

L'expérience subjective du-de la patient-e et son importance dans la prise en charge kinésithérapeutique

La relation soignant-e-soigné-e est imprégnée de facteurs subjectifs de la part du-de la thérapeute que celui-elle-ci doit apprendre à neutraliser dans sa pratique afin de répondre à son devoir d'objectivité de soignant-e. La kinésithérapie possède différentes caractéristiques qui lui sont propres et qui lui confèrent une dynamique propre de prise en charge. Commençons par citer le fait qu'une seule séance est rarement réalisée de manière isolée. Les séances s'inscrivent dans une régularité où elles sont relativement rapprochées (1 à plusieurs par semaine) et ce, sur une période donnée (de quelques semaines à plusieurs mois voire années). Ajouté à cela, le caractère prépondérant de l'aspect tactile au sein du traitement, qui met en jeu l'interaction de deux corps, deux histoires, deux ressentis bien distincts. « L'âge, le genre, la culture et les expériences antérieures relatives au toucher définissent les limites personnelles des patient-e-s et des professionnel-le-s de santé. » (Kelly et al., 2017, p. 7)

L'expérience subjective du-de la patient-e peut être abordée au travers de deux modèles complémentaires reconnus par l'*Evidence-Based Medicine*¹ ou « médecine fondée sur les preuves » : le modèle de santé biomédical et le modèle de santé biopsychosocial.

Le modèle de santé biomédical, apparu en même temps que l'émergence de la médecine, est centré sur une origine exclusivement biologique de la maladie, du dysfonctionnement du corps. La distinction *normal*/pathologique y est primordiale. (Meurant, 2017, p. 5) Anne Berquin parle, elle, de modèle de santé biopsychosocial : « une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie » (Berquin, 2010, p. 1512). Aucun des facteurs ne prévaut sur un autre bien qu'ils aient chacun une importance relative.

L'enquête que nous avons menée s'inscrit dans ce contexte biopsychosocial. Le soin comporte une dimension relationnelle : « le soin est soucieux de l'autre » (Doron, Lefève, & Masquelet, 2010, p. 4). Dans ce travail de fin d'études, c'est cette dimension relationnelle qui a été investiguée, à savoir l'expérience subjective du-de la patient-e dans son interaction avec la-le kinésithérapeute. Cette dernière est d'ailleurs, lors de la prise en charge, influencée – qu'il-elle le veuille ou non – par son propre cadre de référence, son propre « univers interprétatif » (Paillé & Mucchielli, 2008, p. 74).

CATÉGORIE « MASTERS » MENTION SPÉCIALE

PATIENT-E-S TRANSGENRES : QUELLE EST LA PERCEPTION DE LEURS INTERACTIONS AVEC LES KINÉSITHÉRAPEUTES ?

Laurianne PENCHÉ

Haute école libre de Bruxelles-Ilya Prigogine,
Catégorie paramédicale, Master en kinésithérapie,
2017-2018



Ce texte recherche exploratoire porte sur l'expérience subjective de patient-e-s de kinésithérapeutes dont l'une de leurs caractéristiques était d'être transgenre. L'objectif était d'investiguer si leur transidentité pouvait avoir un impact sur la qualité de la prise en charge kinésithérapeutique.

Notions de sexe biologique, d'identité de genre et d'expression de genre

Le sexe biologique peut se décrire à différents niveaux : génétique (les chromosomes), gonadique (les gonades en présence), hormonal, phénotypique (les organes génitaux externes et les caractères sexuels secondaires). Il existe des personnes qui sont de sexe femelle, de sexe mâle et aussi des personnes intersexuées, qui présentent à la fois des caractéristiques femelles et mâles. (Genres Pluriels, 2017)

À la naissance, le bébé se voit généralement attribuer le genre « fille » lorsqu'il naît femelle et « garçon » lorsqu'il naît mâle. Cependant, « Fille » et « garçon » relèvent d'une identité psycho-sociale tandis que « mâle » et « femelle » relèvent d'observations physiques. Ces conceptions binaires ne sont d'ailleurs pas exhaustives, l'intersexuation existant d'une part et les identités de genre non binaires existant d'autre part. (Genres Pluriels, 2017)

L'identité de genre correspond au genre auquel s'identifie une personne tel que : femme, homme, agendre, genre fluide, genre non binaire (non exhaustif). Être cisgenre ou cis, c'est lorsqu'une personne s'identifie au même genre que celui qui lui a été assigné à la naissance. Être transgenre ou trans, c'est lorsqu'une personne s'identifie à un genre différent de celui qui lui a été assigné à la naissance. Avec les conceptions binaires femme/homme et femelle/mâle dans notre société, cela se traduit souvent par être une femme cis ou trans, ou être un homme cis ou trans. (Genres Pluriels, 2017)

Quant à l'expression de genre, celle-ci renvoie aux différentes façons (attitudes, langage, vêtements, etc) d'exprimer son identité de genre ainsi qu'à la manière dont celle-ci est perçue par autrui. Elle peut être qualifiée de masculine, féminine, androgyne ou encore non binaire (non exhaustif). Elle peut revêtir un caractère temporaire et n'est pas liée directement à l'identité de genre de la personne (trans-vesti-e-s, drag kings, drag queens). (Genres Pluriels, 2017)

Objectifs

La qualité de la prise en charge est intimement liée aux ressentis et aux perceptions du-de la patient-e. Par extension, ceci amène à s'interroger sur comment, en tant que kinésithérapeute, notre comportement, nos mots et nos gestes sont ressentis. La-Le kinésithérapeute a pour mission d'établir un climat de bienveillance, une relation de confiance et de s'inscrire dans une dynamique de « prendre soin de l'autre ». L'objectif de la recherche ici a été d'explorer l'expérience subjective de

patient-e-s transgenres lors d'interactions avec des kinésithérapeutes et d'investiguer comment ces perceptions pouvaient nous informer sur la pratique kinésithérapeutique. En effet, il s'est agi de cerner si le fait que la-le patient-e soit transgenre a eu un quelconque impact dans la qualité de la prise en charge kinésithérapeutique et si oui, en quoi. Pour ce faire, des entretiens semi-directifs ont été menés et les données retranscrites à l'écrit ont été traitées selon une méthodologie d'analyse qualitative thématique.

