elle, le consentement elle l'utilise pas mal avec ses petits patients. Dès qu'ils ont la capacité, je n'y connais rien aux enfants... mais dès qu'ils ont la capacité de dire oui ou non, elle leur explique ce qu'elle va faire, des choses comme ça. Elle essaye déjà d'introduire des notions de consentement avec eux. Je le fais de mes patients les plus jeunes aux patients les plus âgées. Je vois pas mal d'ados, d'adolescentEs même d'ailleurs. D'autant plus que le rapport au corps, il est difficile à cet âge-là, c'est d'autant plus important. Mais ça va aussi être le cas chez un papi qui va se faire une entorse de cheville ou de la rééducation à la marche ou des choses comme ça. Pour moi, c'est dans tout. Quel que soit la prise en charge que tu vas faire. Je vois pas mal aussi de patients qui ne parlent pas forcément

français, où il y a des barrières de la langue. Il y a quand même toujours des moyens de demander, que ce soient les traducteurs sur les téléphones, que ce soient des choses en montrant sur moi puis je leur demande si c'est OK... Enfin, voilà. Il y a toujours moyen de se débrouiller pour demander le consentement.

Ok, ça marche. Tout à l'heure tu disais que tu avais des personnes pour qui c'était la première fois qu'on leur demandait leur consentement. Avec ces personnes-là, comment vas-tu réagir ?

Je leur dis déjà que ce n'est pas normal ! On me disait que c'étaient les premières fois et on me dit « c'est parce que vous êtes jeune, ça passera ! ». Alors, je leur expliquais ce que c'est concrètement le consentement aux soins, globalement ils ne sont pas juste quelqu'un qui venait, une coquille vide et que le médecin ou le soignant ou le kiné devait dire tout ce qu'il y avait à faire, que leur corps ça leur appartenait avant tout. On ne sait jamais, que chacun a ses propres dispositions par rapport au fait de se dénuder ou de se déshabiller etc. Ce n'est pas parce qu'elles allaient chez un kiné, chez un gynécologue, chez un dermatologue, qu'il avait tous les droits sur son corps. Bien au contraire, que ça restait la personne principale à décider. Je ne sais pas si honnêtement mon discours change grand-chose dans l'idée. Mais si ça permet à certaines personnes de cet âge-là de se dire « ah ouais, j'aimerais bien qu'on me demande mon avis de temps en temps », tant mieux. Après, je ne fais pas non plus de périnée etc donc je n'ai pas de vrai formulaire de consentement que je fais remplir, sinon voilà. Je pense que si tu as l'occasion d'interroger des kinés qui font du périnée, je pense que ça pourrait être encore d'autant plus intéressant parce que pour le coup, quand tu vois toutes les dérives qu'il y a pu avoir, les cas de jurisprudence etc sur le consentement dans les rééducations périnéales ou autres qu'il y a pu avoir. Je pense que c'est vraiment quelque chose d'intéressant à explorer pour toi aussi.

Oui, tout à fait. Aujourd'hui, je m'entretiens avec les kinés qui ont différentes spécialités car c'est intéressant de voir les pratiques vis à vis du patient. Mais en effet, je pense que ça pourrait être intéressant de faire un entretien avec quelqu'un de spécialisé en périnéologie.

Les premières fois où je commençais à en discuter, c'est vrai que les kinés du sport et tout ... Ils n'ont pas du tout la même vision de la kiné presque. Eux sont plus dans la performance, des choses comme ça. C'est vrai que les sportifs ont l'habitude, enfin leur corps c'est leur outil de travail donc ils ont l'habitude de laisser les autres décider pour eux. Du coup, c'est vrai que là

je pense que c'est quelque chose qui pourrait être intéressant aussi, si tu as l'occasion, d'interroger un kiné qui travaille dans le milieu sportif. Pour le coup, je pense que la notion du corps est encore complètement différente que chez nos patients lambda, avec des gros guillemets sur le lambda parce que chacun a son histoire personnelle et tout ça. Mais du fait d'utiliser son corps comme outils de travail, tu peux encore avoir un différent point de vue.

Oui c'est vrai ! Je voulais aussi te demander par rapport à tes prises en charge. Est-ce que ton comportement va changer quand un patient arrive et te dit que tu es la kiné et qu'il te laisse faire. Comment tu vas réagir ?

Déjà je vais lui demander... s'il me dit qu'il est chez le kiné et que je dois faire ce que j'ai à faire... Je vais lui expliquer que ce n'est pas parce qu'elle a une pathologie qu'il y a un protocole à faire et que ça va être pour tout le monde la même chose. Des choses comme ça. Déjà son cas en particulier, ce qu'il en est etc. Je pense que rien qu'avec le bilan, t'arrives un peu plus à débroussailler ce genre de choses. Il y a des patients avec qui l'échange ça va être difficile. Effectivement, ils vont être là « j'ai mal au dos, faites ce que vous avez à faire ». Sous-entendu, massez-moi. Et voilà... ! Là du coup c'est pareil, c'est dans le discours où tu vas dire « alors là ok, si vous voulez on peut faire une ou deux séances de massages ou n'importe, ça va vous faire du bien, je ne dis pas le contraire mais vous verrez que potentiellement, ça ne durera pas dans le temps. Après moi ce que je vous propose, c'est qu'on essaye de partir sur là-dessus, là-dessus, là-dessus. Est-ce que vous êtes d'accord ? ». S'il me dit qu'il s'en fou et que je dois faire ce que j'ai à faire, et bien... Je lui aurai expliqué tout ce que j'avais à expliquer. Si après... Soit ça marche, puis le patient adhère et on part sur une rééducation ensemble. Soit, je vois qu'il n'adhère pas du tout à la prise en charge et ça peut arriver car au bout d'un moment, on ne peut pas s'entendre avec tous nos patients. Il y a des patients avec qui, tu auras beau faire tous les efforts, soit ça ne marchera pas parce qu'il n'y a pas d'atomes crochus, il n'y a pas de ... ou simplement, ta manière de travailler de lui convient pas. On a tous le droit de ne pas réussir à gérer avec des patients. Je me dis qu'au moins j'aurai essayé. Peut-être que la fois d'après, s'il va par exemple chez un autre kiné, il dira que le kiné d'avant aura essayé de faire ça, ça et ça et que ça n'avait pas marché. Voilà. D'où l'importance aussi de faire des courriers. Essayer de faire des courriers pour expliquer ce que tu fais quoi. Ça comptera pour ton bilan, à chaque séance. Essayer de dire ce que tu fais un peu à chaque séance, devant le patient si possible. Comme ça, il peut affirmer la chose. Après, ça c'est plus facile quand tu prends un patient par demi-heure,

c'est clair que si par exemple t'as pleins de patients en même temps, c'est compliqué de ... pouvoir gérer là-dessus.

Oui, pour le coup c'est sûr ! Du coup, depuis que tu es diplômée, depuis 2017, est-ce que ton rapport au consentement a évolué en pratiquant ?

Clairement, ça a évolué. Avant, on en parlait beaucoup moins par rapport à maintenant. Alors, c'est un peu bizarre mais je pense que le milieu médical, des soignants... enfin médical en gros, ça évolue au même rythme que la société. C'est à dire que là le consentement, on en parle un peu depuis l'époque #metoo etc. C'est vrai que potentiellement, tout ça m'a aussi fait réfléchir. Je suis assez engagée dans tout ce qui est féministe, au niveau militantisme. Ça a clairement découlé sur ce côté du consentement, etc, dans ma pratique. Je me disais que si on se bat pour le consentement dans la vie de tous les jours, on doit se battre pour le consentement aussi dans le milieu médical de la même manière. Non, clairement ça a évolué parce que dans mon école, on n'en parlait pas de fou du consentement tu vois ! Si, on demande au patient avant de le toucher mais ce n'était pas vraiment parler de la relation soigné/soignant, parler de ce genre de chose. Ça je pense que ça a plus évolué et puis c'est vrai que quand l'ordre des kinés a sorti son déontomètre, je pense que t'en as entendu parler ! Quand tu vois les réponses sur les réseaux sociaux, t'étais là « euuuuuh, alors en faaaaaait c'est hyper bien qu'ils fassent ça. On va peut-être les laisser ... ». C'est hyper important de se rendre compte de ce qui est bien et pas bien dans une relation avec son kiné. Pour le coup, c'était vraiment bien expliqué. Alors oui, certes, le kiné qui va agresser sexuellement, il ne va pas regarder sur le violentomètre, « ah oui ce n'est pas bien ce que je fais ! ». On est d'accord. Mais peut être que dans la communication, les patients en voyant ça, ou en communiquant avec d'autres patients qui l'auront vu, ça leur permettra de se poser les bonnes questions. Pour revenir, oui ça a évolué !

Oui, c'est vrai qu'en fonction des écoles, la formation sur ce sujet est bien différente.

Oui, les programmes ne sont pas uniformisés là-dessus et puis c'est vrai qu'il y a encore du boulot dans les écoles pour travailler là-dessus car c'est aussi tout une remise en question du monde professionnel là-dedans. Se dire que moi en tant que kiné, je peux avoir des gestes sans m'en rendre compte, qui peuvent être fait sans l'autorisation de la personne et ça peut ne pas être dramatique, on ne parle pas des cas extrêmes directement. Mais il y a une personne, on doit lui mobiliser la jambe, on ne va pas lui poser la question et si d'un seul coup elle a un sursaut, peut être que « ah ouais, j'aurai dû lui demander ». On se dit que ce n'est rien, qu'on lui a juste

mobilisé la jambe mais on ne peut jamais savoir ce que la personne a vécu et c'est vrai que c'est difficile de se remettre en question, ce n'est jamais évident et ce n'est jamais agréable non plus. Mais le fait d'en parler et qu'il y ait de plus en plus d'étudiants aussi qui se posent des questions, qui fassent des mémoires comme toi, qui cherchent là-dessus... C'est ce qui peut aider à une prise de conscience générale au niveau de la profession.

Oui, clairement. Au niveau des études, tous les étudiants savent ce que c'est le consentement de manière générale mais c'est en pratique que c'est plus compliqué.

Oui et il faut dire que dans les études de kiné comme dans les études médicales de manière générale, surtout en étude de kiné, on a un rapport au corps qui est quand même particulier. On a vu tous nos camarades de classe dénudés. On s'est entraîné les uns sur les autres. Quand tu exerce, tu vois tellement de corps que ça ne te fait plus rien de voir un corps. D'un côté, c'est dommage car ça désacralise tout le côté du corps et tu as l'impression limite que tu soignes une voiture. En mettant les gros clichés qui vont avec. Mais du coup, remettre un peu la notion de consentement dans ce que c'est. C'est à dire, "oui et bien le patient, je lui ai expliqué ce que j'allais faire... libre et éclairé...Et tout ça ". Mais un peu se questionner sur ce que ça veut dire concrètement que le patient soit consentant. Ça permet aussi de s'améliorer au fur et à mesure et de ne pas rester dans une théorie de « oui c'est bon, je sais ce que c'est le consentement ».

Oui, c'est vrai. J'ai une autre question par rapport à ce que tu disais tout à l'heure par rapport aux patients qui avaient eu des VSS. Justement, quand t'as des patients qui ont vécu ces situations et qui ne veulent pas aller porter plainte. Je sais que les kinés peuvent avoir un rôle dans cette démarche. Du coup, ici il y a aussi la question de consentement, savoir si la personne est d'accord. Comment tu gères ces situations ?

Alors, tu ne pourras jamais porter plainte à la place de la personne. Si elle refuse de porter plainte, toi tu ne peux pas porter plainte. C'est seulement dans les situations où il y a un danger immédiat que tu peux appeler le procureur etc. Enfin, il faut déjà réussir à trouver le numéro. Tu peux en parler avec le médecin traitant directement. Faire des choses comme ça. Mais si par exemple, la patiente te dit qu'elle est dans un cycle de la violence, que son conjoint a déjà levé la main sur elle ou a déjà eu des propos injurieux envers elle. Tu peux essayer de la convaincre d'aller porter plainte et de lui expliquer le cycle de la violence, comment ça fonctionne etc, etc. Que ça risque de recommencer, que ce n'est pas parce qu'il s'est excusé qu'il ne le refera pas. Voilà, c'est comme ça que ça fonctionne et puis voilà. Mais que si elle refuse malgré tout ce

que tu lui dis d'aller porter plainte, et qu'elle n'est pas en situation de danger immédiat reconnu alors tu ne peux pas la forcer. Tu peux essayer d'en parler avec elle et le médecin traitant mais tu ne peux pas la forcer. C'est assez délicat et c'est pareil, tout ce qui est secret professionnel, ça tombe à l'eau. Par exemple, j'ai été convoquée au commissariat pour parler d'une patiente qui m'avait citée comme témoin. Dans ces cas-là, d'autant plus qu'elle était mineure, le secret médical est caduc. C'est à dire qu'à partir du moment où si j'avais vu des plaies, des blessures, des choses comme ça, je pouvais en parler. Là en l'occurrence, je n'avais pas vu de choses particulières. Pareil, ce sont des faits, il ne faut pas extrapoler. Il faut dire que oui, la personne m'a dit qu'elle avait reçu un coup, effectivement j'ai vu un bleu à tel et tel endroit. Si par exemple, tu n'as que vu le haut du corps de la patiente, tu ne peux pas dire que peut être, il y aurait des bleus sur ses cuisses. Tu peux qu'être factuel, tu ne peux pas extrapoler là-dessus. La prise en charge patients et patientes victimes de VSS c'est vrai que pour le consentement, on est sur un niveau d'autant plus élevé car ce sont des personnes qui vont avoir d'autant plus des appréhensions par rapport au toucher. Alors, là où on a plus ou moins de la chance et ce n'est pas cool pour nos collègues masculins... Ce sont des personnes qui vont se tourner plutôt vers des femmes du coup car les violences sexistes et sexuelles sont faites à 93 % par des hommes sur des femmes. Pour le coup, ce sont des personnes qui vont chercher à être plus avec des femmes en soin et ce sont aussi des choses où on doit être préparés à avoir des patients comme ça dans notre cabinet. Parce que en général c'est 1 femme / 10. Sur une journée où tu as 20 patients, il y a potentiellement 2 personnes qui sont ou qui ont été victimes de violences. Je donne un cours là-dessus à l'IFMK de *** mais pareil, ce ne sont pas des choses qu'on a l'habitude de faire. C'est quelque chose qu'il faudrait systématiser, même au niveau de notre bilan au début. Demander à la personne si elle a été victime de violences, lui demander s'il y a des choses dont elle aimerait parler. Il y a pleins de petites choses qu'on peut mettre. Ça c'est encore tout un sujet à part !

Merci beaucoup, c'était très intéressant. Pour finir, je voulais juste savoir si tu voulais ajouter quelque chose par rapport au sujet du consentement qu'on n'aurait pas abordé.

Juste, que le sujet du consentement, souvent on pense que ça touche que les femmes. Quand j'avais commencé à parler de ça et que j'avais fait une foire aux questions pour mon podcast, il y en avait beaucoup qui m'avait répondu « oh moi j'ai appris du consentement en étant avec ma femme, ma fille, mes sœurs... ». En fait le consentement, c'est valable pour les hommes aussi. Si un patient homme n'a pas envie de se déshabiller, on se va pas se dire « oh c'est bon, c'est un

mec, on s'en fou ! ». Non, non, c'est pareil, ça touche les deux. Le problème c'est que c'est souvent les femmes qui sont plus intéressées au sujet. Qui sont plus sensibilisées à la chose. Ça doit être quelque chose qui devrait être partagé des deux côtés. Voilà.

J'espère que j'ai pu t'aider un petit peu même si je suis partie dans tous les sens.

Merci beaucoup encore, c'était très intéressant.

Annexe 6 : Retranscription de l'entretien E

Merci d'avoir répondu présent. Est-ce que ce serait possible pour toi de te présenter sur le plan professionnel ?

Ok, alors je m'appelle ***, je suis kiné depuis 2019 maintenant. J'ai travaillé pendant 2 ans dans un hôpital public dans un service de neurologie centrale post AVC, post trauma crânien. Depuis milieu 2021, je suis kinésithérapeute libéral à ***. Ça fait depuis Mars. J'ai ouvert mon propre cabinet depuis Mars 2022. En parallèle de ça, je suis formé en kinésithérapie du sport et en santé numérique.

OK, donc tu as fait des formations particulières ?

J'ai fait la formation du SNMKS pour être kinésithérapeute du sport. J'ai un DU de santé connectée pour le côté santé numérique.

OK super. Je serai curieuse d'en discuter après.

Je voulais savoir comment se passait ta séance quand tu reçois pour la première fois un patient avant de faire son examen clinique ?

OK, je passe tout le côté administratif : je prends la carte vitale, la carte de mutuelle, l'ordonnance. Ça prend 2 minutes mais j'expédie toujours avant de commencer l'entretien parce que je n'ai pas envie d'être en train de tenter d'écrire et de tenter de faire l'administratif en même temps. Bon, ça normal. Du coup, je fais ça en box. Le début de l'entretien de mon bilan, c'est toujours en box. On est que 2. Je suis toujours assis du même côté. Je me sers de ma table de soin comme une table pour écrire mon bilan. Donc le patient est assis sur une chaise, je suis assis sur un tabouret et je suis toujours assis du même côté de la table que lui. C'est important. Donc je le préviens que je vais enregistrer le bilan, je le préviens que je vais faire tout ça. Je lui demande s'il a des questions d'abord sur la kiné. En soit, je leur demande ce qu'il pense qu'on va faire ensemble, tout ça. Je lui dis que je vais lui poser des questions et qu'il n'est pas obligé d'y répondre mais que c'est mieux... Si je lui pose les questions, c'est que normalement, je vais avoir besoin des réponses pour adapter le bilan, mais qu'il peut ne pas y répondre. Ça c'est pour la partie anamnèse. En général, je creuse plus ou moins en fonction du patient évidemment. Au moment de l'examen physique, je n'en fais pas beaucoup d'examen physique. Je fais beaucoup d'examen de la douleur, d'anamnèse tout ça... mais l'examen physique, je n'en fais pas tant que ça. J'explique toujours au patient le test que je fais. Ça dépend de ce que le patient veut comme explication. Souvent, ils me disent qu'ils s'en foutent. Soit je leur explique le but, soit je leur

explique le concept au moins du test. Certain ne veulent pas tout le détail mais je leur dis qu'on va enchaîner une série de tests musculaires, qu'on fera des tests de force. Après, ils s'en foutent généralement que je leur dise spécifiquement « là on fait le test du deltoïde antérieur, là on fait le biceps, là on fait le triceps... ».

OK. Tu disais juste avant que c'est important du même côté de la table. Qu'est-ce que ça apporte ?

En fait, si je suis de l'autre côté de la table, ça ressemble plus à T'as déjà été déposer une plainte chez les flics ?

Non, jamais.

Et bien... Ça ressemble à ça. T'as déjà passé un entretien d'embauche ?

Oui.

Et bien, tu n'es pas du même côté du bureau que le recruteur. Tu m'as dit que tu passais un examen cet après-midi. Ton prof, il était où par rapport à la table ?

En face.

