Relation de soin

Le corps des professionnel.le.s de santé rééducateur.trice.s dans les interactions

Noémie LARBI KOPF

Université du Mans

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.8588

Résumé : Dans la perspective d'une sociologie incarnée, le corps n'est pas qu'un support à la communication, le corps est une intelligence en acte (Le Breton, 2015). Nous pouvons l'observer dans les interactions où les éléments non-verbaux font référence à des caractéristiques corporelles (Corraze, 2001) telles que les postures, les distances (Hall, 1965) et les contacts physiques. Au sein de l'institution hospitalière, qui génère sa propre culture et ses codes (Zanna, 2015), des rencontres se créent entre des professionnel.le.s de santé et des patient.e.s.

La relation de soin nécessite un savoir-être particulier et une forme d'empathie de la part des professionnel.le.s de santé. Les ressources qui sous-tendent les capacités relationnelles empathiques dans la rencontre convoquent la notion de prise de perspective, c'est-à-dire « la façon dont il est possible d'adopter la perspective de l'autre » (Quesque & Rossetti, 2020). Lorsque la relation de soin fait défaut, des insatisfactions de prises en charge peuvent survenir (Bernardo et al., 2018). Cette relation se tisse grâce aux communications verbale et non verbale (Fischer, 1999). Au-delà des techniques du corps (Le Breton, 1992) et des gestes professionnels (Jorro, 1998), le corps du soignant est impliqué dans la relation de soin, en étant au plus proche du corps du patient. Ainsi, ce corps révèle une partie de l'identité professionnelle du.de la soignant.e comme une signature de sa façon d'être au monde avec le patient. Il semble important de prendre en compte le vécu subjectif corporel des rééducateur.trice.s dans leur posture professionnelle afin d'apporter un regard supplémentaire sur la rencontre. Nous nous intéressons à la place du corps et du vécu corporel dans les rapports empathiques entre les protagonistes de la relation de soin.

Mots-clés : corps vécu ; professions de santé ; relation de soin

---

Lors de mon parcours de formation psychomotricienne, j'ai eu de multiples occasions de porter une attention à mon corps puisqu'un tiers du temps de formation y est consacré : eutonie, danse, cirque, relaxations, Roy Hart Theater, chant, jeux de société et jeux moteurs liés, Tai Chi, Qi Qong, judo, méditation de pleine conscience, etc. L'attention est alors portée sur les stimuli sensoriels et nous sommes incités à faire vivre nos perceptions corporelles. À travers cette expérience loin des d'amphithéâtres, la valorisation du vécu corporel est centrale. Nous développons un vocabulaire pour

parler spécifiquement du corps, de notre corps et plus particulièrement des expériences corporelles qui le traversent.

Dans ce contexte, nous devenons des professionnel.le.s de santé capables d'écouter et de prendre en compte notre vécu corporel. Lors des premiers stages, nous nous rendons compte qu'un point central des séances de psychomotricité consiste à faire en sorte que les patient.e.s suivent ce même cheminement : proposer des expériences corporelles en lien avec le projet de soin, afin de permettre au patient d'être attentif à son vécu corporel, pour enfin le mettre en mots.

Aujourd'hui, je considère que l'étayage de ma *subjectivité corporelle* au cours de ma formation et de mes expériences personnelles, m'a permis d'entrer dans un processus favorisant l'intersubjectivité avec les patient.e.s rencontré.e.s. Ce sont ces réflexions expérientielles qui m'ont amenée à réfléchir sur l'usage et le vécu du corps des professionnel.le.s en situation de rencontre avec les patient.e.s.

Mes premières interrogations se sont focalisées sur l'interprétation des signaux corporels de la patientèle. J'ai mené un premier travail d'initiation à la recherche en dernière année de psychomotricité, en questionnant l'intersubjectivité entre professionnel.le et patient.e dans le cadre du bilan du tonus musculaire en psychomotricité. Cette recherche a permis de mettre en évidence l'importance de la considération du vécu subjectif lors de la perception de l'état tonique.

