



## IFMK DE LA RÉUNION

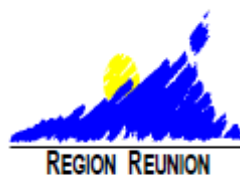
---

# MÉMOIRE REALISE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE 2023

---

## Rien né acquis

Etude qualitative sur les moyens de construire une  
alliance thérapeutique avec les patients transgenre en  
kinésithérapie libérale en France (DROM-COM)



## IFMK DE LA REUNION

### ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE NON PLAGIAT

Je soussigné(e) NUNES Chloé déclare sur l'honneur que ce mémoire est le fruit d'un travail personnel et que je n'ai ni contrefait, ni falsifié, ni copié tout ou partie de l'œuvre d'autrui afin de la faire passer pour mienne.

Toutes les sources d'information utilisées (supports papiers, audiovisuels et numériques) et les citations d'auteur ont été mentionnées conformément aux usages en vigueur.

Je suis conscient(e) que le fait de ne pas citer une source ou de ne pas la citer clairement et complètement est constitutif de plagiat, que le plagiat est considéré comme une faute grave au sein de l'Université et qu'il peut être sévèrement sanctionné.

23/05/2023

Date et signature de l'étudiant

Règlement intérieur de l'Université de la Réunion (tel que validé par le Conseil d'Administration en date du 11 décembre 2014)

**Article 9 : «Protection de la propriété intellectuelle : Faux et usage de faux, contrefaçon, plagiat »**

« Le plagiat est constitué par la copie, totale ou partielle d'un travail réalisé par autrui, lorsque la source empruntée n'est pas citée, quel que soit le moyen utilisé. Le plagiat constitue une violation du droit d'auteur (au sens des articles L 335-2 et L 335-3 du code de la propriété intellectuelle). Il peut être assimilé à un délit de contrefaçon. C'est aussi une faute disciplinaire, susceptible d'entraîner une sanction.

Les sources et les références utilisées dans le cadre des travaux (préparations, devoirs, mémoires,

Règlement intérieur des IES du CHU de la Réunion (tel que validé par la direction pour l'année universitaire en cours)

**Art. 3 : Contrefaçon et falsifications**

Le plagiat, la copie et reproduction d'œuvres sont des délits de contrefaçon.

Selon l'article 335-3 du Code de la propriété intellectuelle, il s'agit de " toute reproduction, représentation ou diffusion, par quelque moyen que ce soit, d'une œuvre de l'esprit en violation des droits d'auteur, tels qu'ils sont définis et réglementés par la loi. "

Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque. (Article Art. L 122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle).

Ainsi, toute reproduction intégrale ou partielle ou diffusion faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et est susceptible de donner lieu à des sanctions civiles et pénales, ainsi qu'à une sanction disciplinaire avec possible présentation devant l'instance du conseil de discipline.

Dans le cadre de ses productions écrites, chaque étudiant ou élève est appelé à s'inscrire dans une démarche professionnelle et à respecter les notions de responsabilité, d'éthique et de droit.

Chaque étudiant ou élève signe la charte anti-plagiat ci-jointe2 et l'intègre à chacun de ses travaux écrits.



## REMERCIEMENTS

Je tiens, tout d'abord, à remercier l'équipe de l'IFMK de la Réunion pour leur accompagnement tout au long de cette formation. Merci à Mme DAUBIE Marie-Julie, ma Directrice de Mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils et ses idées toujours très riches et justes. Également, M. HEREDIA pour sa lumière dans le chemin sinueux qu'est la recherche, merci pour votre bienveillance. Je tiens à remercier les MK qui ont participé à mon étude, pour le temps qu'ils m'ont accordé et leurs retours d'expérience, le tout dans la générosité et l'humilité.

Maman, Jacques, merci à vous pour votre amour et votre soutien sans faille, à chaque étape importante de ma vie. Merci de votre pertinence déconcertante. Fallait pas mollir et on l'a fait !

Je pense ensuite à cette promotion en or qui a été un vrai cadeau. Merci pour ces années passées ensemble. Au fait, big up à VDL. Laurine, Léa, vous avez été mes piliers. Merci pour cette bouffée d'air frais. J'espère pouvoir continuer cette folle aventure à vos côtés.