Voilà. Le simple fait de mettre une table entre le patient et moi, ça créerait automatiquement un lien, pas forcément de subordination mais ça créerait un lien de « je pose les questions et toi, tu réponds aux questions ». Là, on est du même côté donc c'est plus tourné sur l'échange. Des fois, je fais ça sur une tablette sur mon iPad, par exemple pour faire le bilan de la douleur, je lui donne mon iPad et c'est lui qui entoure les zones. Pour les questionnaires, je lui passe mon iPad. On passe vraiment de l'un à l'autre. Dans un échange.

D'accord. Tout à l'heure, tu disais aussi que si ton patient ne veut pas répondre à une question, qu'il n'est pas obligé de répondre. Est-ce que c'est de cette manière que tu le formules ?

En général, je ne le pose pas dès les premières questions car les premières questions c'est genre : âge, est ce que vous travaillez, tout ça. Mais en fait, en général j'ai 3 questions : âge, droitier/gaucher, le travail. Après je pose des questions sur le tabac, l'alcool et les drogues. Je les mets volontairement super tôt car tabac, ils répondent sans réfléchir. Alcool, ils commencent

à répondre en mode « quand vous dites boire, vous dites alcoolisme ? ... ». Et drogue, ceux qui se droguent, ils me regardent avec un regard « ah ». C'est là que je peux leur dire qu'ils peuvent me répondre comme ils le sentent. S'ils ne veulent pas répondre alors ils ne répondent pas. Le truc qu'ils fument des joints, dans les faits, je m'en fou un petit peu. Pour beaucoup de pathologies, mais au moins, rien qu'avec cette question-là, pour beaucoup ça va permettre de « vous répondez/ vous ne répondez pas, et bien... je m'en fou ». Enfin, pas je m'en fou mais faites comme vous voulez.

OK ça marche. Le fait de dire ça à ton patient, qu'il peut ne pas répondre s'il n'a pas envie de répondre. Qu'est-ce que ça apporte ? Pour quelles raisons tu dis ça ?

D'un point de vue légal, avec le RGPD on est censé prévenir le patient qu'il a le droit de ne pas répondre aux questions. Ça c'est pour le côté légal. Après ça, on en fait ce qu'on veut derrière. Pour le côté pourquoi je lui pose la question. C'est parce que je ne veux pas qu'on se retrouve gêné, coincé à une question du bilan. Je lui dis dès le début ce qu'il a la possibilité de faire, ne pas faire, comment répondre, comment ne pas répondre. Ça fait que si à un moment, il est gêné par une question, qu'il n'a pas envie de répondre à une question, qu'il y a un truc... J'ai envie de dire que ça créé un faux lien. Ça fait un peu une fausse proximité. En général, j'appelle les patients par leur prénom, enfin... pas s'ils ont 85 ans. Dès le début de l'entretien, je leur demande si je peux les tutoyer. Aussi parce que ça va créer un faux lien pour fluidifier les échanges et en fait ils se sentent, même si c'est artificiellement, un peu plus à l'aise. Je n'ai pas envie d'être dans une posture de soignant avec un soigné. J'ai envie d'être dans une posture de « on échange sur son cas ».

OK, je comprends.

Par exemple, je sais que je fais partie d'une minorité qui pense ça mais par exemple si tu me demandes ce que c'est un kiné. Je ne vais pas te dire que le kiné c'est un réducteur en premier, moi je donne des conseils sur la rééducation mais c'est le patient qui doit se prendre en main pour réussir à se rééduquer. Pour moi, ça passe par un système d'échange et d'égalité. Dans la mesure où les profs de sport, je les ai toujours tutoyé et on était toujours proche, j'essaye d'avoir un peu une dynamique pareille. Même si ce sont des traitements qui vont être passifs ou des traitements qui vont être différents. Même si c'est pas forcément que de l'actif, j'ai envie qu'on soit dans une dynamique de 50/50 %. Allez, 51 % pour moi, 49 % pour lui car il y aura toujours forcément un petit ascendant. Mais le but du jeu est de tendre le plus possible vers le 50/50.

OK. Je voulais juste revenir sur un point. Quand tu dis « faux lien », qu'est-ce que t'entends exactement ?

En gros, le but est de créer une espèce de relation, pas amicale. En gros, ça fait partie de petits biais... Je ne vais pas dire des petits tips de manipulation mais... ça fait penser... J'ai piqué ça dans les techniques commerciales. Quand tu vas dans un magasin, que le mec commence directement à te demander ton prénom, t'appeler par ton prénom, te tutoyer... Tu te dis « oh cette boutique... ». Tu vas à Starbucks, on te demande ton prénom, on marque ton prénom, on t'appelle par ton prénom, on met des noms compliqués sur tout ce qu'on veut. Starbucks c'est une expérience. Le but c'est de prendre les avantages de ce système là, pas de créer une fausse relation avec le patient mais s'en servir pour que le patient se sente à l'aise.

D'accord, ça marche. Mon sujet de mémoire porte sur le recueil du consentement par les MK. Je voulais donc savoir quelle place tu accordes au consentement dans ta pratique ?

J'ai envie de dire qu'il faut toujours avoir le consentement du patient. Par exemple, je prends pas mal de patientes sportives. Les pathologies qui touchent beaucoup les sportives, ce sont les pubalgies. Je ne te cache pas que si je commence à aller palper le long adducteur du côté proximal sans demander la permission, est-ce que je me prendrais d'abord une claque ou alors une plainte pour attouchement ? Je réfléchis... Surtout, il y a une notion de ... Je me mets à leur place, je n'aimerais pas qu'on vienne me tripoter le long adducteur sans qu'on me dise à quoi ça sert. À partir du moment où moi, tu ne me dis pas ce que tu me fais, je ne vais pas aimer. Je ne vois pas pourquoi elle ou lui car ça arrive que ce soit un mec, mais c'est beaucoup de femmes en général pour ça. Je ne vois pas pourquoi lui ou elle serait plus à l'aise que moi pour ça. T'as déjà fait des stages non ? T'as déjà entendu des femmes qui s'excusent de ne pas être épilées pour certains examens ? Je suis déjà tombée du coup sur une femme qui n'était pas épilée, je peux dire que je m'en bas les reins. Mais du coup, elle n'a pas voulu que j'aille lui palper son adducteur sur le truc parce que comme elle avait des poils, elle ne se sentait pas à l'aise. Donc du coup, aller palper les adducteurs quand tu as les jambes qui sont très serrées, c'est un peu compliqué. Du coup, je lui demande son consentement. En fait les intérêts de demander leur consentement, elle, elle me répond sur le fait qu'elle n'est pas épilée. Je peux lui dire que je m'en bas les couilles. Alors que si, elle serre les jambes et que je lui dis juste « ha mais vous savez, je m'en fou si vous n'êtes pas épilée ». Ça veut techniquement dire que j'ai constaté qu'elle n'était pas épilée. Ce qui va encore moins la mettre à l'aise si elle n'est déjà pas à l'aise avec ça.

Est-ce que le fait que ta spécialité soit le sport, est-ce que ça va changer par rapport au rapport au corps ?

Alors, je n'ai pas beaucoup de sportifs, sportifs. Quand je dis des sportifs, ce sont des patients qui font du sport. J'ai un ou deux patients qui font de la compétition à bon niveau. Après j'ai beaucoup de coureurs mais du coureur amateur qui court 3 fois par semaine. J'ai suivi un champion du monde de boxe, j'ai suivi des champions paralympiques de triathlon. Mais ils n'avaient pas forcément un rapport au corps différents dans la mesure où peut-être que ce sont des sports qui se font solo. Je me doute bien que si je tombe sur un joueur de niveau mondial, bon... Étant donné que c'est un sport collectif et les trucs comme ça, ça va changer aussi le rapport à certain point. Pour l'instant, je n'ai pas encore eu de sports collectifs.

OK, ça marche. Qu'est-ce que tu penses que ça va t'apporter à toi et à ton patient de lui demander son consentement ?

Alors d'un point de vue purement égoïste, ça m'évite des emmerdes. C'est con mais c'est important de se dire qu'en demandant le consentement, j'ai diminué le risque que je me prenne une plainte pour n'importe quoi. Que ce soit une plainte au pénal pour quelqu'un qui trouverait que je fais des attouchements ou une plainte à l'ordre comme quoi je ne respecterais pas le consentement. Donc il y a un côté très égoïste. Il y a un côté de ... je n'aimerais pas qu'on me fasse un truc sans consentement. A partir de ce moment-là, c'est important de mettre du consentement. Et surtout, je ne sais pas ... Je n'ai pas vraiment réfléchi à ce que ça m'apportait de demander le consentement dans la mesure où je n'ai jamais réfléchi... Je n'ai jamais conscientisé le fait que c'était normal de le demander, tu vois. Alors, c'est naturel de le demander. Ce serait plutôt bizarre de ne pas le faire.

Alors justement, est-ce que pour toi il y a des actes qui ne demandent pas ce recueil du consentement ?

Je ne fais pas signer de document écrit, si c'est ça ta question. Ça n'aurait aucune valeur légale. Je vais essayer de te faire un exemple. On fait la partie anamnèse, donc je leur dis qu'ils peuvent ne pas répondre aux questions. On a fait toute la partie, je leur dis « bon, par rapport aux éléments, on va maintenant passer à la partie tests physiques. Est-ce que vous pouvez lever le bras ? ». Par exemple, pour un truc d'épaule. « Est-ce que ça vous dérange, si je mets 3 doigts sur votre épaule pour voir le contrôle moteur ? ». Qu'est-ce que le contrôle moteur, tout ça ?

Ok... « Maintenant, vous allez pouvoir vous mettre sur la table si vous voulez. Maintenant, on va passer à la partie tests musculaires. On va tester la force, ça vous va ? », oui/non. Si c'est oui, oui. Si c'est non, on fait autre chose. Ça arrive très rarement qu'ils disent non.

Si on te dit non, comment tu réagis ?

Si on me dit non, je vais demander ... Ça va dépendre du non et ça va dépendre du test en soit. Si tu me dis non pour un test du deltoïde, je vais te demander pourquoi ? Des fois, c'est pourquoi vous ne voulez pas faire le test ? Et bien, parce que j'ai peur d'avoir mal. Tu vois, si par exemple, c'est un test pour le long adducteur, et que la patiente me dit non. Je marche beaucoup plus sur des œufs à ce moment-là. Parce que ça peut être non car j'ai peur d'avoir mal, non car je ne suis pas épilée, non je me fais attoucher par mon mari depuis 5 ans. Je ne veux pas rentrer brusquement comme ça. Il y a plus de risques comme ça. Et du coup, en général quand on me dit non pour tout ce qui est sphère intime, on va dire... Genre tu me dis non pour le poignet, bon... ça rentre moins dans la sphère intime. Mais tout ce qui rentre dans la sphère intime, on va dire que d'abord je fais les tests que je peux faire et ensuite j'essaye de revenir de façon détournée sur les tests que je n'ai pas pu faire. Pareil, mettons, si c'est le long adducteur, et que c'est parce qu'elle n'est pas épilée et qu'elle n'ose pas me le dire, et après je vais palper le psoas. Globalement, normalement, elle devrait émettre la même réticence. Si, elle ne met pas la même réticence pour le psoas, dans ma tête, j'ai un petit trigger qui me dit « OK, fait gaffe ». Tu vois, ce genre de truc. A la fin, en général, je redemande « vous êtes sûr qu'on ne fait pas le test ? », des fois le simple fait d'avoir fait d'autres test, ça l'a un peu détendu. Des fois, c'est un patient qui est stressé, ça peut être un patient qui n'est pas ... Pour certain, c'est la première fois qu'ils vont chez le kiné, ils n'avaient peut-être pas conscientisé le fait qu'ils allaient devoir se déshabiller, des trucs comme ça. A la fin, quand ils voient que c'est un examen qui est classique, enfin classique... qui n'est pas bizarre. Ils sont alors OK. Sinon, je dis qu'on va passer à la partie tests fonctionnels, soit ... mais ça arrive rarement... Je ne vais jamais insister pour faire un test de toute façon. Si elle ne veut pas que j'aie palper son long adducteur, alors je vais lui demander à elle-même de le palper. Peut-être. Je ne sais pas si tu vois les tests pour la symphyse pubienne où tu viens mettre ton avant-bras entre les deux genoux et tu viens serrer. Si elle ne veut pas que je mette mon avant-bras, je vais lui demander si elle veut mettre un ballon mou. Je n'aurai pas la force exacte mais elle pourra me dire elle même si ça fait mal ou pas. Ou si elle sent une différence entre les deux. Au pire des cas, je peux mettre un ballon dur entre les deux

genoux. Je trouverai toujours d'autres alternatives pour ne pas mettre le patient mal à l'aise dans un truc comme ça.

Quand elle te dit qu'elle ne veut pas, est-ce que tu vas lui donner des explications sur ce que ça entraîne le fait qu'elle dise non ?

Alors, je ne vais pas lui dire texto ce que ça va entraîner le fait qu'elle dise non. Dans la mesure où, lui dire ce que ça peut entraîner, ça peut faire culpabiliser. Si je te dis, t'es ma patiente, tu ne veux pas écarter les jambes, je te dis « si tu n'écartes pas les jambes, je ne peux pas palper et du coup je ne saurai pas où est ton problème ». Tu vas peut-être écarter mais tu ne vas pas forcément être à l'aise. Il y a ce côté des dire ... je ne saurai jamais, la façon dont je parle, comment elle est interprétée par le patient. Je peux avoir l'impression que ça se passe super bien et en fiât le patient n'aime pas ma coupe de cheveux, il n'aime pas mon regard et il ne se sent pas à l'aise mais il ne le montre pas. Si du coup je commence à lui dire « oui, mais du coup je ne pourrai pas faire ça, ça, ça et ça si je ne peux pas toucher là ». Le patient peut juste se sentir soit agressé, soit se culpabiliser. Donc je préfère juste leur mettre à la fin et le but ce n'est pas qu'il se sente coupable de ne pas avoir fait un test.

Oui, bien sûr. Je comprends.

Est-ce que pour toi, il y a des gestes qui ne requiert pas le consentement ? des gestes où la question ne se pose pas.

Des gestes bateaux, où je me dis juste, c'est normal. Tu veux dire, comme serrer la main en début d'entretien, par exemple ?

Alors, par exemple, tu donnes un exercice et pour le guider, tu vas mettre tes mains...

Alors, je demande toujours « tu permets ? » avant de toucher au patient d'une façon ou de l'autre. Des fois, je suis à côté du patient et il est en train de lever un poids et je dis genre « tu permets ? » et je modifie la position de son bras. Soit des fois, pour du contrôle moteur, par exemple anté/rétroversion du bassin. Je vais peut-être un peu plus expliciter en mode « tu permets que je te guide un peu plus sur le mouvement ? ». Mais je ne vais jamais mettre ma main sur l'épaule d'un patient sans lui dire au moins un « tu permets que je t'aide » ou un truc comme ça. En général, je glisse au moins l'objectif du truc genre « tu permets que je te guide, tu permets que je te corrige ». En général, en plus si je fais ça c'est que j'ai déjà tenté de le corriger sans le toucher. Alors ce ne sera jamais mon premier réflexe de toucher le patient pour modifier

quelque chose par exemple. Si par exemple il fait des soulevés de terre et au lieu de garder ses coudes tendus, il vient plier ses coudes à chaque fois et donc ce sont ses coudes qui bossent et pas son dos, je vais lui dire d'essayer de faire le mouvement avec les bras tendus, une fois, deux fois, ...Peut-être que je vais changer de poids si c'est trop dur. À la fin je vais lui faire, « alors attend, tu permets que je te corrige ?... Réessaye le mouvement... ok, beaucoup mieux ».

Ok, je vois. Avec ton patient en séance, est-ce que tu peux lui suggérer qu'il peut refuser ?

Pour les exercices, les trucs comme ça ?

Oui, par exemple.

En gros, je lui dis toujours que par exemple aujourd'hui, on va faire des exercices. Je lui demande si ça lui va. Ensuite en général, je donne l'orientation des exercices qu'on va faire. Par exemple, je lui dis que là pendant 10 minutes, on va faire de la force. Après, est-ce que spécifiquement, je vais lui demander exercice soulevé par soulevé de terre, ou alors entre soulevé de terre et des fentes, est-ce que lui demander spécifiquement si ça lui va ? Pas forcément, mais je vais toujours lui demander s'il est à l'aise avec l'exercice après qu'on ait commencé à le faire. Ça peut être à l'aise dans le sens est-ce qu'il est à l'aise ... enfin imagine, faire du dos rond/dos creux au milieu d'un plateau technique. Je conçois, ce n'est pas l'endroit le plus adapté. Mais des fois, j'ai des patients qui même dans un boxe ne sont pas à l'aise à l'idée de le faire. Mais, en général ils essayent toujours au moins une fois mais après ils me le disent quand ils ne sont pas à l'aise. Je devrais peut-être le demander plus... Ça arrive rarement qu'ils me disent qu'ils ne sont pas à l'aise. Je réfléchis à quelle fréquence ça arrive des patients qui me disent qu'ils ne sont pas à l'aise dans des exercices. En général, ce n'est pas dans la partie exercice qu'ils vont le plus dire qu'ils ne sont pas à l'aise. Parce que quand on ne fait jamais d'exercices le premier jour, ou en tout cas je ne fais jamais d'exercice compliqué le premier jour. Le premier jour avec le bilan, tu fais des exercices passe-partout. Juste pour qu'ils comprennent qu'avec moi, on fait beaucoup d'exercices et que ce ne sera pas du massage. J'ai d'abord envie qu'eux mentalement, ils processent le bilan qu'on a fait. Pour voir s'il a envie de revenir. Au final, j'imagine que ceux qui ne reviennent pas, ce sont soit ceux qui ne m'ont pas blairé, qui n'ont pas blairé ma gueule, soit qui n'ont pas blairé mon approche. Après du coup, j'ai très rarement des patients qui ne se sentent pas à l'aise sur les séances après le bilan.

OK. Et sinon, quand tu as des patients qui te font comprendre que c'est bon, ils sont d'accord, qui ne comprennent pas pourquoi tu leur demandes. Tu en as déjà eu ?

Des patients qui me disent en gros « faites votre boulot » ? Oui.

Avec ces patients-là, est-ce que tu vas modifier ton attitude ?

Je vais quand même leur demander à chaque fois. Parce que tu peux très bien être totalement à l'aise et après, je fais un mouvement qui ne te plait pas et voilà.

Est-ce que depuis que tu es diplômé, ta manière de voir les choses sur ce sujet du consentement a évolué ? aussi depuis que tu es passé du salariat au libéral...