Après mon master de recherche clinique paramédicale, je me questionne à nouveau sur le corps du personnel de rééducation. Le corps du.(de la) professionnel.le se place-t-il comme outil médiateur ? Est-il un soutien physique totalement offert à ses patient.e.s ? Est-il le support émotionnel de nos propres vécus de personnel soignant ou un réceptacle pour les émotions de la patientèle ? Peut-il être un outil de mesure de la justesse relationnelle ?

Nous allons aborder les enjeux de la relation et de la communication dans le soin. Nous présenterons la recherche menée et ses objectifs ainsi que l'analyse des résultats.

1 Relation, communication et soin

Les éléments constitutifs de la relation de soin sont un point d'appui pour ce travail de recherche. La psychologie sociale permet d'appréhender la notion de relation, comme l'essence même de la vie sociale. D'après Fischer, la relation se définit tout d'abord comme le lien à l'autre mettant en jeu les affects, la hiérarchie, le travail ou la loi par exemple (Fischer, 1999). Les situations de rencontre entre la patientèle et le personnel de soin peuvent se qualifier de relation de soin, elles se déroulent dans un cadre institutionnalisé par le milieu hospitalier ou médical.

Cette relation de soin est faite d'asymétries entre les postures des protagonistes : la patientèle est plus vulnérable ; en demande d'aide, tout en ayant une connaissance de soi. Le personnel de soin exerce son métier avec un savoir et un savoir-faire pour répondre à un projet thérapeutique. L'asymétrie de relation se remarque donc par une différence de statut opposant le cadre professionnel *versus* le cadre personnel de toute personne en demande de soins. Le savoir-être des professionnel.le.s présuppose

Published in : LOMO MYAZHIOM, Aggée Célestin (dir.), *Corps, identité(s) et sociétés. Volume 2. Autour de David Le Breton*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005779, doi : 10.17184/eac.9782813005779

une écoute de la demande de la patientèle. Il se doit d'être attentif à la clarté de son discours et de ses propositions. Un rapport empathique s'installe entre les deux protagonistes.

D'après Cosnier (2015) la convergence empathique naît plus facilement lorsque les affects portés sont positifs ou agréables. Dans le soin, les émotions partagées sont plutôt teintées négativement. Ainsi, nous nous retrouvons face à une divergence. Pour Cosnier, elle est visible lorsque le personnel soignant a tendance à réifier les personnes soignées. Nuss (2016), fondateur de l'association handicap et autonomie, évoque la barrière et la froideur qu'adoptent la plupart des soignant.e.s durant leur accompagnement. Il évoque la distance professionnelle comme un « non-sens insensé » (2016) qui s'instaure comme une règle de conduite professionnelle allant à l'inverse du cœur de la pratique du soin. Pour autant, lorsque la relation s'installe sans encombre, la notion d'empathie éclaire notre propos.

Le terme d'empathie avec ses « promesses, limites et ambiguïtés » (Tisseron, 2022), est massivement utilisé dans le langage courant. C'est un concept polysémique qui regroupe plusieurs notions et champs disciplinaires : psychologiques, sociologiques, sciences de l'éducation, neurosciences, philosophie. La revue de littérature de Cuff et *al.* (2016) recense 43 définitions du terme d'empathie, entrainant un manque de précision quant à l'utilisation du terme dans la littérature. Quesque & Rossetti (*submitted*) exposent les divergences et convergences de sens de ces notions de cognition sociale. Ainsi, selon qui utilise ce terme, le même mot peut se référer à différents types d'observation ou d'évaluation. Cuff et *al.* (2016) précisent également que pour certaines recherches le terme de *perspective taking* (prise de perspectives) semble plus approprié. Ce terme regroupe la manière d'attribuer à autrui un état mental à un niveau visuo-spatial, émotionnel et cognitif. De cette façon, l'empathie peut se définir comme la façon dont il est possible d'adopter la perspective de l'autre, grâce à ces trois plans (Quesque & Rossetti, 2018). Il est important de noter que la capacité à prendre la perspective d'autrui est un fondement de la communication. En effet, la prise en compte des pensées, des croyances et des représentations de l'autre permet d'estimer comment le message à transmettre peut être reçu et compris.