Résultats et discussion

Certaines situations rencontrées ont été vectrices d'inconforts, de crispations ou de malaises. Être touché-e et le fait de se dénuder même partiellement sont des actes *pas si anodins* faisant partie intégrante de l'interaction patient-e - kinésithérapeute. L'aspect genre du toucher agit à deux niveaux : d'une part, par rapport à l'interaction thérapeutique en elle-même, d'autre part, par rapport aux zones du corps genrées qui peuvent être en jeu durant le traitement.

Les zones du corps à connotation genrée (les seins, le torse, les parties génitales) mais aussi des éléments tels que la masse musculaire, la pilosité, ont véhiculé une appréhension voire un certain stress à leur dévoilement (avoir son corps). Même si cela aurait pu effectivement rajouter de la gêne, cela ne signifiait pas pour autant que la personne était dans l'absolu mal à l'aise avec son corps (être son corps). C'était bien le fait de soumettre son corps, dans sa connotation genrée, au regard extérieur ou au toucher du kinésithérapeute qui générerait de l'appréhension (« assez » musclé, présence de seins visible, forme des parties génitales visible). Par ailleurs, des expériences négatives ont été relevées, relatives à des remarques de kinésithérapeutes jugeant cette fois-ci l'expression de genre du-de la patient-e (comme sa pilosité).

Le corps est au centre de la relation kinésithérapeutique dans la mesure où il est vu et touché par la-le thérapeute. L'attitude du-de la kinésithérapeute conditionne en grande partie l'expérience subjective du-de la patient-e lorsque celui-elle-ci est amené-e à se déshabiller et à être touché-e durant le traitement. Que la-le praticien-ne se montre détendu-e et « indifférent-e » au fait que la-le patient-e soit transgenre est vécu plutôt positivement, tandis que si la-le praticien-ne fait une critique relative au corps du-de la patient-e et à des stéréotypes de genre, un malaise est potentiellement généré chez la-le patient-e.

Les expériences subjectives de patient-e-s transgenres ont été investiguées dans le cadre de prises en charges kinésithérapeu-

tiques. Parmi les expériences négatives, certaines reviennent à plusieurs reprises : avoir été mégenré-e, ménommé-e. Être genré-e selon son identité de genre et/ou nommé-e par son prénom d'usage sont les éléments qui apparaissent systématiquement dans les attentes des patient-e-s. D'autre part, être transgenre est une information parmi d'autres et ne doit pas revêtir une place prépondérante dans la thérapie. Il existe d'ailleurs différentes stratégies de gestion de l'information « *Je suis transgenre.* » par les patient-e-s. Il-Elle le dit spontanément, attend une « occasion », ou la dissimule. La manière de gérer cette information est propre aux attentes et/ou craintes du-de la patient-e par rapport à la thérapie mais dépend aussi parfois de comment la-le patient-e se sent avec la-le kinésithérapeute en face de lui-elle.

Conclusion

L'hypothèse de départ, postulant que le fait que la-le patient-e soit transgenre pouvait avoir un impact sur la qualité de la prise en charge kinésithérapeutique, a été validée. Ceci ouvre de nouvelles perspectives d'amélioration de la pratique.

La-Le kinésithérapeute doit veiller à l'intégration des différentes dimensions du toucher tout en ne les perdant pas de vue au fur et à mesure des années d'études, du fait des cours pratiques principalement entre camarades. Un travail (à réitérer régulièrement) de remise en question de la part du-de la kinésithérapeute est nécessaire afin de cerner sa propre grille de lecture et de toujours être à même de prendre du recul par rapport à sa manière d'appréhender les gens, *a fortiori* les patient-e-s. Il s'agit de comprendre le caractère incontrôlable de la venue à l'esprit des préjugés ainsi que leur influence sur la manière de penser et, par extension, leur impact dans une interaction sociale quelle qu'elle soit. ■

1 Courant médical relativement récent dont le but est d'intégrer les meilleures données de la littérature à l'expérience du clinicien et aux désirs des patients. (Righini & Gal, 2005)

BIBLIOGRAPHIE

Berquin, A., Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie, *Revue Médicale Suisse*, 6, 2010, p. 1511 1513.—

Doron, C.-O., Lefève, C., & Masquelet, A.-C., Introduction. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 1(4), 3-11, 2010. <https://doi.org/10.3917/ccgc.004.0003>

Genres Pluriels. (2017). Brochure d'information Trans* de GPs. Repéré à <https://www.genrespluriels.be/Brochure-d-information-Trans-de-GPs?lang=fr>

Kelly, M. A., Nixon, L., McClurg, C., Scherpbier, A., King, N., & Dornan, T. (2017). Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions. *Qualitative Health Research*, 28(2), 200-212. <https://doi.org/10.1177/1049732317707726>

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (Armand Colin). Paris.

Meurant, G. (2017). Cours de sociologie de 1^{re} année du bachelier en kinésithérapie à la Haute Ecole Libre de Bruxelles Ilya Prigogine.