Il y a 3 trucs qui ont changé je pense depuis 2019. De un, je suis diplômé en fait donc c'est ma responsabilité. Le fait d'être passé de l'hôpital en salariat, je n'ai pas beaucoup changé ma façon de faire. C'est juste que comme j'étais à l'hôpital, c'était beaucoup plus compliqué d'avoir du consentement car beaucoup de patients étaient aphasiques et ce n'était pas du tout le même type de non-consentement. Je ne sais pas si tu as déjà été dans un service de post-AVC immédiat ? Enfin, tu as déjà eu des cours de rééducation neuro, j'imagine. Mais tu sais très bien que ce sont les premières heures après l'AVC qui vont être importantes, donc commencer la rééducation. Si tu commences à récupérer dès le lendemain de ton AVC, ce sera mieux. Il y a un côté de ... si tu viens de faire ton AVC, c'est que tu étais probablement un petit peu dans les choux. Donc des fois, c'est déjà arrivé à l'hôpital que le patient ne soit pas forcément coopératif à l'idée de faire un transfert mais qu'on se retrouve quand même à devoir le mettre dans un lève patient, le mettre sur un fauteuil, le conventionner au truc. On sait très bien que s'il reste au lit, on risque de le perdre, enfin de le faire décompenser. Alors que s'il est assis sur un fauteuil, on sait déjà que c'est de la stimulation. Donc c'est juste que ce n'est pas le même type d'opposition qu'on avait noté, à part vraiment un patient qui avait une spasticité majorée, des trucs comme ça... Mais du coup, un patient qui disait non à l'hôpital, on avait plus tendance à se dire que de toute façon on n'a pas le choix car si on écoute son « non » et bien il est dans la merde. Là où en libéral, je me dis que j'ai très très peu de patients comme ça dans la vie. J'en ai même 0 depuis que j'ai commencé à bosser en libéral. C'est beaucoup mieux d'écouter le non dans ce cas-là. A l'hôpital, c'est très dur sur un patient qui vient de faire son AVC, qui est aphasique, de lui expliquer tous les tenants et les aboutissants du fait qu'il dise oui ou qu'il dise non. Il y a un moment, tant mieux pour lui s'il peut nous faire un procès derrière quoi. C'est qu'il aura récupéré assez pour nous faire un procès derrière, j'ai envie de dire. Ce qui a changé aussi depuis que je

suis diplômé, c'est que j'ai découvert le concept des TSA, troubles du spectre autistique. Ou j'ai découvert le concept des patients qui ne supportent pas le contact physique avec d'autres personnes, ou qui ne supportent pas être regardé dans les yeux, qui ne supportent pas des trucs comme ça. Je ne sais pas si tu vois à quoi ça ressemble les TSA, genre ce n'est pas le cliché de l'autiste qu'on voit à la télé. C'est tout un panel de trucs, je crois que pour être diagnostiqué, il faut 8 ou 12 critères là-dedans. On a tous des traits plus ou moins autistiques. Maintenant, on demande de plus en plus au patient s'il a un diagnostic autistique, ou pas. Donc ça je le prends beaucoup plus en compte. Et le dernier point, c'est que j'ai aussi appris à moi pas me forcer. Parce qu'avant j'étais dans une autre optique, comme je suis kiné, donc je dois toucher le patient, donc je dois faire des tests. Je n'étais pas forcément à l'aise parce que je me disais que je devais faire ce test là et ce test là... Souvent les patients le ressentent quand tu n'es pas à l'aise sur ça. Alors que maintenant, je suis beaucoup plus dans un mood ... Ce patient-là, aujourd'hui je n'ai pas envie de faire de tests physiques donc je ne vais pas me forcer. Si je ne suis pas à l'aise, le patient voit bien que je ne suis pas à l'aise. Comme le consentement c'est censé marcher dans les deux sens. Si moi je n'ai pas envie de toucher le patient, il va le sentir que je n'ai pas envie de le toucher lui. Ça, je pense que ça a été le truc qui a le plus changé ma pratique en 3 ans.

Ok, donc là tu me dis que c'est avec l'expérience et les différents profils de patients que ton rapport au consentement a évolué. C'est bien ça ?

Oui.

OK, ça marche. Je regarde si j'avais d'autres questions... Est-ce que tu voudrais rajouter quelque chose par rapport au sujet du consentement ? Ou quelque chose qui te tient à cœur ...

Qui me tient à cœur, pas forcément. Je pense qu'il y a un manque de sanctions sur les personnes qui ne respectent pas le consentement des patients. Est-ce que tu as déjà été faire un tour sur *le réseau des kinés* sur Facebook ?

Sur Facebook, non.

Alors, si tu as un compte Facebook, car je sais que maintenant de moins en moins en ont un. Tu as un groupe qui s'appelle *le réseau des kinés*, qui est composé de 16000 kinés. Si tu veux un jour avoir des bons arguments pour te suicider, tape le mot consentement dans la barre de recherche du groupe. Tu verras des panels, enfin des ragots entiers de kinés qui, quand on

commence à parler de consentement, qui vont dire "oh mais si on commence à demander le consentement avant de faire chaque truc, on n'arrive plus à bosser. J'ai très très peur de voir comment ils pratiquent. Et le truc c'est que les patients ne sont jamais au courant des recours qu'ils peuvent faire dans la vie. J'ai une patiente qui se fait agresser verbalement par son ostéopathe. Du genre, elle avait fait 2 grossesses et elle s'est fait engueuler car elle n'avait jamais fait de suivi post-grossesse chez un ostéopathe, ou amener ses enfants de 3 mois chez un ostéopathe. Elle était partie de chez moi et juste elle pleure. Après tu te sens trop mal, déjà c'est un gros connard. Ça, oui. Mais du coup, je lui ai dit qu'elle pouvait poser un recours à l'ARS. Au moins faire un signalement. Et elle ne savait pas du tout ça. Donc du coup, j'ai commencé à creuser un peu, en demandant à mes patients s'ils savaient des trucs. En fait, les patients ne savent pas qu'ils ont le droit de se plaindre aux ordres quand ce sont des professions qui ont un ordre. De se plaindre au CPAM, aux ARS, au truc comme ça. Et du coup, tu as peut-être dû trouver si ça existe, des statistiques qui montrent le nombre de procès ou de plaintes pour non-consentement, attouchements ou des trucs comme ça qui existe en soin. Ce doit être qu'une infime portion de toutes les situations comme ça qui existent. J'imagine, comme pour les viols et les trucs comme ça. Pour tout ce qui est du non-respect du consentement d'un point de vue kiné, je n'ose même pas imaginer, je pense que c'est même pire dans la sphère pro. Dans la mesure où il y a énormément de patients ou de thérapeutes qui ne savent même pas en fait que le consentement du patient n'est pas optionnel. Il y en a qui vont te dire qu'ils considèrent qu'à partir du moment où le patient débarque chez moi, c'est qu'il est OK pour les gestes. OK, t'as appris ça il y a 20 ans à l'école ! Très bien ! Il est peut-être temps de te former !

Oui, je vois. En tout cas, merci beaucoup d'avoir participé à cet entretien.

Annexe 7 : Retranscription de l'entretien F

Du coup, merci de m'avoir répondu pour parler de mon mémoire. Est-ce que ce serait possible pour toi de te présenter sur le plan professionnel ?

Sur le plan professionnel... je suis kiné au cabinet ***. Cabinet plutôt orienté cabinet du sport, enfin kiné du sport. Je suis diplômé depuis 2013 de l'école ***. J'ai fait des formations après de thérapie manuelle en kiné du sport, en préparation physique et dans quelques petits autres domaines mais voilà, ça ce sont les grosses formations.

Et là, aujourd'hui, tu bosses avec des équipes en plus ?

Ouais, avec du basket et là avec volley assis. Et aussi force athlétique mais ce ne sont pas des équipes, ce sont plus des athlètes individuels.

Volley assis en handisport ?

Oui c'est en handisport. Alors en fait, ils ne sont pas en handisport, c'est ça qui est bizarre.

Ok, ça marche, j'avoue c'est bizarre. Il me semblait que tu étais avec [équipe de football] aussi ?

On ne s'en occupe plus du ***, on a été kiné *** mais ils préfèrent ne pas payer et prendre des étudiants donc... On leur laisse !

Ah oui ok, très bien. Du coup, je voulais te demander comment ça se passe ta première séance avec un patient quand tu le vois pour la première fois avant de faire ton examen clinique ?

Comment ça se passe avant mon bilan ?

Oui, avant d'aller toucher la personne pour faire tes tests ...

Ha, alors il y a tout un questionnaire. On est dans le cadre de l'équipe ? Ou alors dans le cadre d'un patient au cabinet ?

Dans les 2 !

Il va y avoir tout un bilan, déjà tout un interrogatoire. Connaitre la personne, connaître son historique, connaître comment elle s'est faite mal, ses différents antécédents. On va après faire

un petit bilan de la douleur et après on va commencer différents tests. Mais il y a tout un interrogatoire déjà pour cerner la personne. Cerner les objectifs, sa problématique quoi.

Et que ce soit ici ou là-bas avec les équipes, ça se passe de la même manière ?

Oui, pareil.

OK ça marche. Alors, j'ai décidé de faire un mémoire sur le consentement en particulier. Donc j'aimerais savoir quelle est la place que tu accordes au consentement dans tes prises en charge ?

Alors, le consentement... le consentement de quoi ?

Le consentement au toucher, consentement aux soins, à faire les exercices que tu proposes, ta prise en charge... C'est très global.

Hmmm. Pour moi, à aucun moment je ne demande le consentement. Ça ne m'arrive pas de dire « tu es d'accord, on fait ça ? ». Mais quand même quand la personne m'exprime des doutes ou que je sens qu'elle n'a pas envie, que je sens qu'il n'y a pas la motivation ou autre, je le prends quand même en considération et je vais aller en discuter même. Mais ouais, à aucun moment je ne vais demander la permission, ça c'est sûr.

OK, pourquoi tu ne le demandes pas, parce que le fait qu'elle soit là...

Oui, pour moi elle est là donc... Je lui ai présenté déjà pourquoi je faisais les choses à cette personne. Alors si c'étaient des exercices, là clairement... Nous, on a cette chance là c'est que les gens, s'ils viennent là, ils savent à quoi s'attendre. Ils savent qu'ils vont venir bouger. Donc là normalement le consentement est assez facile à avoir parce que s'ils passent la porte du cabinet déjà, ils sont consentants sinon c'est qu'ils ont mal regardé en fait et qu'ils se sont plantés. Alors, c'est peut-être une erreur mais en général, les gens qu'on ne sent pas trop chauds pour faire des exercices, enfin que moi je ne sens pas trop chauds pour faire des exercices, j'essaye de leur expliquer pourquoi j'estime qu'il faut qu'il en fasse. Après si vraiment ils ne veulent pas, je vais les réorienter vers d'autres personnes. Ici, ça ne m'est jamais arrivé. Après, pour ce qui va être thérapie manuelle, massage ou autre, les gens ne sont jamais contre un massage en général. Et thérapie manuelle, j'explique avant mais en général, j'arrive à sentir quand les gens ne veulent pas être manipulés ou que ça craque. Quand les gens ne veulent pas être manipulés,

tu le sens et en général, j'adapte mon traitement. Je ne vais pas forcer parce que là ça devient violent et ce n'est pas ...

OK je vois... Et tout à l'heure, justement quand tu as une personne qui te dit qu'elle ne veut pas, t'essayes d'en discuter avec elle pour creuser du coup le pourquoi du comment.

Oui, savoir pourquoi et pour lui faire comprendre pourquoi je veux qu'elle en fasse aussi. Mais oui, on essaye quand même de savoir pourquoi, il y a souvent une raison... C'est souvent de la timidité... enfin ici c'est souvent ça. Ouais, j'ai l'impression « oh je ne veux pas faire cet exercice devant tout le monde » ...

Ah oui comme il y a un espace...

Oui. Je peux comprendre mais ici on n'a pas trop le choix donc... Il n'y a pas trop d'autres solutions et on fait avec. J'essaye de me débrouiller quand je mets les patients mais encore une fois c'est vraiment ultra rare.

Et par rapport à quand tu travailles avec l'équipe. C'est peut-être différent ? Est-ce que c'est toi qui as choisi l'équipe que t'allais accompagner ou ils t'ont demandé de venir ?

Euh... ça dépend. Il y a des équipes qui viennent te chercher. Là en basket, c'était ça, ils étaient venus me chercher. Force athlétique aussi, remarque. Du coup, à partir du moment où ils viennent te chercher... Dans l'équipe du coup, tu as le rapport toi avec ton employeur, on va dire c'est la structure, l'équipe. Et après le rapport avec les personnes, alors moi c'étaient des filles, que tu vas gérer en soin. Et donc ces personnes-là, en général... je me suis encore moins posé la question du consentement avec elles parce qu'en fait, elles veulent aller mieux et basta quoi. En fait, elles n'ont pas le même rapport à leur corps que des patients, on va dire... Ce sont leurs outils de travail et du coup, elles sont prêtes à faire ce qu'il faut pour aller mieux. Du coup, c'est vrai que ... Mais c'est peut-être une erreur de ne pas demander.

Alors, justement je voulais parler avec quelqu'un qui était dans le milieu du sport parce que je sais que c'est différent, juste le rapport au corps, quand les filles sont en équipe, ce n'est pas du tout pareil. Enfin hommes ou femmes ! Du coup, c'était justement pour comprendre.

Ouais, alors... Il y a eu quelques moments où j'ai dû expliquer pourquoi je faisais les choses mais ça c'est en rapport juste avec la façon d'être, que je trouve moi dans les filles dans le sport, c'est qu'il faut leur expliquer pour qu'elles fassent. Contrairement à des mecs où il faut qu'ils aient confiance en toi. Les filles c'est plus simple, il faut juste qu'elles comprennent. Donc c'est trop bien. Du coup, une fois qu'elles ont compris, feu c'est parti et on y va quoi ! Je n'ai jamais eu à négocier quelque chose quoi. Donc le consentement est beaucoup plus facile. Que ce soit dans une équipe ou avec des patients sportifs aussi. Les patients sportifs, ils viennent chez nous parce qu'on est un cabinet du sport. Ils viennent là et ils sont prêts à faire ce que nous on estime bon parce qu'ils sont venus nous chercher en fait. Tu vois ? À la différence d'un cabinet de kiné ou ce n'est pas connoté kiné du sport et du coup... où j'ai travaillé par exemple, et où là, il faut que tu fasses adhérer les gens à ton truc beaucoup plus. Des fois, t'es obligé de beaucoup plus batailler. « Moi, je veux un massage... etc ». Alors que là, les gens viennent chercher donc en fait... Le consentement... À partir du moment où ils passent la porte, sauf les gens qui se sont plantés quoi. Qui ont juste pris un kiné à côté de chez eux mais ceux qui passent la porte en général, ici ils savent pourquoi ils viennent.

D'accord, donc globalement vous avez majoritairement des sportifs, actifs dans leur PEC.

Oui, à 80 %.

Et avant, tu disais que tu n'étais pas spécialement dans le sport. C'est parce que tu étais dans un cabinet plus simple, généraliste ?

Oui, sur ***. Là c'est différent car les gens sont venus chez le kiné alors qu'ici les gens sont venus chez le kiné du sport. Cette petite différence, ça fait tout dans les moyens que sont prêts à mettre les gens pour aller mieux. Je trouve. Je ne dis pas que les kinés, on va dire « classique », font du mauvais job. C'est juste que les gens qui vont chez eux, ils n'ont pas les mêmes objectifs et pas les mêmes envies de moyens.

Tu veux dire qu'une personne qui voudra un kiné du sport sera capable de traverser la ville pour venir te voir. Si elle vient, c'est qu'elle veut vraiment aller mieux...

Oui, c'est ça. Passer la porte ici, déjà t'as fait un choix. Toi tu es allé chez tel type de kiné.

OK, et tout à l'heure justement tu disais que quand tu ne le sens pas trop pour une manip, etc... est-ce que tu vas leur dire une phrase, les questionner sur comment ils se sentent ? comment ça se passe ?

Oui, alors il y a quand même un... On va dire qu'à chaque fois, enfin très souvent je vais dire « c'est ok ? on a compris ? Tout va bien ? C'est ok pour toi les exercices ou ce qu'on va faire ? ». Mais je ne vais pas demander tacitement « est-ce que tu es d'accord pour qu'on fasse ça ? ». Mais je vais quand même demander si ça va, si tout est OK, machin. Si jamais il y a un problème, là on en discute. Mais oui quand même, à chaque fois on demande un petit peu. Déjà, rien que pour savoir si c'est compris.

Avant, t'étais avec des patients avec des PEC plus globales et maintenant plus du sport. Du coup, est-ce que ton comportement par rapport au consentement a évolué ?

Non, je trouve que maintenant c'est plus facile parce qu'en fait justement les gens savent pourquoi ils viennent. Avant, je devais batailler des fois. Et là, tu dois juste faire adhérer les gens à ce que tu veux leur faire faire. Avant, il fallait un petit peu batailler pour expliquer et des fois, il y avait des refus de traitement. Et là, on est devant un mur, il n'y a rien à faire. Ou des fois, on peut adapter un petit peu pour au moins réussir à faire quelque chose et des fois tout va bien. Là, ça ne m'arrive jamais d'avoir à batailler.

OK. Quand tu as ton patient qui arrive au début, est ce que tu lui présentes globalement ta façon de travailler... enfin il sait à peu près ... mais est-ce que tu lui présentes puis il voit s'il est OK ou non ? Comment ça se passe ?

Alors en général, première séance, il y a le bilan. À la fin du bilan, je lui explique le plan de traitement. Qu'est-ce qu'on va faire, qu'est-ce que nous on a à faire comme mission pour remplir ses objectifs à lui. Je lui explique vraiment mon bilan. Il y a ça, ça, ça qui ne va pas. Il faut qu'on fasse ça, ça, ça. Et pour faire ça, on va faire ça, ça ça. Il est ok avec ça ? C'est parti, on y va. C'est vrai que je devrais plus mais je ne demande pas « t'es OK avec ça, c'est bon, on y va, machin ». Je lui explique juste pourquoi on va le faire. Je ne pose pas trop la question... Je devrais peut-être...

Alors, là c'est juste pour voir comment toi tu fais en tout cas ! Qu'est-ce que tu penses que ça leur apporterait si tu leur demandais ? ... par rapport à ta relation avec eux...

Ce que ça pourrait apporter à la limite c'est d'être sûr que le patient a bien compris les objectifs, enfin, le plan de traitement et qu'il adhère à 100 % à la stratégie. Sans leur demander, il y en a peut-être, de temps en temps, qui vont passer à travers ça et qui vont être un petit peu sceptique. Ils ne vont pas avoir trop compris, ils ne se prennent pas trop la tête et ... Si ton patient n'adhère pas au traitement tu perds en réussite et du coup ça pourrait apporter ça. Je pense. Ça peut permettre d'être sûr que la personne adhère au traitement.

Oui. Tout à l'heure, je crois que tu as dit que ça ne t'est jamais arrivé qu'une personne ne revienne pas à ses séances...

Non, ça arrive très peu ici. Est-ce que ça m'est arrivé ici... ? Non, je n'ai pas de gens qui m'ont dit que non les exercices ... En fait, ils ne reprennent pas rendez-vous. Ça m'est arrivé des gens qui rentrent et à la prise de rendez-vous... « Bonjour, on peut prendre des RDV ? », oui mais comme vous voyez, ici c'est essentiellement des exercices, on fait bouger etc. « Ah ouais, non mais moi il me faut des massages ». Nous ça va être plutôt actif etc. On lui explique pourquoi et le patient « ok, bon bah non ». Voilà. Du coup, même avant la prise de rendez-vous où le consentement n'est pas là, bon bah...Il ne vient pas quoi.

OK. Si la personne te dit à un moment de la prise en charge, qu'elle n'aime pas ce que tu lui fais. Comment ça se passe ?