La communication qui s'instaure dans la relation de soin est chargée d'affects avec de fortes émotions. De plus, Pagès (Pagès in Cosnier, 1994) désigne l'émotion comme un socle de communication interhumaine et de l'organisation sociale. Ces aspects émotionnels sont à prendre en compte dans les liens qui se tissent et se créent. Les éléments suscités ont une répercussion sur différents champs de la communication qui s'établit entre soignant.e et patient.e, d'une part dans l'expression verbale et d'autre part dans les éléments non verbaux de la communication. Selon Corraze (2001), les éléments qui relèvent de la communication non verbale sont : la face avec le regard et les mimiques, la posture, le canal chimique et l'impact de l'olfaction, la peau et le tact, l'espace.

Les modifications corporelles engendrées par les émotions peuvent être perçues par les protagonistes de la relation grâce à ces signes non verbaux. Pour Cosnier, le rôle du non verbal est, certes, d'enrichir le verbal mais il est aussi un « modèle effecteur ». Dans la communication, le corps permet aux protagonistes de la relation de vivre

Published in : LOMO MYAZHIOM, Aggée Célestin (dir.), *Corps, identité(s) et sociétés. Volume 2. Autour de David Le Breton*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005779, doi : 10.17184/eac.9782813005779

en miroir l'état affectif de son vis-à-vis par un mécanisme « d'échoïsation corporelle » (Cosnier, 2016). Les éléments de communication non verbale visibles pour l'autre sont des savoir-être, des « gestes rituels œuvrant comme des sésames pour entrer en relation avec autrui » (Zanna in Clérivet *et al.*, 2018 p. 153). Le corps tient et prend une place centrale dans l'instauration de la relation ; Goffman étudie les rites d'interactions (Goffman, 1974) dans l'espace social, à l'instar de nos habitudes verbales, le corps se manifeste de façon ritualisée.

Concernant notre sujet d'étude, la relation de soin dans les métiers de la rééducation engendre régulièrement (voire systématiquement) des contacts physiques entre les spécialistes et la patientèle. Pour exprimer cette relation, Berger et Austry créent le concept de « doublitude » (Austry & Berger, 2015) du contact. Ce néologisme permet de mettre en avant le fait que toucher est un sens double : la personne qui touche est elle-même touchée par la personne qu'elle touche, en d'autres termes « pour toucher il faut toucher ». Le Breton porte l'accent sur l'usage des mots en parlant du contact avec autrui qui, au-delà d'évoquer la dimension tactile, évoque aussi « le sens de l'interaction » (Le Breton, 2003 in Austry & Berger, 2015).

Suite à ces premières réflexions expérientielles et théoriques, les questionnements se poursuivent et s'orientent plus spécifiquement sur le corps : ce corps dans la relation de soin, et plus particulièrement le corps du personnel de la rééducation, au plus proche du corps du.(de la) patient.e. Une seconde phase, dite exploratoire m'a permis d'identifier le cadre interactionnel dans lequel évoluent et s'accordent les dyades patiente.s-professionnel.le.s dans le milieu hospitalier.

2 Objectifs de la recherche

L'objectif de l'observation est donc de préciser et d'orienter la problématisation de cette recherche. Il s'agit donc d'une première phase exploratoire que nous détaillerons dans la suite de l'article. Les questionnements initiaux ayant mené à ce premier contact avec le terrain concernent ce que le corps des professionnel.le.s de la rééducation nous donne à voir dans l'entrée en relation avec les patient.e.s rencontré.e.s. L'objectif se précise en axant notre observation sur les signes corporels et les formes de rituels de communication non verbales mis en place par les professionnel.le.s. L'observation se porte sur trois corps de métiers impliqués corporellement auprès de la patientèle : ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychomotricien.ne.s, où nous pouvons attendre des spécificités professionnelles.

3 Population et lieu de l'intervention

Grâce à des parcours de formations comparables en durée et en objectifs, les trois catégories d'auxiliaires médicaux sont parfois regroupées sous le terme de métiers de la rééducation dans le jargon médical et médico-social/éducatif. Le regroupement de ces trois professions fait sens car ces corps de métiers prodiguent par diverses approches spécifiques un accompagnement global du corps du.(de la) patient.e : que ce soit dans son fonctionnement, son adaptation ou son vécu.