Merci à Gaëtan, mon colocataire et ami d'avoir partagé un « chez nous » pleins de rires et de soutiens. Merci à Persée, Kutsu, Ria, Coco, Tiki, à cette petite princesse et aux deux terreurs de m'avoir apporté la chaleur et la tendresse tant désirée pendant la rédaction de ce mémoire.

Je tiens également à te remercier Sébastien, pour avoir su trouver les mots lors de ce stage. Une pensée toute particulière pour toi, Ludivine BODAR. Tu m'as fait grandir autant sur le plan personnel que professionnel. J'estime que si j'en suis là aujourd'hui c'est en grande partie grâce à toi.

Emilie, Quentin, les mots ne peuvent exprimer à quel point vous m'êtes précieux. Emilie, je suis fier de ce que nous avons accompli, de la façon dont nous avons grandi main dans la main. Nos chemins ne sont peut-être pas voués à se croiser continuellement mais je sais que je pourrai toujours te trouver derrière cette porte. Encore merci pour tout ton amour.

Quentin, mon meilleur ami, mon amour. Merci pour tout. Tu as été un soutien infailible depuis le jour 1. Merci pour ta générosité, ta patience, ton écoute. Merci de m'avoir fait confiance. Merci de m'avoir ouvert les yeux sur ce qu'est l'amour.

Enfin, merci à moi de m'avoir donné les moyens d'aller jusqu'au bout. Ce n'est que le début.

Merci à tous ceux qui ont été présents pour moi au cours de ce mémoire,  
merci à ceux qui prendront le temps de le lire.



## **ABSTRACT**

**Introduction:** Through personal research I have come to understand that the transgender population is subject to many discriminations. This discrimination can be found in the context of health care and even in the field of physical therapy. One of the consequences is the loss of confidence of this population in the health care system. This led me to take an interest in the skills of the MKs and in the relational aspect of care in order to promote this therapeutic alliance with this patient group.

**Objective of the study:** The objective of this dissertation is to determine the means of building a therapeutic alliance with transgender patients in liberal physical therapy, in France (DROM-COM and Metropolitan France).

**Method:** An inductive qualitative research methodology was used. After selecting the MKs through a pre-inclusion questionnaire, individual interviews were conducted using a semi-directive interview guide. A total of seven were conducted, all but one of which were on Zoom. The participants were MKs working in private practice, in France, for at least 5 years, having already taken one or more transgender patients with whom a TA had been created. The interviews were recorded and then manually transcribed. The analysis of the results was also done manually. It was carried out according to an open coding in order to bring out the emerging phenomena. The transcripts were studied individually and then transversally. The codes identified were then combined into themes and sub-themes.

**Results:** The results revealed 4 themes: influencing factors, ways to build TA, approaching the TG patient, and ethical and inclusive care. The strategies mentioned by the MKs are an intermingling of general and specific means of IT. A successful care relationship is based on a mutual positioning where both parties are in confidence and in moral and physical security. The body is used as a pivot point to legitimize the patient's experience. The MK will need to demonstrate professional humility, respect for gender identity, ethical and inclusive care. They will also need to develop cultural competence, knowledge of IT and avoid outer.

**Discussion:** This study responds to the need to establish means for TA through a field reality. On the other hand, this dissertation offers more of a basis for ethical reflection and an awareness of the cultural dimension that leads us to acquire cultural competence, rather than a guide to very specific strategies for creating TA with a TG patient, although it does present some.