Ça arrive, on en discute. Ce qui m'est arrivé une fois dans un autre, dans l'autre cabinet où c'était plus global, où la personne je lui ai fait faire les exercices et elle n'était pas contente donc on a facturé et aurevoir. Ça arrive. Et ici, à la limite, ça va plutôt être : « où est-ce qu'on en est sur la douleur ? », « alors là, ça n'avance pas trop », « pourquoi ? machin... » et donc là on va soit changer le plan, soit l'adapter, soit voilà, discuter de pourquoi ça ne va pas. Pas vraiment sur de la remise complète en question. C'est plus des coups de mous en général à cause de la douleur qui a du mal à passer ou autre. Ça, il y a différentes raisons. C'est pour ça, c'est à chaque fois personnel. Mais oui j'essaye assez souvent de ne pas m'endormir sur des séances à rallonges. Enfin non, pas des séances à rallonges mais pour éviter de faire beaucoup de séances, faire régulièrement des petits points « comment ça va ? comment tu te sens ? ... Ok, maintenant on va axer là-dessus, maintenant on va faire ça... ». J'essaye. C'est dur mais ...

Qu'est-ce que t'en penses du fait qu'on parle de plus en plus du consentement, que les personnes prennent la parole par rapport aux violences, que la société en parle de plus en plus ?

Le consentement est primordial. Enfin, nous dans le soin, il est primordial. Si tu n'as pas le consentement, le patient n'adhère pas au protocole, donc c'est mort. Ça ne sert à rien de se battre. Tu vas faire du nocebo complet et ça ne sert à rien. Donc, tant pis. Il ira voir quelqu'un d'autre ou toi tu adaptes complet. Mais si toi tu es certain que c'est ça qu'il lui faut et que lui ne veut pas ça. Et bien écoute, je ne peux rien pour toi. Tant pis, c'est comme ça. Mais du coup, si tu n'as pas le consentement de la personne, il ne faut pas faire. Sur une manipulation de thérapie manuelle de type ostéo ou quoi, si la personne ne veut pas que ça craque et que tu fais craquer et bien tu vas être nocebo plus que placebo ou bénéfique. Donc en fait, si tu n'as pas le consentement dans ce que tu fais, ça ne sert à rien. Toi en plus tu vas te battre... dans le soin en tout cas.

Tout à l'heure tu disais que tu ne demandais pas car les patients viennent ici et ils savent globalement. Mais quand tu dois toucher des patients, pour des pathologies particulières comme pour la pubalgie ou tests de provocation de la douleur par exemple. Est-ce que tu vas les prévenir, leur dire que tu vas faire quelque chose, aller palper à l'insertion ?

Alors, déjà je fais en sorte ... Je préviens, je dis « on va faire ça » ou alors « j'ai besoin de faire ça pour ça ». Encore une fois, ici je n'ai 0 problème avec ça, « j'ai besoin de faire ça pour ça, est-ce que c'est OK ? ». À la limite, ça va être le seul moment où je vais demander le consentement très vite fait, ça va être les pubalgies chez les femmes et c'est tout. Il y a aussi la façon d'amener la chose, si tu demandes de se déshabiller, si tu passes en dessous des vêtements, si tu machin... Là c'est encore autre chose ou même avec le consentement ça peut être pris bizarrement. En général, la personne est OK et après il faut mettre les formes pour qu'il y ait aucun doute possible.

Tu fais comment ? Tu laisses tes patients habillés ?

Oui, short ou legging. En plus ce moment, il y a les leggings donc c'est niquel pour ça. Avec portes ouvertes, histoire de bien mettre tout le monde en confiance sur le fait que voilà... C'est un acte normal en fait. Il y a aussi ça, c'est d'essayer de faire passer pour un acte normal. Je te masse là au niveau de la pubalgie comme je pourrais te masser le dos. Ça ne change rien sauf que là, il me faut un peu plus ton accord. En tout cas, je vais te dire « on va masser un peu là »,

ou alors je vais demander où est-ce que ça fait mal. Puis je dis que je vais aller regarder si ça ne dérange pas. Hop et puis après c'est parti quoi.

OK, donc tu demandes à la personne de montrer avant.

Ouais, si vraiment ce sont des trucs *touchy*. Mais c'est le seul exemple que je vais avoir comme ça que je fais. Sinon, ça ne m'arrive jamais d'avoir besoin de ça. Ouais sur la pubalgie, c'est le petit moment où c'est *touchy* quoi. Ou ça peut l'être.

Pour les tests de provocation de la douleur si tu en fais, tu ne vas pas forcément prévenir ?

Non, non... Si, je peux dire que là on va chercher et dire quand ça fait mal. Et on s'arrête avant ou autre. C'est pareil. Je dose. Si c'est une douleur qui est vraiment intolérable pour la personne, je vais essayer de faire un test de douleur mais en essayant d'aller chercher juste avant ou en la prévenant. « Écoute, on fait ça, dès que tu sens que la douleur va arriver, on s'arrête ». Comme ça, moi je sais si c'est une douleur qui est reproductible et bien vas-y, on la reproduit. Il y a peu de trucs comme ça où les gens ne veulent pas. Ou alors, tu le fais une fois. Et après c'est bon. Tu ne vas pas t'amuser à y retourner. Des tests de cheville où si tu dis que ça va faire mal, tout de suite tu ne vas pas avoir le bon test. Tu le fais, si la personne a mal et bien OK. J'explique tout de suite en général. Pour dire pourquoi j'ai fait ça et voilà.

Oui c'est vrai qu'avec les tests de douleurs, c'est un petit peu compliqué ...

Oui, ça peut-être un petit peu bizarre. Ou alors, « tu me dis, est-ce que ça ça fait mal ? », OK. « Est-ce que ça, ça fait mal ? Non. OK ». « Ça, ça fait mal ! Ok, donc c'est pour ça... ». Mais, pas forcément demander le consentement ou alors, je vais moduler pour si vraiment la douleur est insoutenable, je vais moduler pour qu'on puisse quand même faire un test de douleur mais qui soit moins traumatisant, on va dire.

OK. Donc pour reprendre, il y a juste pour la pubalgie pour toi où c'est *touchy* et c'est le seul truc qui te vient.

Oui, sinon je ne le fais pas.

OK, ça marche. Je crois qu'on a fait le tour. Est-ce que tu voudrais rajouter quelque chose par rapport au sujet du consentement dans le soin ?

C'est super intéressant.

Je trouve que c'est intéressant de voir comment ça se passe dans le monde du sport aussi car le rapport au corps est différent.

C'est vrai que dans le sport, j'ai l'impression que c'est limite carte blanche. C'est la sensation que j'en ai maintenant que j'y repense par rapport à ici. Là les filles, c'est carte blanche. Alors je n'ai jamais eu de pubalgie... Ah si, j'en ai eu. Ce n'était pas pubalgie mais lésion des adducteurs. Il n'y a même pas une demi-seconde de réflexion d'est-ce qu'il faut le faire ou ne pas le faire. Peut-être que c'est un tort parce que ce n'est pas parce que c'est dans le sport qu'il n'y a pas d'abus. Mais, pas une seconde d'hésitation sur « vas-y on fait ça ». Alors que, si ça se trouve il faudrait parce que ce sont des personnes qui sont comme les autres. On aurait plus facilement l'adhésion du patient. Mais en soit, on ne la prend pas car parce que c'est... C'est juste qu'on ne prend pas le temps de la demander parce que voilà. Il faut faire, il faut faire et point barre. Mais en soit, ça mériterait quand même un petit moment de « on fait ça, est-ce que t'es d'accord avec ça ? ». Moi je leur expliquais à chaque fois quand même. Mais à aucun moment on m'a dit non, à aucun moment j'ai imaginé qu'on me dise non.

Par rapport aux équipes, je voulais juste te demander si vous êtes plusieurs ?

Alors, moi je suis tout seul là-dessus. Je suis tout seul sur le basket. Oui, tout seul.

Pareil pour le volley assis ?

Volley assis, oui ce sont des athlètes que je suis mais ouais, c'est pareil. Force athlétique, c'est pareil.

Avant au *, vous étiez plusieurs kinés ? Est-ce que vous avez déjà eu des athlètes qui ne voulait pas faire avec un kiné particulier ?**

Alors on était que des mecs et c'était du foot fille donc elles n'avaient pas trop le choix. Ça pourrait hein mais encore une fois, j'ai vraiment l'impression qu'il y a moins ce truc-là. Il faut faire et point barre. Après, je n'ai jamais eu de truc intime à gérer. Dans la sphère intime, où tu peux avoir ces questions-là. Normalement, les trucs de sphère intime, c'est plus au kiné de les

gérer à ce niveau-là. Ce sont des trucs qui... Ce n'est plus de notre ressort en fait plutôt. Les seuls moments où ça pourrait gêner.

En sport, je pensais aussi aux personnes qui ont des incontinences urinaires.

Alors, on n'en parlait pas trop. Alors maintenant, on commence à en parler et moi, il faudrait que je fasse plus le taff d'en parler. Mais ça jamais trop. Après, c'est ça le souci. Dans le sport, c'est un truc qui est limite normal. Ça ne pose de problème à personne de se faire dessus. Mais ça vient et ça va venir petit à petit. Ça, il faudrait que j'en parle plus. Pareil, j'avais vu sur la gestion des lésions du LCA, en période pré-menstruation. Donc du coup, on avait essayé de mettre ça en place avec le préparateur physique pour que les filles nous disent « là, mon cycle il en est là ». Pour savoir quelles étaient les périodes où c'était le plus dangereux. Là, on s'est dit « bon est-ce qu'on leur demande, c'est quand même hyper personnel ». Sauf qu'en fait, en leur expliquant, les filles n'ont eu aucun problème pour qu'elles nous disent ça.

OK, super. Merci beaucoup.

De rien, j'espère que ça servira !

Annexe 8 : Retranscription de l'entretien G

Merci de participer à cet entretien. Est-ce que ce serait possible pour toi de te présenter sur le plan professionnel ?

Oui, je m'appelle ***, je suis masseur-kinésithérapeute au sein du cabinet ***. J'ai eu mon diplôme en 2016. J'ai fait quelques remplacements, un assistantat de 5 ans et j'ai monté mon cabinet l'an dernier. On est 4 associés. On est plutôt orienté dans la traumatologie et la kiné du sport. J'ai fait des formations associées de thérapie manuelle, structurelle de kiné sport, j'ai fait pas mal de trucs en E-learning et j'ai fait une formation de préparation physique et des formations de renforcement musculaire pour les patients, des choses comme ça.

Est-ce que tu suis une équipe sportive en parallèle ?

Oui, je suis les nageurs de ***.

Tous niveaux confondus ?

Oui, tous niveaux, tous âge. Je vais sur les championnats de France avec eux. Les élites, surtout.

OK. J'aimerais savoir quelle est la place que tu accordes au consentement dans tes consultations que ce soit ici ou avec tes nageurs.

Le consentement, ça veut dire... ? Leur demander... ?

Oui, pour toi qu'est-ce que c'est le consentement ?

S'ils sont d'accord avec ce que je fais ?

Oui, le consentement aux soins, au toucher, à faire des exercices ? C'est super global.

J'avoue que c'est assez inconscient, je pense. Je n'y pense pas forcément. Sauf que ça se passe. Parce que... Déjà, la première question c'est « comment ça va aujourd'hui ? qu'est-ce que tu veux qu'on fasse ? qu'est-ce que tu veux travailler ? ». Je leur demande ce qu'eux ils attendent de moi, chaque jour. Après en fonction des gens, on voit si on travaille dans le gymnase ou si on travaille en salle. A force, je le sais. S'ils doivent me dire quelque chose, ils peuvent me le dire mais c'est vrai que toutes les séances, je ne me demande pas si les gens sont d'accord avec ce qu'on fait.

Ok d'accord. Alors comment ça se passe ta première séance avec un patient ?

On crée le dossier au niveau de l'entrée, au niveau de l'ordinateur. Après, on se met dans une salle de soin individuelle pour faire le bilan pendant une demi-heure, questions, bilans, mesures, définition des objectifs. Qu'est-ce qu'ils attendent de la rééducation. Je leur explique ma manière de travailler. S'ils sont d'accord ou pas. Qu'est-ce que je peux leur apporter. Qu'est-ce que je pense que je peux leur apporter. Qu'est-ce qu'ils attendent de moi. Et puis on se met d'accord comme une sorte de contrat. Et surtout, je n'hésite pas à réorienter si je vois qu'il n'y a pas de progrès, à réorienter vers d'autres professionnels si je vois que ce n'est pas moi le mieux formé pour. Voilà, j'essaie d'être honnête dans ma prise en charge.

Quand tu parles de contrat, le patient a autant son rôle que le kiné dans sa prise en charge, c'est ça ?

Oui, on a quand même une rééducation assez active. S'ils ne font rien à côté, ils savent que ça n'avancera pas quoi.

OK, ça marche. Tout à l'heure, tu as dit que tu demandais à ton patient comment ça allait au cours des exercices. Quand tu vas faire un soin, comment ça se passe vis à vis du rapport au corps ?

Et bien, je ne touche pas tout le monde. Il y en a qui font principalement du renforcement musculaire. Après, quand on touche les gens, des fois ils ne sont pas habillés, des fois ils sont habillés. Je leur demande si ça va, si ce n'est pas trop fort, si c'est agréable, si ça leur fait du bien, si on est au bon endroit. Enfin voilà, tout le temps en train de leur poser des questions et les retours sont importants parce que les gens ne disent pas forcément qu'ils ne sont pas à l'aise. D'ailleurs au début, ça fait bizarre quand il y a une personne qui te dit « tu peux appuyer moins fort, s'il te plaît ». Il faut adapter, chacun a un ressenti différent. Après oui, c'est leur outil de travail à certains, je n'ai pas de sportifs professionnels mais les rares que j'ai eu, sont très à l'écoute de leur corps par rapport aux gens lambda. Des fois même, il y a de la bobologie. Ça ne paraît pas grand-chose mais ils te le disent.

OK, je vois. Juste avant, tu disais que quand ils arrivent, tu passes un contrat avec eux. A partir du moment qu'ils reviennent te voir, comment tu l'interprètes ?

Alors quand ils reviennent me voir, je leur demande comment ça a été les exercices à la maison, comment ça a été la séance qu'on a faite. Est-ce qu'il y a eu des douleurs, pas de douleurs ? S'il

n'y a pas eu de douleur, je sais qu'on peut faire un peu plus ou pareil. S'il n'y a pas d'amélioration, on cherche à faire autre chose. S'il y a eu des douleurs, je cherche ce qui a pu faire mal. Est-ce que c'est la quantité, est-ce que c'est le poids, est-ce que c'est la façon d'exécuter. Donc on se remet en question à chaque fois quand même. C'est très difficile de faire... Pour moi, un bilan, ça ne se fait pas en une séance en fait. C'est à dire que le bilan, tu cernes des objectifs, tu vois ce que tu peux faire mais pour chaque personne c'est différent. Toi, tu as tes petites recettes en tête mais tu es obligé de t'adapter en fonction des premières séances, de voir ce qui peut marcher/ ne pas marcher.

OK, je vois. Quand je te parle de consentement, c'est quoi pour toi ?

Du coup, c'est ça. C'est une bonne question. Pour moi, c'est que la personne soit d'accord avec ce que tu lui proposes comme soin. En soit, je dis aux gens « ça vous va ? » mais c'est vrai qu'à chaque séance, je ne vais pas demander si ça te va ce qu'on fait.

Et du coup, quand un patient te dit que ça ne lui va pas. Comment tu réagis ?

On se remet en question. Qu'est-ce que qui ne va pas. Je vais chercher à comprendre. Niveau remise en question, on n'est pas mauvais, je pense. Il faut accepter que des choses marchent sur certains et pas sur d'autres. Il faut accepter que tu ne peux pas soigner tout le monde. Il y a des gens qu'il faut mieux réorienter. Il faut accepter qu'il y ait des gens avec qui il faudra être plus patient. Chacun va à son rythme. Je vais au rythme des patients.

Est-ce que tu suggères à ton patient qu'il peut refuser un soin ?

Oui.

Est-ce que tu lui dis ouvertement ?

Non, je pense que je suis assez ouvert, je renvoie une image... On communique beaucoup, beaucoup avec mes patients, que ce soit par messages ou de vive voix. Il y a des gens qui me disent « non, aujourd'hui je ne le sens pas ». Donc on ne fait pas. On fait un autre exercice ou on va sur table et ils me racontent leurs problèmes. Tu vois la dame d'avant, à midi, cruralgie et lésions musculaires au mollet. La plupart du temps, elle est très motivée à faire du renforcement, des exercices de mobilité et aujourd'hui, elle m'a dit « on peut se mettre en salle pour faire un massage ? ». Je lui ai dit que oui. Et elle a passé une demi-heure à me raconter ses

problèmes. C'est bien quand c'est comme ça. Donc je pense que je renvoie quand même l'image d'être ouvert et que tu peux me dire ce que tu veux.

Oui, donc tu vas beaucoup jouer sur ta communication. Est-ce que tu as déjà eu des remarques relatives au consentement : par exemple tout à l'heure, tu disais que les patients n'étaient pas forcément déshabillés...

Je déshabille rarement les gens.

Comment tu demandes ? comment ça se passe ?

Ça te dérange d'enlever ton t-shirt ? Donc oui il y aura toujours la question quand même. Pour le bas, c'est très rare. Du coup, je préviens les gens et je leur demande de prendre un short, soit des sous-vêtements adaptés car sinon les filles ont vite tendance à venir en legging et ce n'est pas pratique pour les jambes tu vois. Mais c'est vrai que la plupart des gens viennent en short, t-shirt donc c'est rare qu'on déshabille, mis à part le dos. Il y aura juste le t-shirt à enlever donc ça va.

OK. Comment ça se passe quand on te fait des remarques sur tes soins ?

Je n'en ai pas. Des questions sur le fait que ça n'avance pas, sur le fait que c'est long, oui. Mais pas sur tout ce qui est nudité et autres.

Est-ce qu'avec les nageurs tu vas adopter un comportement différent ?

Alors au cabinet, il n'y a pas de différences. C'est vrai que sur le terrain, quand on est au bord de la piscine, il y a un peu plus de déconne. Les nageurs sont tout le temps en maillot de bain donc niveau pudeur c'est une autre ambiance on va dire. Pour le coup, ils sont en maillot de bain au bord de la piscine, je les soigne et ils sont en maillot de bain sur la table. Il n'y a pas de problèmes particuliers. C'est vrai que mine de rien, tu te retrouves à faire des soins à l'hôtel, à 22H, un massage récup d'une fille... Il faut quand même faire... Enfin tu vois. Il faut faire gaffe à ce que tu dis et ce que tu fais.

Justement, comment tu t'y prends ?

Tu gardes une certaine distance dans la relation et puis après tu n'es pas à l'abri de mauvaises interprétations mais... Moi, je suis là pour bosser, je ne suis pas là pour autre chose.

Oui, je vois. Vous êtes plusieurs kinés ?

Je suis tout seul. Cette année, ça va être différent parce que je pars avec la ligue donc je pars avec une autre kiné pour faire tous les clubs de la région. Sinon, ça fait depuis le diplôme, ça fait 7 ans que je fais tout seul. Des fois, je vais jusqu'à 14 nageurs. Donc j'ai fait des 8H/ 23H de massage.

Oui ça fait beaucoup. Quand tu étais nageur, c'est quoi ton ressenti par rapport à ça d'avoir un kiné assigné ?