Published in : LOMO MYAZHIOM, Aggée Célestin (dir.), *Corps, identité(s) et sociétés. Volume 2. Autour de David Le Breton*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005779, doi : 10.17184/eac.9782813005779

Au total, le nombre de professionnel.le.s observé est de 5 pour les séances individuelles. Les observations de groupe m'ont permis d'observer entre 3 et 10 professionnel.le.s de façon simultanée.

Les personnes participantes à cette phase d'observations sont toutes diplômées d'état et salariées de la fonction publique. Parmi elles, uniquement les professionnel.le.s volontaires ont accepté ma présence lors de leur séance individuelle avec les patient.e.s.

Les séances de groupe ou les espaces collectifs m'ont permis d'observer une vue d'ensemble des pratiques.

Afin de mener à bien ces observations, j'ai intégré le pôle d'activité médicale de médecine physique et de réadaptation d'un centre hospitalier. C'est un service dans lequel je n'ai jamais travaillé, je ne connais aucun.e professionnel.le en dehors du cadre de cette recherche.

Tous les professionnel.le.s travaillent au sein d'un même bâtiment. Les espaces sont définis par étages respectifs selon les professions avec des salles pour recevoir un.e patient.e à la fois et des salles de prises en charge de groupe. Il existe des espaces partagés entre les professions et la possibilité de réaliser des prises en charge en extérieur.

4 Méthode

4.1 Le cadre d'observation :

En amont du contact avec le terrain deux réflexions se constituent :

Une prise de contact avec le cadre de santé rééducateur, me permettant d'intégrer le service en tant que chercheuse (sous la responsabilité de mon directeur de thèse lui-même praticien chercheur au sein de ce service). Cette étape rapide m'a permis d'identifier les différents lieux d'intervention. La rencontre avec les groupes de professionnel.le.s fut brève, quelques minutes pour me présenter et les prévenir de ma présence future comme observatrice pour affiner ma réflexion de recherche autour de la relation de soin patient.es-rééducateur.trice.s.

La seconde réflexion concerne le focus attentionnel possible durant ces temps d'observation. L'exhaustivité (impossible) n'est pas l'objectif de cette enquête exploratoire. D'après Discry (2020), la partie exploratoire de la recherche permet d'approfondir leur compréhension de la réalité du vécu et d'en découvrir de nouveaux aspects. Ainsi, mon objet d'étude concernant le corps des professionnel.le.s dans le cadre de cette intervention me permet de découvrir un nouvel aspect de la relation de soin en me plaçant à l'extérieur de celle-ci, à la différence de ma position de psychomotricienne lorsque j'exerce. Ces observations permettent en quelques sortes de me détacher de mon vécu, qui me permet de supposer comment sont mes interactions non verbales auprès de la patientèle, en observant plus globalement celles de mes confrères et consœurs rééducateur.trices.

Published in : LOMO MYAZHIOM, Aggée Célestin (dir.), *Corps, identité(s) et sociétés. Volume 2. Autour de David Le Breton*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005779, doi : 10.17184/eac.9782813005779

4.2 Cadre d'intervention :

Les temps d'observations ont eu lieu sur trois journées ou demi-journées, chacune dédiée à chaque corps de métiers associant différents types de séances :

-Rencontre individuelle (avec un.e rééducateur.trice et un.e patient.e) : dans une pièce dédiée ou dans la chambre du.(de la) patient.e

-Rencontre individuelle : au sein d'une pièce commune (type gymnase) pour les professions ergothérapeutes et kinésithérapeutes.

-Prise en charge de groupe : un ou deux professionnel.le.s réalisent une prise en charge pour deux patient.e.s ou plus.

4.3 Outils d'observations et place de la chercheuse

L'exploration des communications non verbales est libre, sans grille préétablie. L'objectif étant de « laisser aller son regard dans de multiples directions pour éventuellement découvrir de nouveaux aspects » (Discry, 2020, p. 244). Les multiples directions données à mon regard lors de ces observations se sont tout de même focalisées hors des aspects cliniques. J'ai volontairement posé mon regard au-delà de la pratique clinique pour me focaliser sur les aspects relationnels et communicationnels de la rencontre entre les professionnel.le.s de ces trois corps de métiers et leurs patientèles.

Se plonger dans le milieu hospitalier comme observatrice est inspiré de la description ethnographique (Laplantine, 2010). J'ai pris connaissance de ce type d'observations au cours de mon parcours en psychomotricité pour apprendre à observer le développement psychomoteur du nourrisson, en ayant pour consigne de mettre tous les sens en alerte. Ainsi, renouveler cette expérience m'a permis de m'attarder sur différentes sensations afin de cerner le cadre de la rencontre dans le soin. L'objectif de cette méthode d'observation permet d'après Laplantine, de « vivre en lui la tendance principale de la culture » (Laplantine, 2015, p. 22) que le chercheur étudie. Nous observons ici un phénomène social qui s'ancre dans un contexte et se situe dans un espace particulier. La description se veut directe et descriptive, limitant l'interprétation. Cependant, les descriptions ethnographiques nécessitent une immersion de longue durée pour être le plus précis possible sur les différents phénomènes sociaux observés. La faible durée des observations n'a pas permis d'être immergée dans l'espace hospitalier, le focus étant donné à la relation de soin, la description complète n'était pas l'objectif de cette enquête préliminaire.

En étant moi-même issue de la « *culture* » psychomotrice et professionnelle de la rééducation, l'entrée sur le terrain comme chercheuse nécessite un « ajustement dynamique postural » (Plenchette, 2021). En effet, selon notre posture, les objectifs sont différents. Le clinicien vise un changement des patient.e.s grâce à l'accompagnement, le chercheur quant à lui vise à comprendre et produire de la connaissance. Lorsque nous avons différents rôles ou professions, le contact avec le terrain (de recherche, de travail) demande au praticien.ne-chercheur.se de se décentrer puis de recentrer son regard sur ses objets de travail.

Published in : LOMO MYAZHIOM, Aggée Célestin (dir.), *Corps, identité(s) et sociétés. Volume 2. Autour de David Le Breton*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005779, doi : 10.17184/eac.9782813005779

Ce sentiment relatif à l'appartenance à la « *culture* » est très prégnant lorsque je suis auprès des psychomotricien.ne.s, ne facilitant pas la position d'observatrice. En effet, les discussions avec mes confrères et consœurs psychomotricien.ne.s dérivent plus facilement autour de la clinique. La posture d'observatrice est plus simple à tenir auprès des autres groupes professionnel.e.s, cependant ils ont tous connaissance de mon statut, ainsi les verbalisations qu'ils me proposent spontanément sont axées sur leurs propositions cliniques, me plaçant parfois comme dans la posture d'une stagiaire de leur propre profession. Dans ces deux cas, je peux me retrouver dans une posture « non choisie », selon Plenchette le chercheur est « d'une certaine manière « agi » par son ou ses interlocuteurs, le poussant vers des positions qui méritent d'être identifiées, observées, discutées » (Plenchette, 2021).

La ligne ténue entre observatrice-chercheuse et psychomotricienne est en équilibre lors de ces jours d'observation dans le service, un basculement s'est opéré lors de certaines séances, notamment une séance de groupe durant laquelle j'ai été vivement encouragée par les professionnel.le.s à participer activement aux propositions. Ainsi, l'observation n'était plus décentrée mais plutôt active voire participante. L'observation participante n'était pas le parti pris de départ. Cependant dans ce contexte groupal cet outil s'est avéré adapté pour ne pas compromettre l'échange entre les personnes volontaires s'étant prêtées à l'expérience de se faire observer. La méthode d'observation participante est issue de l'anthropologie, selon les critères de Gold « *participant as observer* » (Gold 1958 in d'Arripe, 2015) : l'observateur.trice se place comme participant.e, des missions intrinsèques au terrain lui sont confiées. Elle a pour avantage « de permettre un accès direct aux événements et aux situations, le matériau récolté est spontané » (d'Arripe, 2015) facilitant l'observation des communications non verbales, correspondant ici à l'objet de l'étude.