C'est trop cool. T'as une relation particulière qui est nécessaire parce que tu ne dis pas tout à ton coach. Tu ne dis pas tous tes états d'âme, ni à tes potes. Le kiné, c'était le moment où tu pouvais parler d'autres choses. Dire que t'es fatigué, que tu as mal, que tel gars t'a saoulé, que le coach t'a saoulé... On est un peu la sous pap.

Ok, carrément. Juste avant, tu disais que tu essayais de préserver une certaine distance. Alors comment tu fais ?

Oui, t'es vite pote avec eux mais il faut garder une certaine ... Je ne suis pas pote avec eux comme je suis pote avec eux. Eux, ils peuvent être pote avec moi. Moi je ne vais pas être pote avec eux comme je le suis avec mes potes. Je leur laisse la possibilité de s'exprimer etc. Mais moi je ne vais pas être pote avec eux.

Ok, ça marche. Quand tu vas faire des soins avec eux, tu vas leur demander ?

Il n'y a rien d'obligatoire. Quand on est à la piscine, je suis payé par le club ou pas la ligue. Que j'ai 0 personne ou 10 personnes, c'est pareil. Donc après, est-ce qu'ils ont besoin ou pas.

Donc ce sont eux qui viennent te voir.

Oui, ils me demandent si je peux les voir aujourd'hui. Je leur dis oui ce matin ou cet après-midi. Je priorise chez les personnes qui nagent l'après-midi en finale. Après, c'est en fonction de ce qu'ils veulent. Ils savent ce que je fais : thérapie manuelle, massage, exercices d'échauffement, prévention etc. Ils me sollicitent quand ils veulent. Ce sont eux qui ont besoin.

Ok, c'est intéressant d'avoir ce genre de suivi. Est-ce que depuis que t'es diplômé ton rapport au consentement a évolué ?

On fait de plus en plus attention, je pense. Surtout avec les filles. De ne pas avoir de place à l'interprétation, à des gestes déplacés ou autre chose.

Geste déplacé ? C'est à dire ?

Pubalgie, adducteurs, bas du dos, fesses, mobilisation de hanche... C'est quand même souvent sur le ton de l'humour chez nous pour dédramatiser la situation mais tu dis quand même aux gens ... Tu expliques ton geste. Si tu peux ne pas le faire, tu ne le fais pas. Si tu veux masser un adducteur, je ne remonte pas jusqu'en haut. Si je dois masser un dos, je ne vais pas sous le short. Déjà nous, à partir du moment où il y a un vêtement, on ne passe pas sous le vêtement. Ou alors, on fait par-dessus le vêtement. On dit au gens que c'est nécessaire. Il n'y a pas d'ambiguïté possible. Je ne travaille quasiment jamais en salle de soin. A part quand tu vois que c'est vraiment nécessaire, qu'il faut déshabiller, qu'il y a des soucis à discuter.

Je me demandais si t'avais eu des cours sur ça...

Non, après on avait des consignes d'hygiène et puis de confort du patient mais on n'a pas forcément été sensibilisé sur le sujet.

Là si je reprends ce que tu me disais, pour toi quand le patient arrive, tu passes un contrat avec lui en posant les choses. Après tu vas lui demander son accord pour telle ou telle chose et...

Ah bah oui parce que de toute façon, j'ai beau dire ce que je veux, si lui il n'est pas prêt à le faire, ça ne marchera pas.

Et tu vas lui demander de manière globale car au début tu as posé le cadre.

Oui, je leur demande même comment ils dorment et comment ils mangent et comment ils boivent. Et ce qu'ils mangent, à chaque repas. Pour tout le monde, je suis un peu nazi pour ça.

Mais pourquoi faire ?

Les gens mangent n'importe quoi. Ils ne mangent pas assez de protéine, pas assez en quantité... Je les sensibilise sur pleins de choses qui peuvent jouer sur leur santé en général. Tu ne te blesses pas par hasard. Oui je pose des questions poussées, je vais les titiller pour qu'ils réagissent.

OK, je vois. Est-ce que tu veux rajouter quelque chose par rapport à ce sujet du consentement ?

Tu parles de la relation qui pourrait y avoir entre un kiné et une patiente si une patiente te drague ou si un kiné veut draguer une patiente.

Euh, je parle dans le soin mais comme là on parle de la relation entre un kiné/patient ... Si ça t'arrive donc comment tu t'y prends ?

La première fois, ça m'a fait flipper car tu te dis que c'est une patiente et que ça va changer la relation de soin. Après, direct la question a été abordée « est-ce que ça te dérange car je suis kiné au cabinet où tu vas, il ne faut pas que ça te mette mal à l'aise etc ». La réponse étant clair que non, j'ai pu me détendre. Ce qui se passe en dehors du cabinet... en dehors du cabinet, je ne suis pas kiné et elle n'est pas patiente. Mais ce sont des choses qui peuvent arriver et c'est bien d'en parler. Parce qu'on ne va pas dire que c'est tabou mais on ne va pas se mentir, on a un métier qui est physique, où tu parles, où comment tu dis on crée une relation qui peut dévier. Il faut faire gaffe, savoir comment réagir et se poser la question avant que ça arrive.

Oui, c'est vrai. Merci beaucoup pour cet entretien.

Annexe 9 : Retranscription de l'entretien H

Est-ce que ce serait possible pour vous de vous présenter sur le plan professionnel pour commencer ?

Sur le plan professionnel, OK. Alors du coup je m'appelle ***, j'ai eu mon diplôme en 1996. Ça fait 26 ans que je travaille en centre de rééducation. Sachant qu'au début, en sortant du diplôme, j'ai fait 2 mois en libéral et après j'ai exclusivement fait du salariat car c'est ce qui me convenait. J'ai commencé au CMC *** où j'ai fait plusieurs services. Déjà, j'ai tourné dans les services entre la cardio, l'ortho-traumato, le vasculaire, un tout petit peu les amputés, de la neurologie. Voilà, j'espère que je n'oublie rien. Et la rhumato pas trop. En 2009, les centres ont déménagé et j'ai suivi le mouvement à ***. Là par contre, j'ai été fixée en MPR ortho-traumato. Donc maintenant c'est stable !

OK, très bien. Depuis quand vous êtes en MPR du coup ?

Depuis septembre 96. Une longue période. On va dire que c'est mon rayon quoi. Mon rayon de crèmerie !

(Discussion autour des stages)

Je voulais donc vous demander comment se passe votre séance avec un patient que vous voyez pour la première fois, avant de faire son examen clinique ?

Alors, souvent je vais le voir en chambre, le jour de son arrivée. Je suis au courant de son arrivée car on a l'info soit par informatique, soit par le service qui nous tient au courant. Le jour même de son entrée, je vais le voir dans sa chambre, je me présente, j'ai un peu vu son dossier normalement avant. Normalement, j'ai vu soit ses radios soit un peu l'historique de ce qu'il a en fonction du temps que j'ai. Je me présente à lui, en lui disant mon prénom, ma qualification, le rythme de nos séances. Sachant que je lui dis beaucoup qu'on assurera au moins une séance dans la journée. Parce que là, vu le manque dramatique de personnels dans les services à l'hôpital... Par exemple, pendant les congés là, je vais prendre une semaine de congé et je ne suis remplacée qu'à mi-temps. Donc les patients vont avoir qu'une séance dans la journée. Sachant que je suis remplacée par les collègues, enfin voilà. En ce moment, il y a une espèce de crise de pointe au niveau du recrutement et au niveau des personnels avec des arrêts un peu longs... Bref. Je me présente à lui en lui disant qu'il y aura au moins une séance dans la journée. Après, il peut bénéficier du temps sur les plateaux, dès qu'il se sent, pour travailler en

autonomie, avec des exercices que j'aurai montré, qu'on aura fait ensemble au préalable. Voilà. Du coup, je marque sur son tableau Weleda que je suis kiné, je lui marque mon prénom et les horaires de séances pour le lendemain. J'essaye de voir le premier jour comment il se déplace. Déjà, s'il peut venir en autonomie sur les plateaux de rééducation. S'il a besoin de matériel pour ça ou pas. Voilà. Du coup, je le vois marcher ou je lui demande. En fonction de ce qu'il a et de comment je le sens, je lui donne RDV pour le lendemain à l'heure voulue. On arrive au moins à assurer une séance dans la journée. Pourvu que ça dure !

Oui, c'est clair.

Et en général, on essaye 2.

Ok, les patients restent combien de temps chez vous en moyenne ?

Ça dépend. Là j'ai une patiente qui est là depuis 6 mois mais c'est un peu particulier. Il y a des séjours très longs ... En général, ça va de 2/3 semaines à ... des fois ça dépasse l'année. Ça dépend de la pathologie. Globalement ce sont des séjours de 1 mois ou 2.

OK, ça marche. Je fais mon mémoire sur le consentement. Je voulais donc savoir dans votre pratique, quelle est la place que vous accordez au consentement ?

Qu'est-ce que vous appelez le consentement exactement ? Le consentement pour quoi ?

Alors, c'est une question assez globale. Le consentement aux soins, ça comprend aussi le consentement au toucher, le consentement à faire les exercices, à la prise en charge ... C'est une question assez globale.

Ok, et quelle place prend le consentement ? C'est vrai qu'après ... je leur demande s'ils sont OK pour venir sur le plateau technique, si je les sens capable, je leur explique que c'est un peu la marche à suivre ... Que c'est le mieux pour la prise en charge. Parce que sur les plateaux techniques, j'ai plus de matériel et que c'est vrai que quand ils y arrivent, s'ils peuvent se déplacer en autonomie, que ce soit en fauteuil roulant ou en canne, c'est quand même le mieux qu'ils arrivent à venir tout seul sur les plateaux. Des fois, je leur demande s'ils sont OK pour ça. Et puis, après le lendemain matin, quand ils sont là au RDV, je leur demande s'ils sont OK pour qu'on commence. C'est vrai que ça se fait en discutant. Est-ce que je leur demande tout le temps avant de les toucher. Alors ça c'est une bonne question. Après ça se fait assez naturellement

mais est-ce que je leur demande avant ... Je ne saurai pas trop dire. Après, c'est le moment où on déclenche l'empathie. On essaye de voir si ça pose un problème ou pas. Il y a des gens, au toucher, ça m'est arrivé d'avoir des patients qui me disent qu'ils n'aiment pas être touchés par exemple. Ça n'arrive pas souvent mais ça arrive. Donc là, on essaye de faire autrement. Voilà. Si on sent que ça pose problème au patient, on essaye de faire autrement par rapport au toucher. Ça m'est déjà arrivé quelqu'un qui me dit que vraiment le toucher lui était inconfortable, c'est quelque chose qu'il n'aimait pas. Voilà, donc je fais autrement. On essaye d'adapter. Après pour les exercices, on demande. Pareil pour la douleur, le consentement ... Est-ce que le patient est OK pour faire tel exercice, en général si derrière ça fait mal, on adapte. Ou pendant une mobilisation ! Par exemple, là j'ai un patient à qui je mobilise le genou parce qu'il a une ligamentoplastie il y a plus de 6 mois qui ne s'est pas bien passée. Il a été mobilisé sous anesthésie-générale donc là ce sont des séances où on fait des « mobilisations » un peu musclées et douloureuses. Alors là, le consentement c'est à chaque instant. On lui dit que dès qu'il lève la main, vous nous dites si ça fait trop, ou par la parole. Il y a toujours un geste pour dire stop. J'essaie d'être à l'écoute de ça. J'arrête. Puis je leur demande s'ils sont OK pour recommencer, ou pas. Voilà. Ça se fait naturellement quand même. Pourvu qu'ils reviennent à la séance d'après.

OK, donc il y a des soins particuliers où vous allez être plus attentive au ressenti de votre patient.

Oui, oui carrément. J'ai une patiente en ce moment qui est soignée pour une tumeur, un chondrosarcome sur un fémur, à qui on a enlevé 13 cm de fémur. Elle a des douleurs comme jamais j'ai vu une patiente avoir mal en 26 ans de boulot, elle je lui demande tout le temps si ça c'est bon, si on le fait. Si non, ça fait mal, au toucher ou que ce soit partout. Voilà, si je sens que ce n'est pas bon, j'arrête quoi.

OK, je vois. Juste avant, vous avez dit « si le patient revient »... Mais le patient chez vous peut ne pas venir aux séances ?

Ça se fait plus ou moins ... Officiellement, un patient qui loupe une séance, est-ce qu'on va le chercher dans la chambre ou pas. Pourquoi il a loupé la séance. S'il n'a pas envie de faire la séance, il n'a pas envie de faire la séance. Après, moi j'essaie de savoir pourquoi il n'est pas là. Si c'est parce qu'il a un RDV, parce qu'il n'a pas envie, qu'il dort et qu'il ne s'est pas réveillé. Ou des choses comme ça. Sur des gens qu'on voit 2 fois par jour pendant 6 mois, on voit bien le

comportement du patient. On voit aussi sa motivation et s'il est fatigué des séances, qu'il en a marre, si c'est trop douloureux. En général, les patients restent quand même motivés pour les séances, ils sont là. Après, il y en a qui vont être plus ou moins coopérants lors de la rééducation. Parce que le consentement, comment dire ... Il y a aussi la coopération des patients. On sent qu'ils sont plus ou moins coopérants. Entre consentement et coopération, la limite peut-être pas si ... Si tu n'as pas envie de te faire soigner en général, il va sortir du centre. S'il refuse la rééducation, ça a pu arriver, du coup en général si le refus se passe sur tous les soins en kinésithérapie, ils sortent de notre centre. On essaye de savoir pourquoi, qu'est-ce qu'il se passe car on a des psys, on a tout ça, il y a plusieurs corps de métiers, on essaye de savoir ce qui se passe avec les équipes, les aides- soignants, les infirmiers... En général, s'il refuse, c'est qu'il y a un souci. Quel que soit le souci, on essaye d'être à l'écoute et par contre après, il rentre chez lui. Ça peut arriver. Parce qu'ils n'ont pas envie, parce que voilà. Ça demande des efforts, ce n'est pas si simple que ça des douleurs. Il y a des gens qui ne sont pas aptes psychologiquement à tenir ça, ils seront mieux chez eux donc des fois ils refusent des soins en centre. Ça reste quand même relativement rare.

Oui, c'est vrai que si le patient n'est pas prêt, ça peut être plus compliqué.

Oui, nous en kiné, on a vraiment besoin du consentement du patient. Si le patient n'est pas consentant, on ne va pas pouvoir le soigner.

Tout à l'heure, vous m'avez dit que vous ne saviez pas si vous demandiez à chaque fois pour le toucher, c'est bien ça ?

C'est vrai qu'on l'installe sur la table, déjà en général pour les aider à s'installer, on va soulever une jambe, on va les aider un petit peu. Là du coup, le toucher commence. Donc naturellement, je ne vais pas leur demander s'ils sont d'accord pour que je leur prenne leur jambe. Ça se fait un peu naturellement.

Plus pour des mobilisations, lorsque le patient est déjà sur table.

Je lui explique en général, je lui dis ce qu'on va faire. On va mobiliser, on va masser. Je dis par exemple « là on va mobiliser la rotule, dites-moi si ça fait mal, dites-moi ce que vous ressentez ».

Justement quand vous lui proposez ça, est-ce que vous lui suggérez qu'il peut refuser le soin si besoin ?

En général, je lui dis ce que je fais et j'attends de voir la réaction. Mais c'est vrai que c'est un peu implicite que si jamais lui n'est pas d'accord, moi c'est OK. S'il me dit qu'il n'est pas d'accord ... C'est vrai que des fois la kiné sans toucher, c'est un petit peu plus compliqué quand même. Enfin dans tous les cas, ça engage de fortes complications. Si je perçois que c'est inconfortable pour le patient, j'essaye d'avoir des informations plus précises. Après j'adapte ma conduite. Comme j'ai dit l'autre fois, le patient qui m'a fait comprendre que le toucher lui était inconfortable. Du coup, je lui ai demandé ce qu'il se passait, je voyais que ça n'avait pas l'air agréable. On le voit tout de suite car il y a des signaux extérieurs qui guident bien si c'est agréable ou pas, si ça se passe bien, quand le patient continue à parler, à s'exprimer. Toute la communication non verbale va nous servir à voir si le soin se passe bien ou pas. C'est vrai que je ne commence pas une séance en disant « si vous n'êtes pas d'accord... », « dites-moi si vous êtes OK pour qu'on commence les soins ». Parce que quelque part, ils sont un peu là pour ça. Sinon ils ne viennent pas en centre de rééducation. C'est comme aller à la gare pour prendre un train, on ne va pas demander aux gens s'ils sont d'accord pour monter dans le train. Tout au long de la rééducation, on voit bien. Tout ça c'est à réadapter au cours du séjour. Des fois, au début du soin ça peut bien se passer et après on perçoit des difficultés, on parle, on échange et on essaye de voir ce qui se passe. Il y a aussi des possibilités de découragements ou alors des événements qui n'ont rien à voir avec le séjour, des événements extérieurs de la vie du patient qui font que ça devient compliqué pour le patient de suivre la rééducation. On essaye de communiquer avec le patient pour savoir si tout se passe bien pour lui, ce qui se passe, en laissant libre bien sûr.

Oui, donc vous essayez d'instaurer un climat qui permette au patient communiquer.

Oui, ça me paraît essentiel.

Dans votre pratique, est-ce qu'il y a des soins qui ne requiert pas de consentement ?

Vous pensez à quoi ?

Je ne sais pas, par exemple des gestes plus « communs », des mobilisations ? Tout à l'heure on disait que ça pouvait être compliqué de faire des soins sans toucher le patient. Est-ce

que pour vous par exemple la mobilisation va être un soin « simple » et donc vous ne questionnez pas ?

Oui, c'est vrai que je ne demande pas forcément là. Après je leur dis bien « est-ce que ça vous fait mal ? est-ce que c'est confortable, ou inconfortable ? ». Ça ne m'empêche pas de demander des retours pour autant. Mais c'est vrai que je vais plutôt guider la séance, c'est moi qui vais décider ce qui va se passer et du coup c'est un rythme un peu imposé. Il y a des fois, je leur dis au bout d'un moment, si moi par exemple je peux manquer d'inspiration, je leur dis « et vous, votre demande ? » ou au retour d'un weekend, leur demander s'il a perçu des difficultés dans la vie de tous les jours, qu'est-ce qu'il aurait besoin de travailler. Je vais les amener à avoir une réflexion là-dessus pour préciser leur demande par exemple.

Oui, pour pouvoir adapter le soin à chaque fois en fonction de l'état du patient ?

Oui, pour voir les attentes du patient. C'est vrai que sur des séjours longs ... Les patients n'hésitent pas à nous dire « là j'aimerais bien qu'on travaille ceci, j'aimerais bien qu'on travaille cela ». Une fois que le dialogue est instauré, le patient le fait naturellement et va se sentir libre de dire que cette fois il aimerait travailler ça, parce qu'il voit les autres kinés travailler donc ils ont vu un patient faire ci ou faire ça et ils n'hésitent pas à le demander par exemple. Du coup, j'aime bien. Ça ne me pose pas de problème, on l'intègre dans la séance. Ça permet d'orienter les soins aussi.

Oui, tout à fait.