L'utilisation d'un carnet de bord de recherche a permis de noter mes observations et mes ressentis du moment, sans recherche d'interprétations plus élaborées. Les questionnements spontanés sont également notés. Les prises de notes sont discontinues, dès que les idées surviennent, entre chaque séance ou lors des moments de pause d'autres éléments sont ajoutés. Les notes seront relues uniquement en fin de journée d'observation. Ainsi, une prise de distance est possible entre les impressions spontanées, les observations objectives et leurs interprétations par la suite : « ce type nous permet d'introduire de la réflexivité au sein de notre démarche et de tenir compte de notre subjectivité à certains moments » (d'Arripe, 2015, p. 49). Les professionnel.le.s qui m'ont permis de les observer ont connaissance de mes prises de notes et peuvent y avoir accès, elles n'ont pas été demandées.

5 Les analyses des résultats

Exposons le matériau récolté au regard des concepts théoriques qui ont émergé pour soutenir la réflexion du corps dans l'interaction de soin.

Après avoir observé tour à tour ces trois groupes professionnels, nous pouvons identifier une forme de séquence invariable sur le plan relationnel. En nous inspirant de travaux de Goffman (1974), il est possible de repérer un même rituel qui se décompose en 5 parties qui débute par un temps de salutations – sans contact physique en accord

Published in : LOMO MYAZHIOM, Aggée Célestin (dir.), *Corps, identité(s) et sociétés. Volume 2. Autour de David Le Breton*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005779, doi : 10.17184/eac.9782813005779

avec les règles sanitaires actuelles (absence de serrage de mains). Les salutations sont une forme de rituel dont la fonction essentielle est de permettre à autrui de voir que nous le reconnaissons et l'identifions, les gestes associés quant à eux seraient « une marque de reconnaissance identitaire » (Picard, 2014, p. 53).

S'ensuit un temps d'échanges verbal sur l'état du.(de la) patient.e, cette conversation (au sens de Goffman) a lieu entre la salle d'attente et la salle de pratique.

Le troisième temps commence au moment où la dyade arrive dans la salle de pratique, porte fermée, ou dans la salle commune. À ce moment, le.(la) professionnel.le prend un temps pour rappeler les événements de la séance précédente.

Un instant est ensuite dédié au déroulé de la séance du jour.

Le cinquième temps concerne la séance où le.(la) professionnel.le s'ajuste à sa patientèle par des demandes régulières sur l'état émotionnel et la fatigue en lien avec les propositions : « *comment vous vous sentez ?* » est une question récurrente. La clôture de la séance fait également usage des salutations.

L'enchainement de ses différentes phases d'accordage relationnel invariables met face à une impression d'effet plafond de l'empathie : tous.tes les professionnel.le.s semblent très à l'écoute de la patientèle.

L'effet de la présence d'une observatrice extérieure peut avoir une influence sur cette empathie proche de l'absolu. Cependant, lors des observations de salle commune, les professionnel.le.s que j'entends et je vois de loin, ne me voyant pas forcément en retour, adoptent une dynamique similaire.

Toujours au niveau relationnel, des variations sont notables dans ce rituel. Pour le groupe des kinésithérapeutes, nous remarquons une possibilité et une facilité à être interrompu par des collègues. Cela rompt la communication verbale avec la patientèle et s'accompagne d'un détournement du regard. Cependant, le corps à corps avec le.la patient.e demeure dans ces moments d'interruption. Le partage d'une salle commune pour les rencontres individuelles est réservé aux pratiques d'ergothérapie et de kinésithérapie. Les psychomotrienn.es utilisent les salles communes uniquement pour des rencontres de groupe de patient.e.s.

À propos du corps des professionnel.le.s de la rééducation, nous remarquons également là des invariants et des variations.

Pour tous ces corps de métiers en exercice auprès de leur patientèle, une attention est portée aux communications non verbales pour mettre à l'aise le.(la) patient.e, notamment par le regard, qui permet aux professionnel.le.s de capter des moments précis où le.la patient.e à besoin de temps pour s'exprimer. Les professionnel.le.s sont tous et toutes attentives à se placer à la même hauteur que le.la patient.e pour converser. Nous pouvons également remarquer que le corps des professionnel.le.s est un support de démonstration. Chaque profession investit l'exercice proposé : en montrant au.(à la) patient.e ce qu'il faut faire. Dans les temps de détente, l'usage de l'exagération de la respiration est fréquent. Mimer la détente par de grandes inspirations et expi-

Published in : LOMO MYAZHIOM, Aggée Célestin (dir.), *Corps, identité(s) et sociétés. Volume 2. Autour de David Le Breton*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005779, doi : 10.17184/eac.9782813005779

rations, tout en nommant ces phases sont un procédé utilisé afin de permettre aux patient.e.s de changer leur état de tension corporelle.