C'est important que le patient prenne une part active, qu'est-ce qu'il veut, quelles sont ses demandes. Après il y a des patients qui vont essentiellement demander des massages parce que ça leur fait du bien. Des fois, il y en a qui vont s'installer dans une démarche un peu passive, par exemple pour une prothèse de genou, le massage va soulager. Mais des fois, est-ce que nous on ne crée par une dépendance au massage ? Est-ce que le patient a juste envie d'être cocooné ? Il y a d'autres choses à faire pour que ... On essaye aussi d'orienter le patient vers ce qu'on pense qui serait bien de faire pour son genou. Des fois, on oriente un peu la rééducation. Là, il faut acquiescer le consentement du patient par des explications. Leur signifier qu'il n'y a pas que le massage qui va leur rendre service. C'est important aussi de renforcer les muscles autour du genou pour une meilleure sécurité à la marche, pour une plus grande autonomie et puis quelque part pour un plus grand confort.

Ok, je comprends. Là vous avez dit que le consentement était important et que vous donnez des informations. Dans ce cas là d'un patient qui veut essentiellement du massage. Qu'est-ce que vous allez lui donner comme information ?

C'est un peu ce que je viens de vous dire. Pour que son genou soit sûr à la marche, pour que le genou ne lâche pas. C'est important qu'il y ait un certain tonus musculaire. Pour des réactions d'équilibre, pour le retour à la maison. Là, le massage ne lui fera rien. Enfin, il fera mais pas que. Par des explications, ce pourquoi nous faisons du travail musculaire actif, en charge. Quelque part le renforcement musculaire c'est de la répétition aussi. Il y a des choses à répéter, des mouvements ... c'est un peu casse pied des fois le renforcement musculaire. Du coup ça demande de passer par là pour acquérir un genou plus costaud.

Oui. J'imagine que des fois vous avez déjà eu des patients qui ne voulaient pas forcément des informations concernant leurs pathologies. Comment réagissez-vous avec ces patients ?

Ils le disent bien. En général ceux-là me disent d'arrêter les détails, qu'ils en ont eu trop. Je trouve qu'ils n'hésitent pas à le dire donc je me dis que OK c'est bon, alors on va faire ci ou faire ça.

Ok je vois, est-ce que vous allez quand même chercher à donner des informations ? ou être plus directive...

C'est une bonne question. Pas forcément plus directive. J'essaye d'informer et si je sens que le patient ne veut pas, alors il ne veut pas. Au bout d'un moment si clairement il ne veut pas, alors il ne veut pas. J'essaye de respecter ça. Je lâche assez facilement là-dessus. J'explique d'abord, j'explique s'ils risquent de louper si on ne fait pas tel truc mais s'il ne veut pas et bien clairement ... Par exemple, sur quelqu'un qui a une prothèse de genou, souvent il y a des flexums qui s'installent en post car le flexum est antalgique, parce que voilà. Lutter contre l'installation d'un flexum, c'est hyper douloureux donc là clairement, il faut le consentement du patient. Il faut arriver à choper sa motivation. Du coup, j'explique et je réexplique, des fois de nombreuses fois, sous différentes manières, l'importance que ça a de travailler sur l'extension d'un genou. On sait que le genou vieillira moins bien s'il y a un flexum qui n'est plus réductible. Je vais essayer d'expliquer et réexpliquer le pourquoi du comment il faut bosser dessus. Voilà, je vais revenir à la charge. Essayer de motiver le patient. Après si clairement lui il ne veut pas, qu'il revient du weekend et qu'il n'a pas fait les exercices à plusieurs reprises... au bout d'un moment,

je lâche aussi. Je leur dis d'ailleurs, je les préviens. Je leur dis que si je vois qu'au bout d'un moment je vois qu'eux ne font pas ... Je dis souvent que la rééducation c'est 50/50. 50 % kiné, 50 % patient. Si je n'ai pas la volonté du patient aussi, le boulot ne sera pas productif. Du coup, j'essaye au maximum de faire tout ce qu'il faut pour que leur genou aille bien mais si je sens qu'eux ne sont pas OK, je lâche. Quand on sent que la personne ne veut pas, quelle a trop mal ... Après par rapport à la douleur, en centre on peut les orienter assez facilement vers le médecin et les encourager à échanger régulièrement avec les médecins et les infirmières, à bien dire leurs douleurs. Bien dire si un médicament ils ne le supportent pas un médicament plutôt qu'un autre. Je peux aller discuter directement avec le médecin pour voir comment on peut être plus efficace si c'est la douleur qui freine le patient. Souvent les patients n'aiment pas prendre les antalgiques et puis c'est vrai qu'il y a des effets secondaires, que ce soit la fatigue, l'endormissement dus par les morphiniques, la constipation, tout ça. C'est vrai que j'ai 70 % des patients qui me disent qu'ils n'aiment pas prendre des médicaments. Voilà, ils n'aiment pas. Après contre la douleur, on a des techniques en kiné mais on n'en a pas 50 non plus. Des fois, la chimie nous aide bien du coup ... Voilà.

Oui, je vois. Tout à l'heure vous avez parlé de motivation. Vous vous servez donc du consentement pour travailler sur cette motivation, lui montrer qu'il est actif dans sa prise en charge.

Oui, ça on en parle. C'est essentiel pour motiver. Lui est vraiment acteur dans sa prise en charge.

Oui, voilà c'est ça. Je voulais aussi vous demander, depuis que vous êtes diplômée, comment votre rapport au consentement a évolué ?

J'ai envie de dire sûrement. Mon langage par rapport au patient, il a évolué en 26 ans, forcément. Plus ou moins ... C'est une vraie question. Au tout début, j'étais forcément moins sûre de moi, moins d'expériences, je connaissais moins les réactions que les patients pouvaient avoir, je connaissais moins mon boulot donc forcément c'est un peu plus délicat. Il y avait le côté, moins sûre de moi dans les thérapeutiques qui peut-être ... Par rapport au consentement, je n'en sais rien.

Oui, c'était pour savoir car dans notre formation, on nous en parle de plus en plus.

A l'époque, on ne nous en parlait pas tant ... En 96 ... le consentement du patient c'était une donnée pas très ... Ce n'était pas quelque chose qui revenait.

Ok et donc depuis que vous travaillez, des choses ont fait que vous avez réfléchi à ça ?

Oui, oui et j'ai vu que c'était important. J'ai compris cette histoire que si on veut la participation du patient, il nous faut son consentement donc on fait en sorte de l'avoir. On est des commerciaux du consentement les kinés. C'est important pour le résultat qu'on va avoir. On a tout intérêt à ce que le patient soit consentant. C'est vrai qu'au fur et à mesure de la pratique, on débloque des techniques pour ça, j'ai envie de dire. Oui, ça a changé, je ne sais pas trop en quoi. J'aurai du mal à décrire comme ça mais oui, oui ça a changé.

Quand vous parlez des techniques, vous pensez à quoi ?

Des techniques dans la communication et ouais, j'ai aussi des collègues qui ont fait des formations de communication thérapeutique. Du coup, je prends un peu des trucs. Pour instaurer un lien avec le patient qui permet de bien bosser ensemble. C'est un travail d'équipe.

Ok, très bien. J'ai fait le tour des questions que j'avais à vous poser. Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose au sujet du consentement ?

Non, c'est bien comme ça.

Merci beaucoup en tout cas.

Annexe 10 : Retranscription de l'entretien I

Pour commencer, est-ce que ce serait possible pour vous de vous présenter sur le plan professionnel ?

Oui, j'ai eu mon diplôme à *** en 2012, là je travaille sur *** depuis novembre 2013.

Est-ce que vous avez toujours fait de la périnéo ?

J'ai commencé en 2014/2015 par faire une première formation de base. Chaque année, j'ai fait de plus en plus de formation pour me spécialiser vraiment là-dedans. Donc je fais les femmes, les hommes, les enfants, un peu d'anorectal. J'ai fait un DU de périnéo à *** en 2020.

(Discussion autour du DU de périnéo)

Je voulais vous demander comment se passait votre première séance avec une personne que vous voyez pour la première fois, avant de faire votre examen clinique ?

Alors je ne faisais pas du tout comme ça avant, maintenant ma première séance c'est vraiment que le bilan papier, toutes mes petites questions. Tous les questionnaires, l'anamnèse et tout ça. Après, je leur fais un petit cours d'anatomie très succinct. Pour leur expliquer, j'ai mon petit bassin anatomique en 3D, pour leur expliquer comment ça fonctionne. Comme je leur dis, ce n'est pas juste « faites ce que je vous dis, moi je connais », je veux vraiment qu'elles comprennent pourquoi on fait tout ça. Souvent, elles découvrent pleins de trucs. Donc voilà, je trouve ça dommage de ne pas savoir tout ça donc c'est l'occasion de l'apprendre, mieux vaut tard que jamais ! Mais voilà, elles apprennent leur petit cours d'anatomie et je leur dis qu'à la prochaine séance, on fera leur examen clinique donc vraiment en toucher vaginal. Je ne les prends pas par surprise à la première séance.

OK, et ça peut importe le patient, vous allez toujours faire comme ça ?

Oui, il y a des gens qui ne savent pas du tout à quoi s'attendre. Si on leur dit tout de suite « allez-y déshabillez-vous », c'est un peu moyen. Je préfère faire mon petit bilan papier, au moins j'ai un super bilan béton. Petit cours d'anatomie. Si on a le temps, on fait un petit peu de travail respiratoire ou juste de la prise de conscience. On fait l'examen clinique la fois d'après.

OK d'accord. Du coup, comme je fais mon mémoire sur le consentement, je voulais justement savoir quelle est la place que vous accordez au consentement dans vos prises en charge ?

Alors, je me suis toujours dit qu'il faudrait que je fasse, en formation on nous donne les consentements types à faire signer. Mais il y a déjà tellement d'administratif, tellement de papiers entre les bilans, encore maintenant je fais les bilans sur les tablettes donc ça va bien. Enfin, ça ferait un papier en plus à imprimer, à faire signer ou alors faire signer sur la tablette. Je n'ai pas encore mis un truc au clair. Mais voilà, le fait de leur expliquer, de leur demander à chaque fois si c'est bon pour elle, plusieurs fois. Même avant l'examen clinique, je sais par l'expérience que les sage-femmes, des fois elles font un toucher vaginal sans prévenir. Je demande toujours « est-ce que je peux y aller ? est-ce que c'est bon pour vous ? ». C'est plus un consentement oral sur le moment plus qu'un papier à signer parce que je n'ai pas trouvé le format adéquat, en pratique.

On vous recommande en formation de faire signer un consentement écrit ?

Oui, à l'EIRPP un certain organisme de formation qui nous en parle à chaque fois.

Donc ça voudrait dire qu'à chaque séance, vous faites resigner un consentement ?

Non, je pense que c'est pour un traitement. Moi, je sais que je le fais vraiment à l'oral et je dis bien toujours aux dames que si elles ne veulent pas, on a toujours d'autres façons de faire. On n'est pas obligé de faire un toucher vaginal ou un toucher rectal. On a toujours d'autres possibilités et si elles ne veulent pas, il y a aucun souci.

Justement, quand une personne refuse, comment vous réagissez ?

Alors, de souvenir ça ne m'est jamais arrivé ... Qu'elle refuse catégoriquement ? Qu'elle n'aime pas trop et qu'elle me le dise après, on trouve toujours autre chose. Soit on le fait en externe, soit je fais sans contrôle manuel ou avec une sonde. Des fois, je travaille aussi avec les sondes et les dames préfèrent travailler avec la sonde qu'en manuel. Elles trouvent ça moins invasives que ce soit un objet plutôt que mes doigts sans arrêt. De plus en plus pour les post-partum qui vont bien, elles en ont un peu ras le bol d'être tripotées et tout donc on fait pas mal avec la sonde. Elles sont contentes, c'est juste une sonde, elles savent à quoi s'attendre. C'est moins traumatisant pour elles. C'est une sonde par biofeedback. Je fais de l'électrostimulation pour les patientes qui n'arrivent vraiment pas à contracter, c'est plutôt à viser proprioceptif. Mais non,

c'est principalement du biofeedback et dans tous les cas, s'il y a de l'électrostimulation, elles ont toujours une petite télécommande pour arrêter ou pour baisser. Ce sont elles qui gèrent leur truc.

OK, je vois. Justement, quand vous prenez en charge des personnes, est-ce que vous leur suggérez qu'elles peuvent refuser un soin ?

Alors, je leur dis toujours qu'il n'y a rien d'obligé, qu'elles peuvent arrêter quand elles veulent, qu'on peut changer quand elles veulent. Il ne faut pas qu'elles hésitent à me le dire. Pareil pour les questions, qu'elles n'hésitent pas à me couper si elles ne comprennent pas.

Ok ça marche. Et qu'est-ce que ça va vous apporter à vous de demander le consentement de votre patient ?

Forcément, s'ils sont consentants, ils s'investissent mieux dans le traitement. Il y a moins de lapins, ils viennent sans arrêt, ils sont investis dans leur rééducation, ils participent. Donc forcément, ça fait tout. S'ils viennent à reculons, ça veut dire qu'il n'y a aucun exercice fait à la maison, ils ne se prennent pas en charge. Parce qu'ils n'ont pas envie donc souvent ils ne viennent pas et ils arrêtent très rapidement leurs séances. S'ils ne voulaient pas vraiment cette rééducation ...

Quand vous donnez des infos, comment vous gérez les difficultés avec certaines personnes quand par exemple elles ne comprennent pas pourquoi vous leur demandez le consentement ?

Alors, souvent les patientes quand je leur demande quand je vais faire un toucher vaginal, je leur dis « c'est bon, je peux y aller ? ». Puis il y en a 1 ou 2 qui m'ont demandé « pourquoi vous demandez ? ». Style, je suis là donc c'est bon quoi ! « Oh et bien parce que d'habitude la sage-femme ne demande pas ou le gynéco ne demande pas et il y va ». Donc oui, des fois il y en a qui sont surpris que je leur demande l'autorisation.

Dans ces cas-là, comment vous allez réagir ?

Alors on en discute souvent. Je leur dis que c'est normal de demander, enfin je leur dis surtout que ce n'est pas normal de ne pas demander. Là elles comprennent et elles disent que c'est vrai, que c'est la moindre des choses des choses de demander avant de faire un toucher vaginal.

Quand elles sont passées après une grossesse, où il y a eu pleins de touchers et qu'on ne leur a pas forcément demandé l'autorisation, elles sont surprises qu'on leur demande après.

Et avec les enfants ou les hommes, vous avez déjà eu des situations similaires ?

Les enfants, je ne les déshabille pas. J'essaye de ne pas les déshabiller. On arrive juste en comportemental et en biofeedback avec le transverse à travailler donc ça, ça va. Mais pareil, je leur explique, je leur dis qu'ils ne sont pas obligés de faire, tout pareil. Les hommes, c'est pareil. Ils ont un peu plus de réticence parce que c'est un toucher rectal mais je leur dis exactement pareil « est-ce que je peux y aller ? on peut arrêter à tout moment si vous avez mal, s'il y a des soucis ». Mais les hommes prennent moins mal que les femmes l'examen.

Ah oui ok, pour quelles raisons vous pensez ...

Parce que je pense que les femmes, elles ont tellement ... Elles viennent après un accouchement et elles en ont tellement ras le bol qu'on les embête pour ça que ouais, elles saturent, elles n'ont plus envie d'être manipulées à ce niveau-là quoi.

OK, je vois. En général, comment ça se passe ? Est-ce qu'elles le verbalisent ou c'est plutôt dans l'attitude ou ... ?

Oui, une ou deux m'ont dit clairement que voilà, ce n'était pas le moment le plus agréable pour elles. Dans ce cas-là, je leur demande et je leur dis « si vous voulez, on fait qu'avec la sonde », enfin si le cas s'y prête. Si ça va bien et que je leur dis que maintenant on peut faire avec la sonde, il n'y a aucun souci. Là, elles sont rassurées.

Le fait de demander à votre patient son consentement, qu'est-ce que vous pensez que ça peut lui apporter ?

Ça le rassure, il sait qu'on le respecte et que n'importe quel choix il fera, on respectera son choix. S'il veut arrêter, on est d'accord. S'il veut continuer, on est d'accord. On ne fait pas ça sans son avis, c'est vraiment lui qui maîtrise la rééducation.

Oui tout à fait. Est-ce que pour vous en rééducation vésicule-sphinctérienne, il y a des soins qui ne requiert pas le consentement de votre patient ?

Je pense qu'on ... Le consentement parce qu'il y a un traitement interne mais je pense que globalement, toutes les rééducations devraient avoir un consentement. Mine de rien, on a bien

des patientes qui par exemple n'osent pas se déshabiller donc forcément ... Pour nous ça nous paraît logique, après les études, on se voit en sous-vêtements et on est en sous-vêtement constamment donc nous ça ne nous choque pas quelqu'un qui se déshabille. On ne pense plus qu'il y a des gens qui sont un peu mal à l'aise avec ça. Des fois ça nous fait du bien aussi de voir des gens qui s'expriment, qui nous disent qu'ils sont un peu gênés. Là, on se dit que oui, c'est vrai que c'est facile pour nous, on a l'habitude et ça ne nous choque pas mais certains oui.

Oui, je vois. Donc du coup quand vous recueillez le consentement de votre patient, vous lui donnez quelles informations ?

Je leur dis qu'on peut arrêter quand ils veulent, que ce sont eux qui choisissent si on continue ou pas. C'est eux qui maîtrisent la rééducation. C'est eux qui décident tout en fait. Moi je suis là pour proposer des plans de traitement et « ah bah non je ne préfère pas ça », je leur dis si besoin que ça, ça serait le mieux mais si ça ne lui convient pas, on peut faire autre chose.

Donc vous lui donnez les clefs pour qu'il soit lui-même acteur de sa prise en charge et que ce soit à la personne de décider ce qu'elle veut pour elle-même.

Oui, c'est ça. Surtout en périnée, c'est 90 % de travail perso. Moi je leur dis « je vous donne toutes mes clefs, à vous de faire ». Si les gens ne font pas à la maison, je ne peux pas faire à leur place. Comme toutes rééducations, les lombalgies et tout ça, ceux qui ne font rien ... On le voit tout de suite dans tous les cas.

Donc du coup c'est un consentement aux soins quand ils sont avec vous mais c'est aussi un consentement à la prise en charge globale.

Oui, voilà ! Il faut qu'ils sachent, je leur dis dès le départ que s'ils ne font pas les exercices, ça n'avancera pas. On aura beau faire 50 séances, s'ils ne font rien de leur côté, on ne pourra pas. C'est un peu comme si c'était un peu un contrat entre nous deux. Je m'engage à les rééduquer et à leur donner mes petites clefs mais il faut qu'ils bossent aussi à côté.

Est-ce qu'au fur et à mesure des séances, une relation va s'installer avec le patient alors je me demandais si vous alliez questionner de la même manière que ce soit au début de la prise en charge ou plus tard ?

C'est une rééducation un peu intime donc les patients se confient peut-être un peu plus. Ils peuvent nous parler de tout ce qui est douleur, tout ce qui est sexuel et tout ça. Le fait de l'émaner

facilement, les personnes en parlent facilement. On est peut-être plus intime avec eux mais voilà, ça s'arrête là. Après c'est comme avec les autres patients, j'aime bien papoter avec eux, leur demander ce qu'ils ont fait ce weekend et tout ça. Non ça ne change pas trop là-dessus.