Nous notons bien sûr des variations, l'implication corporelle dans la relation est fonction de la proposition thérapeutique : selon les objectifs thérapeutiques des séances, les professions sont plus ou moins impliquées corporellement. En effet, les ergothérapeutes majoritairement et parfois les psychomotricien.ne.s proposent du travail dit *sur table* ou *au bureau*. Ainsi, l'engagement corporel du.(de la) professionnel.le est moins visible.

Le placement du corps et la distance relationnelle que nous pouvons nommer « proxémie » (Hall, 1971) varient fortement selon les corps de métier. Le groupe des kinésithérapeutes est celui pour lequel la distance correspond le plus souvent à une distance intime entre 0 et 45 centimètres, et ce à tout moment de la séance, même lors des temps de salutations, la prise de contact s'effectue au sens propre du terme. Nous observons des contacts entre les genoux des patient.e.s et du professionnel.le.s et de nombreux contacts des mains. Chez les psychomotricien.ne.s, la distance intime est réservée au cœur de la séance, lors des temps de salutations ou de discussions, les professionnel.le.s prennent une distance que Hall qualifie de personnelle (environ 1 mètre). Pour les ergothérapeutes, la position des corps de chacun est souvent régie par le bureau, nous observons également que le.(la) patient.e. peut réaliser seul un exercice et le.la praticien.ne revient quelques minutes plus tard. Cette pratique peut s'observer également pour certaines propositions en kinésithérapie.

Nous pouvons conclure que des similitudes unissent les pratiques professionnelles dans l'entrée en relation, notamment dans la temporalité du déroulé des séances. Ces professionnel.le.s sont attentif.ve.s et disponibles à leur patientèle par le regard, l'écoute active, apportant une grande disponibilité à la personne rencontrée. L'ajustement se remarque par l'adaptation du rythme et du niveau de compréhension, nous notons également que l'humour est un facilitateur de la rencontre avec la patientèle. Ces professionnel.le.s font usage de leur corps comme un soutien physique, mais également comme un modèle à suivre en exemple pour les propositions.

Bien évidemment, des différences sont notables en termes de proxémie. Nous pouvons ajouter que la notion d'effort est très présente en kinésithérapie et en ergothérapie où le.(la) patient.e est encouragé.e à être efficace pour une tache donnée. Les psychomotriciens quant à eux valorisent l'effort en second plan et s'attardent davantage sur le vécu émotionnel suscité par une proposition, tentant de favoriser un état de détente ou de bien-être de la patientèle.

En nous basant sur la classification de ces observations, nous avons pu trouver des similitudes et des différences entre les pratiques professionnel.le.s. Plusieurs concepts théoriques peuvent être sollicités pour poursuivre la réflexion autour du corps de ces professions engagées dans la relation de soin.

La proxémie (Hall, 1971) semble être un point d'accroche théorique pour penser l'ajustement corporel que ces groupes professionnels proposent à leur patientèle. Cela nous offre la perspective de poursuivre notre recherche sur l'enjeu de cette distance sociale offrant des contacts physiques et la mise en éveil des sens des deux protagonistes de la

Published in : LOMO MYAZHIOM, Aggée Célestin (dir.), *Corps, identité(s) et sociétés. Volume 2. Autour de David Le Breton*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005779, doi : 10.17184/eac.9782813005779

relation. Les écrits sur le toucher et le contact dans le soin de Berger-Grosjean (Berger-Grosjean, 2020) portent notre réflexion sur la façon dont ces professions induisent et proposent le toucher à leur patientèle.