OK, ça marche. Depuis que vous êtes diplômée, est-ce que vous avez vu qu'il y avait une évolution dans votre rapport au consentement entre le moment où vous avez eu votre diplôme et aujourd'hui ?

Oui, j'ose plus facilement. Le fait d'être plus à l'aise, les patients sont peut-être plus sereins, ils ont peut-être plus confiance. Donc j'ose plus. Au début, on a peut-être tendance à s'excuser « ah je suis désolée madame ... », alors que maintenant on sait ce qu'on fait, on sait prévenir les patients et on sait un peu ce qu'ils redoutent un peu plus. On arrive à anticiper un peu plus leur réaction. On arrive à mieux les conseiller.

Oui, je vois. Donc vous avez plus d'assurance parce que vous avez plus de pratique derrière vous. Je voulais savoir si l'évolution de la société avait eu un impact sur votre représentation du consentement ?

Non, non il n'y a pas eu de changements.

Ok. J'avais une question par rapport à ce qu'on disait tout à l'heure. Quand vous avez un patient qui vous dit qu'il ne comprend pas trop pourquoi vous recueillez son consentement car il est chez un professionnel de santé. Est-ce que vous allez changer votre comportement ?

Non, je pense qu'à chaque fois c'est vraiment un automatisme de demander. Oui c'est vraiment systématique.

D'accord, je crois que j'ai fait le tour des questions que j'avais. Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose ?

Non, je pense qu'on a fait le tour !

Merci beaucoup !

Annexe 11 : Retranscription de l'entretien J

Merci beaucoup d'avoir répondu à mon message. Est-ce que ce serait possible pour toi de te présenter sur le plan professionnel ?

Oui, alors j'ai fait mes études à ***, je suis sortie en 2001 de l'IFMK de ***. Après j'ai fait 6 ans de libéral sur *** dans un cabinet, on était 3 et on a fini à 5. C'est un cabinet qui s'est un peu développé. Après j'ai déménagé sur ***. Je me suis arrêtée 2 ans quand j'ai eu ma fille parce que je voulais profiter d'elle un petit peu. Après quand j'ai rattaché, j'ai rattaché au CHU de *** en salariat à l'IDR. Les horaires me convenaient mieux avec un enfant en bas âge, c'est pour ça que j'ai rattaché en structure. Et ça m'a bien plu, l'ambiance de l'équipe, le type de poste et tout ça m'a bien plus donc je suis restée là-bas depuis. Donc depuis 2009. Au départ, j'ai tourné un peu dans les services. J'étais au pool donc j'étais un peu en neurologie, en cardio, en traumatologie et en vasculaire pendant quelques mois. Après il y a une place qui s'est libérée en traumatologie donc comme c'est ce qui m'intéressait le plus, je me suis positionnée. Depuis, je suis toujours là-bas, en MPR traumatologie- orthopédie.

Donc t'es arrivée en 2009 et t'es à l'IDR depuis combien de temps ?

Depuis début 2010. J'ai tourné 4/5 mois à peu près et après un poste s'est libéré en fixe. C'est un poste qui me convient bien, je m'y plais bien donc je suis toujours là-bas. *** a travaillé dans ce service-là pendant quelques temps aussi.

OK, super. Je voulais d'abord te demander dans les grandes lignes comment se passe ta première séance avec un patient que tu rencontres dans ton service ?

Ok, alors le patient arrive souvent dans la matinée. Souvent il est transféré d'un autre service ou il vient du CHU juste à côté. Il arrive dans la matinée donc l'équipe vient l'accueillir et l'installer dans sa chambre. Dès qu'il est à peu près installé, je vais le voir pour voir s'il a besoin de matériel, d'un fauteuil roulant, des cannes, quelques choses pour l'aider à se déplacer ou une aide technique. Je vais me présenter, je vais expliquer un petit peu ce qu'on va faire, comment ça va se passer. On essaye de faire à peu près 2 séances par jour, quand c'est possible, hors réunion et hors remplacement, quand il y a besoin. Donc on lui explique qu'il y aura 2 séances par jour, quotidiennement. On explique où ça va se passer. En gros, on pose un petit peu les choses. On donne des horaires et après dès que c'est possible, on emmène le patient sur le plateau technique et on commence. On fait un bilan d'entrée. Je n'ai pas précisé, quand le patient arrive, c'est le médecin qui le voit en premier. Nous on va le voir pour se présenter et lui donner

les horaires mais après on s'occupe de lui quand le médecin l'a vu, qu'il a fait son bilan d'entrée clinique. On s'informe des consignes et autres qu'il peut y avoir pour se patient pour pouvoir justement lui donner le matériel adapté et les consignes adaptées. Donc quand on emmène le patient sur le plateau quand c'est possible, donc quand il n'est pas alité strict, on va faire un bilan d'entrée donc interrogatoire, instructions patient et tout ça. Après, soit on commence un petit peu le traitement, mobilisations, un peu de massage, en fonction du temps qu'on a. Souvent le bilan, je ne le fais pas d'un coup. Je ne vais pas faire le bilan complet d'un coup. Je vais d'abord faire l'interrogatoire au départ et souvent je commence à mobiliser déjà le patient, à faire un début de séance pendant le bilan quoi. Souvent je l'étale sur une ou deux séances.

OK, donc pendant que le patient te raconte ce qui lui arrive, tu le mobilises en même temps ?

Alors je fais plus l'interrogatoire avec l'ordinateur, je rentre toutes les données et souvent, après je vais le mobiliser pour déjà voir ce qui est bilan articulaire, palpation. On va forcément le prendre un petit peu en main. Moi, personnellement, je ne fais pas un bilan strict sans rien faire. Je le mobilise un petit peu, je masse un peu pour détendre aussi pour prendre un petit peu contact aussi. Je fais mi-bilan, mi début de traitement on va dire. Si le patient est douloureux, il faut l'installer. Après si tu masses un petit peu, il va se détendre donc tu obtiendras une meilleure détente du patient pour pouvoir après mesurer les amplitudes. Si le patient arrive et qu'il est tout stressé, tout crispé, tu ne vas pas lui plier le genou, enfin s'il vient pour une prothèse de genou. Je trouve intéressant d'en même temps du bilan, poser un petit peu les mains, essayer de détendre le patient, qu'il prenne confiance un petit peu déjà en toi. Après tu peux le mobiliser de manière plus détendue pour lui quoi.

Oui, je vois. Mon mémoire porte sur le consentement donc j'aimerais savoir quelle est la place que tu accordes au consentement dans ta pratique justement à l'IDR.

Pour quels types de gestes ? Ne serait-ce que pour toucher le patient ?

Oui, c'est ça. De manière assez globale ?

Je ne sais pas si ça répond à ta question mais souvent je vais expliquer au patient ce que je vais faire. Je ne vais peut-être pas forcément demander « est-ce que vous êtes d'accord si je fais ci ou ça », enfin si pour certaines choses bien sûr mais par exemple quand je vais faire le bilan, je

vais regarder sa jambe. Souvent je demande quand même « je vais remonter le pantalon de votre jambe pour regarder votre genou », enfin j'explique plus ce que je fais que vraiment demander. Si le patient doit se dénuder, bien sûr je vais lui demander si on peut faire si ou ça. Sachant qu'on va de toute façon mettre des pares-vents, des choses comme ça. Je ne sais pas si ça répond à ta question ... Globalement, je n'arrive pas sur le patient, je ne lui saute pas dessus. Je lui dis que là, on va regarder son genou donc ... Par exemple, plus en chambre quand le patient est alité avec un drap. Souvent, je vais plus demander si je peux enlever le drap car je ne sais pas si le patient est nu dessous ou pas. Donc je demande systématiquement. Après c'est vrai que sur le plateau technique, les gens arrivent en short, ils sont déjà en tenue de rééducation donc c'est vrai qu'en terme de consentement, je ne demande pas systématiquement « est-ce qu'on peut toucher votre genou ? ». Je vais plus dire ce que je vais faire donc si le patient n'est pas d'accord, il va me dire non. Mais c'est vrai que ... Ce n'est pas une question que je ne me suis pas vraiment posée dans ce sens ...

Si si mais c'est très bien. Quand tu dis qu'il y a certaines choses pour lesquelles tu vas demander si le patient est d'accord, c'est justement quand tu vas par exemple soulever le drap. Est-ce qu'il y a d'autres contacts où tu vas être plus attentive à ça ?

Oui, quand ça touche un peu plus à l'intimité. C'est sûr qu'un patient qui va être alité, souvent le patient n'est pas forcément habillé donc effectivement, je demande avant. Après si c'est quelqu'un qui vient par rapport à un œdème du bras par exemple, si je dois aller un peu palper vers la poitrine, je vais lui demander s'il peut enlever le haut. C'est plus quand ça va atteindre l'intimité de la personne. Oui, je vais être plus attentive effectivement que si c'est pour toucher un pied par exemple.

Est-ce que dans tes PEC, tu suggères à ton patient qu'il peut refuser un soin si besoin ?

Dans tous les cas si un patient me dit que non, il n'a pas envie que je fasse tel ou tel geste, déjà je ne vais pas le forcer s'il me dit que non. Après je vais peut-être lui demander pourquoi. Qu'est-ce qui le dérange dans ce que je propose ? S'il me dit qu'il a été traumatisé par quelque chose ou quoi, je lui dis que ok, je comprends, on peut faire autrement. Si vraiment c'est obligé ... Je n'ai pas d'exemple en tête. D'une part, je ne vais pas le forcer, je vais attendre que lui me donne son accord. Après je vais forcément essayer d'argumenter. Si c'est important que je fasse ce geste, je vais argumenter pour lui dire que voilà. Pour traiter ça, je vais être obligé de faire ce genre de gestes. Si je ne le fais pas, on ne va pas traiter le problème. Mais je peux comprendre

que la personne ne le souhaite pas en fait. Je vais essayer vraiment d'argumenter pourquoi je veux le faire. Après, si les réticences du patient sont supérieures aux bienfaits de ce qu'il peut faire, je vais accepter complètement qu'il ne veuille pas. Je ne force pas les gens à faire les choses qu'ils n'ont pas envie de faire. Par contre, dès qu'il me dit « non », je ne vais pas dire « ok, hop on passe à autres choses ». Je vais forcément essayer de creuser pourquoi il ne veut pas, voir est-ce qu'il y a moyen de faire autrement ou voilà.

Justement je me demandais, si à l'IDR le patient refuse les soins, comment ça se passe ?

J'essaye de réfléchir à un cas car ça ne m'arrive pas très souvent quand même. Heureusement. Il y a des patients ou des patientes, on a des exercices pour rééduquer un genou, on ne fait pas que du massage sinon ça ne marche pas en fait. Il y a des patients qui sont demandeurs de massages et ils ne veulent rien faire d'autres. Donc on essaye d'expliquer que ce n'est pas comme ça qu'ils vont récupérer du muscle, la marche. J'essaye d'argumenter. Après, si vraiment le patient ou la patiente veut un massage, je vais voir le médecin et je lui dis que ce patient ou cette patiente ne veut faire que ça et qu'à un moment donné ... Il peut aller en libéral. Même en libéral, ce n'est pas forcément ça qu'il va faire mais il prend une place en rééducation de quelqu'un qui aurait besoin de soin. Ça va être plus en discutant avec le médecin. Donc le médecin va voir le patient, pareil pour essayer d'avoir un peu plus d'adhésion au traitement. Si c'est vraiment nécessaire. Voilà, c'est un exemple comme ça, pour une prothèse de genou, si tu ne fais que du massage, tu ne vas pas forcément récupérer. À un moment donné, si le patient ne veut pas faire d'exercices, nous on est un peu coincé et on ne va pas le garder 6 mois à lui faire du massage tous les jours. À un moment donné, ça nous pose un problème du point de vue de la prise en charge par rapport aux objectifs du centre de rééducation. Après si le patient ne veut pas faire d'exercices, je ne vais pas lui mettre un couteau sous la gorge pour qu'il fasse ses exercices. Mais voilà, on va plus essayer de discuter, de comprendre pourquoi et à un moment donné, il faut que ça avance quand même. Ça peut arriver, c'est très rare mais ça arrive. Après, je n'ai pas trop été confronté à ce genre de cas. Des patients qui ont un genou très très douloureux, qui ont vraiment très peur qu'on les touche, on essaye de trouver d'autres moyens. On essaye toujours de trouver d'autres solutions que le geste que le patient ne veut pas faire.

Pour reprendre, tout à l'heure tu disais que tu informais beaucoup le patient. Sur quoi tu vas lui donner des informations ?

C'est variable, ça dépend. Je ne vais pas dire que pour chaque patient, chaque geste que je fais, je vais dire systématiquement tout ce que je fais. C'est globalement, je vais prendre une prothèse de genou car c'est vrai qu'on en a beaucoup. Avec une prothèse de genou qui est très douloureuse, souvent le patient arrive, c'est compliqué pour mobiliser, monter sur la table et tout ça, ce n'est pas évident. Donc après, je vais lui expliquer pourquoi il a mal, pourquoi c'est normal d'avoir mal après une intervention. Ça va dépendre du patient ou de la patiente. Pour un patient qui saute sur la table et qui va très bien, je ne vais pas forcément lui expliquer pareil que le patient qui arrive, qui est super douloureux, qui a un genou énorme. Souvent, il y a beaucoup de patients qui ont besoin d'être rassuré, pourquoi ils ont mal, pourquoi c'est gonflé, pourquoi ils n'arrivent pas à marcher et tout ça. Donc il y a des personnes qui verbalisent et qui posent des questions. Et il y a des personnes qui ne disent rien. Ceux-là, je vais peut-être moins leur expliquer. Ceux qui posent des questions, je vais répondre à leurs questions tout simplement. Il y en a, on sent que ... voilà. Il faut leur expliquer, les rassurer. Donc je vais vraiment faire au feeling avec le patient que j'ai. Je n'agis pas forcément systématiquement pareil avec tout le monde. Après, oui. Effectivement, je peux expliquer la douleur, l'œdème, l'hématome. Ce sont des choses que je vais peut-être expliquer spontanément chez quelqu'un chez qui je vais sentir que ça va l'aider.

Le fait de donner autant d'informations, qu'est-ce que tu penses que ça va apporter au patient ?

Alors, pourquoi je vais donner autant d'informations ... Alors d'une part, pour le rassurer. Le fait d'avoir un genou très gros et douloureux, c'est angoissant. Du coup, ça va créer une crainte du mouvement donc c'est plus pour que le patient sache que c'est normal d'être douloureux, qu'on peut régler le problème avec des antidouleurs, avec de la glace. Après, j'essaie de donner les moyens aussi pour soulager. Après au niveau de l'adhésion du patient sur le traitement, ça va être important aussi parce que le patient qui a mal, il n'a pas très envie qu'on lui mobilise son genou. Donc après, il faut lui expliquer quand même que mobiliser son genou, c'est important. Sinon, après il va avoir des raideurs. Plus on attend et plus c'est difficile de bouger. C'est vraiment pour que le patient puisse être acteur de son traitement. Globalement, c'est pour que le patient comprenne exactement ce qu'il a, pour qu'il puisse bouger plus facilement. Le but c'est qu'il comprenne ce qu'on fait comme travail et qu'il soit acteur de ça en fait. Pour moi c'est vraiment ça l'idée. La rééducation c'est un travail d'équipe entre le patient et le kiné. Si le patient ne participe pas, il ne fait rien, on ne va pas avancer beaucoup. Du coup, le kiné fait beaucoup

de travail. A contrario, si le kiné ne fait rien et que le patient est très motivé, s'il n'est pas guidé dans ses exercices, ça va être plus compliqué. Pour que ça fonctionne, il faut que les deux soient un peu sur la même longueur d'onde. Pour moi, c'est important d'expliquer les choses.

Oui, totalement. Je vois. Qu'est-ce que ça va t'apporter à toi en tant que kiné de recueillir le consentement du patient ?

Qu'est-ce que ça va m'apporter ... Comme je t'ai dit, ça m'apporte l'impression de travailler en équipe avec le patient. Je ne suis pas là pour faire mon boulot, toute seule dans mon coin. Pour moi, c'est ça que ça m'apporte, c'est vraiment d'avoir l'impression d'un échange, d'une coopération.

OK, donc créer une sorte de partenariat avec le patient pour que le soin soit donné dans les meilleures conditions.

Oui, c'est ça.

Alors, je voulais aussi te demander si pour toi, il y a des soins qui ne requièrent pas du tout le questionnement du consentement ?

Des soins, qui ne requièrent pas de consentement. Alors je dirais non dans un sens ... Le consentement dans le sens global, comme je te dis, je ne vais pas forcément demander « est-ce que je peux vous attraper le pied ? », « est-ce que je peux faire ci ... ? ». Par contre, dans la mesure où le soin est un rapport, que ça atteint le patient dans son corps, dans un côté affectif, émotionnel et tout ça. J'ai envie de dire que tout nécessite consentement oui, quelque part. Même si comme moi, c'est peut-être un consentement tacite. Comme je te dis, je ne vais peut-être pas demander forcément mais par contre si le patient me dit qu'il ne faut pas toucher son pied ou qu'il ne faut pas faire ci, forcément je ne vais pas le faire. Donc voilà. Après, il y a des patients, ils viennent sur le plateau technique et puis ça les dérange qu'il y ait pleins de monde donc on va s'isoler. On va essayer de faire en sorte d'être à l'écoute de ce que la personne nous demande dans la mesure du possible, on ne peut pas toujours mais on essaye au maximum. Je dirai que oui, quelque part, tout nécessite un consentement qu'il soit verbalisé ou tacite.

Quand tu parles de consentement tacite donc c'est plutôt avec un patient avec qui tu as fait plusieurs séances et que tu connais.

Oui, c'est ça, tout à fait.

OK ça marche. Quand tu as des patients qui te disent qu'ils sont là pour la rééducation donc que tout est bon. Comment tu réagis avec ces patients ? Quand ils ne comprennent pas l'intérêt que tu questionnes leur consentement, que tu leur donnes de l'information etc.

Alors, déjà, ce n'est pas très souvent. Après c'est vrai que des fois quand j'explique qu'on va faire ça et tout ça, on me dit « allez-y c'est vous la professionnelle, vous savez mieux que moi s'il faut faire ça, tout ça ». Non, c'est vous. Après, je me dis que c'est une personne qui n'a pas forcément besoin d'entendre ce qu'on va faire. Souvent je réponds que j'aime bien expliquer ce que je vais faire comme ça il n'est pas surpris, il sait pourquoi on le fait et après quand il va sortir d'ici, il aura compris le but de l'exercice. C'est vrai que j'explique au patient ... Enfin c'est souvent le discours que j'ai, ceux qui me disent « allez-y faites ce que vous avez à faire », je parle toujours du travail d'équipe. Donc ça revient beaucoup. Et ce que je dis, c'est qu'après il va sortir d'ici et il va continuer aussi sa rééducation avec un kiné libéral mais lui aura aussi des choses à faire par lui-même pour continuer à progresser. Donc voilà, j'explique pourquoi je leur explique et après si vraiment ... Ça ne m'est jamais arrivé qu'on me dise « ha non mais ça ne m'intéresse pas, allez-y faites ». Ça ne m'est jamais arrivé qu'on me dise ça. En général, ça va plutôt lancer le dialogue. C'est assez rare qu'on me dise ça. En général, les patients aiment plutôt bien le fait qu'on leur explique. La plupart sont plutôt contents qu'on leur explique.

Même si c'est rare, est-ce que tu vas modifier ton comportement, moins expliquer ou tu vas continuer ?

J'ai du mal à ne pas expliquer en fait. Après, si vraiment ils me disent « ça me soul, taisez-vous », je vais me taire. Ce n'est jamais arrivé. C'est vrai qu'après je me dis qu'au moins je fais mon boulot, après lui il prend ou ne prend pas. Ça le regarde. Après, on parle de travail d'équipe mais des fois, le travail d'équipe ne fonctionne pas plus que ça. Tu sens que des fois il y a des blocages. Après ça peut-être personne dépendant, tout le monde ne peut pas s'entendre avec tout le monde à un moment donné. Ce qui est assez rare mais ça arrive, si le courant ne passe pas, on va voir avec le médecin et avec le cadre et des fois on change de kiné. Si vraiment on voit qu'il y a un blocage, ça peut arriver. Ça arrive plus souvent avec certains kinés ou certains patients. On ne travaille pas tous pareil, on n'a pas tous les mêmes méthodes et tout ça donc des fois, on peut être amené à changer de kinés ou de patients. Il peut y avoir des choses comme

ça. Parce que ça ne passe pas justement. Dans un sens ou dans l'autre. Du coup, je trouve que c'est important ... Je continue à expliquer quand même et le patient, il prend ce qu'il veut. Après on ne m'a jamais dit « c'est bon, taisez-vous, vraiment ça ne m'intéresse pas, ça me soule ». On ne m'a jamais vraiment dit ça. Donc j'imagine que le patient, ça ne le dérange pas plus que ça quand même.

Oui, totalement. Le patient quand tu le vois, c'est généralement sur le plateau technique, c'est assez rare quand tu montes en chambre sauf quand c'est en aigu.

C'est ça, la plupart du temps, c'est sur le plateau. Après ça arrive les traitements en chambre, comme les patients qui sont alités stricts et qui ne peuvent pas sortir du lit. Même des fois dans ces cas-là, on essaye d'emmener les lits sur le plateau, pour que le patient voit un peu du monde s'il est partant. Mais voilà, on fait quand même plus souvent sur le plateau.

OK, par rapport au consentement aux soins, est-ce que ça va changer quelque chose qu'il vienne sur le plateau technique ou que tu ailles le voir dans sa chambre ? Je ne sais pas si c'est très clair ...

Alors, après ça va dépendre du soin. Pareil, comme je te disais tout à l'heure, tout ce qui est soin qui va se rapprocher de l'intimité ... Quand c'est en chambre, tu vas avoir le consentement pour pouvoir enlever le drap, aller toucher certaines zones et tout ça. Après sur le plateau technique, il y a beaucoup de monde autour donc oui forcément on va requestionner dans ces cas-là. Notamment quand tu vas mobiliser une épaule, que tu dois dénuder un peu le patient pour atteindre l'épaule, soit tu vas te mettre dans une salle à part, pour s'isoler ou dans des salles individuelles ou alors on a des paravents, des choses comme ça pour isoler au maximum. Oui après la question se repose à ce moment-là, effectivement. Après pour d'autres soins comme mobiliser un genou par exemple, que je mobilise dans le lit ou sur le plateau technique, oui j'estime que la personne n'a pas forcément à être moins d'accord. La personne qui vient pour une prothèse de genou et bien oui, il faut mobiliser son genou. Je ne vais pas redemander à chaque fois effectivement. J'essaie de visualiser un petit peu ce que je fais ... Après, si on a commencé les séances en chambre et qu'on va sur le plateau technique, souvent je dis que là on va aller sur le plateau technique, qu'il y a un peu plus de monde donc ouais je vais requestionner. Ça dépend vraiment du contexte en fait. Je ne peux pas dire que je le fais systématiquement parce qu'effectivement dans le quotidien ... Sauf si je sens une réticence de la personne. Je donne un exemple, des fois sur le plan culturel, il y a des patientes musulmanes, le fait qu'il y

ait des hommes sur le plateau technique, ça les dérange donc elles vont nous le dire. C'est vrai que je ne vais pas forcément demander. En arrivant, elles vont me dire qu'il y a des hommes et si ça les ennuie, on va se mettre dans une salle à part. Sur une personne lambda, je ne vais pas forcément poser les questions. C'est plus suite à une réticence du patient que je vais plus questionner, faire en sorte que ça se passe bien et proposer d'autres solutions. Je ne vais pas le faire de manière systématique chez tout le monde effectivement. C'est peut-être un tort ! On fonctionne comme ça, on fonctionne en salle ouverte avec des tables dans une grande salle. On a par exemple 5 tables dans une salle et dans une autre salle, on en a 5 aussi. Donc 2 grandes salles. C'est vrai que les patients, effectivement, il y a pas mal de vis à vis. C'est vrai que ce n'est pas fait systématiquement mais dès qu'on sent une réticence par contre, on écoute et on fait en sorte.

Oui, c'est vrai que si le patient peut exprimer ce qui bloque à un moment donné, ça peut faire avancer le soin. Je voulais te demander si ton rapport au consentement avait évolué avec tes années de pratique ?

Oui, je dirais que oui. Dans quel sens par contre ? Après, j'ai toujours eu un rapport au patient pour tout ce qui est soin du corps ... comment expliquer ... C'est comme tout. Je pense qu'on évolue avec l'expérience aussi. Quand on voit avec les patients que telle ou telle chose les dérange, on va plus se questionner. Peut-être plus qu'au début. Quand on sort jeune diplômé, forcément on faut quand même très attention parce que c'est nouveau. Le rapport au corps n'est pas le même effectivement au tout début de ta pratique qu'après. Je pense ... C'est comme tout, tout évolue. Après est-ce que moi personnellement j'ai évolué ? Je ne sais pas, j'ai toujours eu l'impression de faire attention quand même à tout ça. Après c'est vrai que j'en prends peut-être plus conscience maintenant. L'expérience fait que les patients réagissent vraiment différemment les uns des autres et du coup, on se questionne peut-être plus, telle personne, « qu'est-ce que je pourrais faire pour que ça se passe mieux ? ». Après mon début d'exercice, j'étais en libéral donc j'étais beaucoup en individuel aussi. Donc c'est vrai qu'en individuel, on arrive, on est dans une salle. Le patient qui vient en libéral pour se faire masser le dos, forcément, il sait qu'il va se mettre en sous-vêtement plus ou moins. Je ne sais pas comment expliquer. C'est différent de ma pratique actuelle où effectivement, dans une grande salle avec pleins de monde, il faut plus réfléchir sur comment préserver l'intimité de chacun et tout ça. Oui, forcément ça a évolué. Après je pense que j'ai toujours été quand même attentive à ça, au consentement et à la pudeur des gens. Enfin voilà.

Ça a évolué par la pratique, ton expérience ou alors d'autres éléments ont fait que ça avait évolué ?

Je ne saurais pas trop te dire ... Je ne sais pas. Ce ne sont pas des sujets qui sont très évoqués à part effectivement au tout début quand tu fais tes études et qu'on te dit de faire attention. Après, personne ne t'en reparle vraiment si tu réfléchis. Après je réfléchissais, c'est plus nous-même entre collègues aussi. S'il y a une pratique qui te choque chez quelqu'un, tu vas lui dire que ça ... Tu peux avoir des interactions avec des collègues ou quelqu'un ... Maintenant que tu le dis, j'ai eu une cadre qui était passée il y a 2 ans et ça l'avait choqué de voir qu'on avait remonté un pantalon très haut vers une hanche pour une dame. Du coup ça l'avait choqué de voir une jambe en entier, de voir qu'on remontait le pantalon très très haut au niveau de sa hanche sur un plateau technique. Donc elle nous avait fait remonter à la réunion qu'on pourrait mettre un peu plus des paravents. La collègue qui s'occupait de la patiente, ça ne l'avait pas choqué plus que ça parce que tu vois dans la pratique, si le patient ne dit rien, ça ne va choquer personne. La cadre qyu était passée, elle ça l'avait choqué de voir qu'on n'avait pas un paravent pour cette personne. Donc c'est plus dans les interactions extérieures qui vont peut-être des fois questionner.

Ok, je vois. J'ai fait le tour des questions que j'avais à te poser. Est-ce que tu veux rajouter quelque chose sur le sujet du consentement ?

Je ne sais pas ... En plus de ce que j'ai dit ... Le consentement c'est sûr que c'est important dans le type de métier qu'on a. On n'est pas là pour faire faire aux gens des choses qu'ils n'ont pas envie de faire. À un moment donner ... Pour pouvoir faire quelque chose si le patient est réticent, il faut pouvoir obtenir son adhésion en argumentant et que le patient, au final, il faut qu'il soit d'accord. C'est important que de toute façon le patient soit acteur lui-même de ce qu'il fait. Pour moi, c'est essentiel. Voilà.

Super, merci beaucoup.

Annexe 12 : Retranscription de l'entretien K

Merci beaucoup d'avoir répondu pour participer à mon entretien. Est-ce que ce serait possible de te présenter sur le plan professionnel ?

Kiné depuis 2002. Qu'est-ce que tu veux savoir de plus ? Je suis passée par une phase libérale puis 2 ans et demi de salariat, puis retour en libéral il y a 10 ans.

Est-ce que tu as fait des formations particulières ?

Ouais, j'ai commencé par Busquet en 2002, puis uro-gynéco en 2003. Après, qu'est-ce que j'ai fait ? J'ai fait Niromaté, les ventouses. Beaucoup de e-Learning, Furter.

Furter, je ne connais pas ...

C'est une méthode suisse, mais qui n'est plus enseignée parce que le monsieur est très malade.

D'accord OK, ça marche et maintenant je crois que tu ne fais plus d'uro-gynéco, non ?

Non ...

OK, ça marche. Est-ce que tu pourrais me décrire dans les grandes lignes ta première séance avec un patient que tu vois pour la première fois ? Comment ça se passe ?

T'as tout l'administratif à faire en premier puis ensuite on va en salle. Alors depuis le, depuis fin d'année on a l'application Kobus qui nous permet de faire le bilan direct sur le téléphone qui est relié avec le logiciel donc la première séance, 20 30 minutes de bilan et je tire les conclusions pour la suite du programme.

OK donc tu fais systématiquement ton bilan la première fois que tu vois ton patient ?

Toujours.

Du coup, mon mémoire je le fais sur le consentement. Est-ce que tu pourrais me dire quelle est la place que tu accordes au consentement dans tes prises en charge.

C'est-à-dire.

Je parle du consentement aux soins, du consentement au toucher, du consentement à faire des exos, en fait à la prise en charge globale ?

La question, c'est, est-ce que je pose la question à chaque fois que soit je touche, soit je fais faire quelque chose au patient ? Si je lui demande son approbation ou pas ?

Par exemple, oui.

Non.

Non ?

Euh non, je ne demande pas à chaque fois, ça c'est sûr. Souvent, c'est les femmes qui sont plus sous la réserve. Là, je demande. Mais sinon je demande quasi peu.

OK, pourquoi tu demandes quasi peu ?

Parce que je ne ressens pas la butée. J'explique ce qu'on va faire et on part. Après si j'ai des questions qui arrivent ou si je sens la personne sur la réserve à ce moment-là. On se pose la question. Mais sinon je ne me la pose.

OK et pour tout ce qui est touché, est-ce que tu vas demander, par exemple, à la personne avant de de poser tes mains sur elle ?

Non.

Non plus, OK.

Non, très peu. Très, très peu. Après, quand ça arrive dans des zones, on va dire plus intime à ce moment-là, j'explique ce que je vais faire. Et s'il y a stop. Et Ben il y a stop. Et s'il n'y a pas stop, je fais ce que j'expliquais.

D'accord, OK. Donc si la personne le dit clairement, qu'elle n'a pas envie, que tu fasses ?

Et bien, je ne fais pas. Je ne fais pas, et si moi j'estime que mon soin ne peut pas être optimum à ce moment-là, je lui explique que mon soin ne sera pas optimum à ce moment-là.

OK, quand tu expliques, en général, la personne revient sur cette décision ?

Pas forcément, non, pas forcément. Après il y a, il y a des populations qui disent non à des soins plus déshabillés ou certaines zones. Et ben et ben... Je ne peux pas travailler, je ne travaille pas hein, c'est tout.

Comment ça se passe du coup ?

Alors j'essaie de faire autre chose et souvent ça ne fonctionne pas. Donc elles stoppent d'elle-même les soins et... Moi je ne peux pas travailler, je ne travaille pas.

Ça marche et quand t'as des patients avec qui c'est un peu compliqué. Est-ce que dès le début tu essayes de donner plus d'informations ou est-ce que ton comportement va changer ?

Comment dire ... ? Si le message, que j'essaie de passer, ne passe pas, je ne vais pas tourner autour du pot. Je n'ai pas 150000 possibilités ... Du style massage de cervicales, si la personne elle ne veut pas que je touche des cervicales ou les épaules ou le devant. Je ne vais pas lui masser les pieds quoi, enfin ... Si je n'arrive pas, ce n'est pas la convaincre mais si je n'arrive pas à réussir à lui expliquer le pourquoi du comment j'ai besoin de faire ça. Qu'elle ne l'entend pas, qu'elle ne veuille pas l'entendre ou qu'elle ne le comprend pas. Je ne vais pas rester 3h dessus. On essaiera autre chose. J'essaierai peut-être des mobilisations actives avec la personne mais ...Voilà.

OK donc en gros, tu lui expliques ton plan de traitement. Une fois que tu lui as expliqué, le fait qu'elle revienne vers toi pour qu'elle revienne aux séances en fait globalement ça veut dire qu'elle est d'accord avec ton plan de traitement.

Tout à fait. Et de toute manière, à chaque début de séance, on fait le point sur la séance précédente. Et est-ce que ça a avancé, ça n'a pas avancé. Si ça n'a pas avancé, on se repose des questions et on peut changer le plan de traitement.

OK ça marche et est-ce qu'il y a des soins où tu vas être plus précautionneuse dans ta façon d'être ?

Non.

Même les pubalgies ou des soins où tu vas aller palper ?

Alors je préviens. Si c'est une pubalgie pour un homme. Et bien je leur dis de cacher tout. Et vous prenez dans les mains et vous me les mettez bien loin de moi. Et puis et puis voilà. Ou alors c'est confrère masculin.

Ok, oui, je vois. Ok, ça marche et quand tu dis que tu donnes des informations, tu vas donner quelles informations ?

L'emplacement de mes mains, pourquoi je fais ça, l'objectif recherché. Après question sur les douleurs et compagnie, est-ce que j'induis de la douleur ou pas ? Est-ce que j'induis de l'inconfort ou pas ? Et on adapte. Enfin, j'adapte au fur et à mesure de la séance et des séances. Et puis après, j'ai traité avec mes mains, maintenant je vais passer à la physio et puis après on passe aux exercices.

OK ça marche. Est-ce que des fois tu quand t'as un patient avec toi, est-ce que tu vas lui suggérer qu'il peut refuser un soin ? S'il ne sent pas à l'aise par exemple ...

Non.

OK, est-ce que pour toi le fait qu'il soit là, c'est qu'il est d'accord ?

Ce n'est pas qu'il est d'accord, c'est mine de rien un échange donc de toute manière tout le début de la séance est un échange et une fois qu'on a donné le plan de la séance, s'il me dit non, c'est non mais s'il ne me dit pas non c'est que c'est parti.

OK. Et je voulais te demander depuis que tu es diplômée, est-ce que ton rapport au consentement a changé ?

Le rapport à l'autre a changé au vu de toutes ... pas les enquêtes. Tout ce qu'on entend. Les affaires. On va dire que mes soins n'ont pas changé, c'est mon regard par rapport à ça qui a changé. Le toucher reste toujours le toucher. Maintenant l'intention que je mets dedans ... Comment dire ? Je me pose toujours la question s'il ne peut pas y avoir interprétation négative ou pas. Alors que moi pas du tout, mais parce que je suis très au clair avec le toucher. Mais voilà. L'autre, comment il peut le percevoir ?

Oui, tout à fait. Et du coup, tu demandes aux patients comment ils se sentent, ou justement pour savoir comment ils interprètent ce que tu fais ?

Non, je ne demande pas aux patients. Après c'est toujours dans la conversation. Quand tu sens qu'il y a des réticences ou qu'il y a des regards un peu bizarres et tout ... C'est à ce moment-là. Oui mais je n'induirais pas une réflexion là-dessus.

OK ça marche. Et bah moi j'ai fait le tour des questions que j'avais que j'avais. Est-ce que tu veux rajouter quelque chose ? Est-ce que quand t'étais en uro-gynéco, tu faisais d'une autre manière ?

Alors, j'ai très peu fait d'uro-gynéco. De un, ça ne m'intéressait pas plus que ça. Et de 2 parce que mine de rien, il faut être très au clair avec soi-même par rapport à ça. Alors ce n'est pas que d'en parler me dérange beaucoup mais je vois dans un remplacement sur *** quand il avait fallu que j'en fasse ... Je pense que je suis trop au clair sur ça par rapport à d'autres personnes qui ne le sont pas et de devoir discuter, limite moyenner de pouvoir travailler, ça m'embêtait.

D'accord. Quand tu dis que tu étais au clair sur ça. Tu entends quoi ?

Je peux parler de sexe sans aucun problème, je peux parler de tous les problèmes uro-gynéco possibles et imaginables. Ça ne me dérange pas. Maintenant quand tu fais une séance d'uro-gynéco et que la dame limite, elle dit « Ah non, mais je garde ma culotte » et compagnie ... Enfin comment tu veux que je travaille quoi ? Ce n'est pas possible ! Et de devoir moyenner « et bien, oui mais vous savez ... », pendant 10 minutes, expliquer le pourquoi du comment ... Ouais ce n'est pas pour moi. T'as une demi-heure avec la personne s'il faut 1/4 d'heure à moyenner et ... mais en 1/4 d'heure de travail ... Je comprends que les gens ne sont pas tous ... Enfin une intimité un peu compliquée. Je ne me sentais pas légitime à devoir tergiverser comme ça tout le temps. Ce n'était pas ce qui m'intéressait.

Ça marche. Est-ce que tu veux rajouter quelque chose par rapport au sujet du consentement ?

Non, c'est un sujet très vaste et très intéressant. Mais qui est quand même compliqué. Très compliqué, très compliqué et je ne vais pas dire que de se poser la question sur ça peut induire des réflexions que tu n'aurais jamais eues autrement. Quand tu me demandes, est-ce que tu poses la question du consentement au gens ? Enfin pour moi, s'il passe la porte d'un cabinet de kiné, c'est qu'ils veulent se faire soigner, alors c'est sûr, pas n'importe comment. Mais ils ont fait le premier pas du consentement.

La démarche de venir voir quelqu'un.

C'est ça, et après c'est je fais mon bilan, j'explique. Ça convient, ça convient. Ça ne convient pas, au revoir. On est assez nombreux en tant que thérapeutes. Si ce que je propose ne convient pas et bien ça ne convient pas, ce n'est pas grave. Il y a d'autres personnes. Voilà.

Merci pour cet entretien.