Les ajustements de proxémie et de toucher lors des différents temps rituels de déroulé de séance font écho à la notion de dialogue tonico-émotionnel (Bachollet & Marcelli, 2010). Historiquement, cette notion fait référence au « reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre » (Bachollet & Marcelli, 2010) par le biais de la modification du tonus musculaire dans la dyade parent-enfant. Ce concept souvent retrouvé dans le champ de la clinique psychomotrice mériterait d'être approfondi sur le plan théorique pour nourrir notre réflexion autour de l'ajustement corporel des personnels de rééducation auprès de leur patientèle.

Ce que les corps de ces trois groupes professionnels ont montré lors des observations de la relation de soin, laisse transparaître des processus d'ajustement à la patientèle.

6 Conclusion et perspectives

La phase exploratoire de cette recherche nous permet de préciser notre angle d'approche quant à l'étude du corps dans le milieu de la rééducation. Le Breton nous invite d'ailleurs à « discerner avec précision les frontières de l'objet » (Le Breton, 1992, p. 118) pour entreprendre nos réflexions sur le corps, cette interface « entre le social et l'individuel, la nature et la culture, le physiologique et le symbolique » (Le Breton, 1992, p. 118).

À l'avenir, notre recherche s'orientera vers une meilleure compréhension du vécu de ces professions dans leur rapport aux corps par le biais d'une enquête par entretiens et questionnaires auprès de ces trois groupes professionnels.

Bibliographie

Livres :

Berger-Grosjean, E. (2020). *Retrouver l'intelligence du corps—Une urgence dans nos organisations et nos modes de vie*. Interéditions.

Austry, D., & Berger, È. (2015). *Chapitre 12. Empathie, toucher et corps sensible : Pour une philosophie pratique du contact*. Doin.

Cosnier, J. (1994). *Psychologie des émotions et des sentiments*. RETZ.

Cosnier, J. (2015). *Chapitre 7. L'empathie et la communication*. Doin.

Cosnier, J. (2016). *Empathie et communication*. Éditions Sciences Humaines.

Discry, A. (2020). *Méthodologie de l'enquête quantitative et qualitative* (Edipro, p. 244).

Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction* (Les éditions de minuit).

Hall, E. (1971). *La Dimension cachée* (Seuil).

Laplantine, F. (2015). *La description ethnographique* (Armand Colin).

Le Breton, D. (1992). *La sociologie du corps*. Presse Universitaire de France.

Nuss, M. (2016). *Handicap, perte d'autonomie Oser accompagner avec empathie*. Dunod.

Picard, D. (2014). Les rituels de politesse. *Que sais-je ?*, *5*, 48-70.

Published in : LOMO MYAZHIOM, Aggée Célestin (dir.), *Corps, identité(s) et sociétés. Volume 2. Autour de David Le Breton*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005779, doi : 10.17184/eac.9782813005779

Articles de revue :

Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances Psy*, *49*(4), 14-19.

Cuff, B. M. P., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2016). Empathy : A Review of the Concept. *Emotion Review*, *8*(2), 144-153.

d'Arripe, A. (2015). La posture du chercheur dans l'observation participante : De la trahison à la culpabilité. *Antropologicas*, *13*.

Heath, H., et Cowley S. « Developing a Grounded Theory Approach : A Comparison of Glaser and Strauss ». *International Journal of Nursing Studies* 41, n° 2 (février 2004) : 141-50. https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00113-5.

Plenchette, M. (2021, septembre). Position et variations des positions dans la construction d'une posture de chercheur. *Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles. Faire/Se faire*.

Quesque, F., & Rossetti, Y. (Manuscript submitted for publication). *Unifying perspectives on the ability to represent others' mental states*.

Tisseron, S. (2022). Promesses, limites et ambiguïtés du mot « empathie ». *Communications*, *110*(1), 167-179.

Article collectif :

Clérivet, M., Nioche, J., Werckmann, L., Zanna, O., & Courchay, M. (2018). *Le corps, au cœur de l'acte de transmettre : Entre savoir et empathie*. Éditions de l'Attribut.

Published in : LOMO MYAZHIOM, Aggée Célestin (dir.), *Corps, identité(s) et sociétés. Volume 2. Autour de David Le Breton*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005779, doi : 10.17184/eac.9782813005779