Key words: Transgender / Transidentity / Therapeutic alliance / Means / Qualitative research / Cultural and ethical competence
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## **LISTE DES ABREVIATIONS**

AT : Alliance thérapeutique

CNT : Compétence non technique

CT : Compétence technique

MK : Masseur-Kinésithérapeute / Masso-Kinésithérapie

PEC : Prise en charge

TG : Transgenre

TI : Transidentité





# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>I. QUESTION PROFESSIONNELLE</b> .....	<b>2</b>
1. CONTEXTUALISATION.....	2
2. DÉCONTEXTUALISATION .....	3
2.1 <i>Refus de soin</i> .....	3
2.2 <i>Champ de compétence MK</i> .....	3
2.3 <i>Changement de paradigme</i> .....	4
3. RECONTEXTUALISATION.....	4
<b>II. CADRE THÉORIQUE</b> .....	<b>5</b>
1. TRANSIDENTITÉ.....	5
1.1 <i>Le genre culturel</i> .....	5
1.2 <i>Transidentité</i> .....	7
1.3 <i>Transidentité dans le système social</i> .....	10
2. COMPÉTENCE CULTURELLE ET ÉTHIQUE .....	13
2.1 <i>Soin éthique et culturellement compétent</i> .....	13
2.2 <i>Éthique déontologique</i> .....	16
3. ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE.....	17
3.1 <i>La relation thérapeutique</i> .....	18
3.2 <i>La communication</i> .....	19
3.3 <i>Partager le voyage : légitimiser l'expérience, toucher thérapeutique, pied d'égalité</i> 20	
3.4 <i>Espace thérapeutique</i> .....	22
3.5 <i>Favoriser l'autonomie : collaboration interpersonnelle</i> .....	23
<b>III. QUESTION DE RECHERCHE</b> .....	<b>23</b>
<b>IV. MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>24</b>
1. AVANT-PROPOS .....	24
2. OBJECTIF DE L'ÉTUDE .....	25
3. CHOIX DE LA MÉTHODE .....	25
4. MÉTHODE QUALITATIVE INDUCTIVE .....	26

5.	DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON .....	27
5.1	<i>Choix de la population</i> .....	27
5.2	<i>Choix de l'échantillon</i> .....	29
6.	DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE .....	32
7.	DÉVELOPPEMENT DE L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF ET OUTILS UTILISÉS .....	34
7.1	<i>Pré-étude d'inclusion</i> .....	34
7.2	<i>Guide</i> .....	34
8.	MÉTHODE.....	37
<b>V.</b>	<b>PRÉSENTATION.....</b>	<b>38</b>
1.	DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON INTERROGÉ.....	38
2.	ANALYSE DESCRIPTIVE DES RÉSULTATS BRUTS : 4 THÈMES RELEVÉS .....	40
2.1	<i>Thème 1 : Les facteurs d'influence sur l'alliance thérapeutique</i> .....	40
2.2	<i>Thème 2 : Moyens de créer une alliance thérapeutique</i> .....	46
2.3	<i>Thème 3 : Approche du patient transgenre, contexte de prise en charge</i> .....	56
2.4	<i>Thème 4 : Prise en charge éthique et inclusive</i> .....	59
<b>VI.</b>	<b>INTERPRÉTATION .....</b>	<b>62</b>
1.	LES INFLUENCES SUR L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE .....	62
1.1	<i>Un environnement accueillant : entre professionnalisme et intimité</i> .....	62
1.2	<i>Le patient : âge et état d'esprit</i> .....	63
1.3	<i>Influence positive d'un professionnel compétent et humble</i> .....	64
2.	DES MOYENS DE CONSTRUIRE UNE AT AVEC LE PATIENT TRANSGENRE : UNE ALLIANCE FAMILIÈRE .....	65
2.1	<i>Communication, entre transparence pleine de bon sens et écoute paraverbale</i> .....	66
2.2	<i>Le corps comme outil de connexion</i> .....	67
2.3	<i>Une relation de confiance en 2 temps</i> .....	67
2.4	<i>Collaboration thérapeutique</i> .....	68
2.5	<i>Prise en compte de la personne : considération humaine et don de soi</i> .....	69
2.6	<i>Neutralité professionnelle : anticipation, préjugés et jugements</i> .....	70
2.3	<i>Gestion du doute et de l'erreur</i> .....	70
«	<i>Errare humanum est, perseverare diabolicum</i> .....	70
2.4	<i>Outils ou pas outils ?</i> .....	71
2.5	<i>Disponibilité émotionnelle du MK et du patient</i> .....	71
2.6	<i>Évaluation de l'alliance thérapeutique</i> .....	72

3.	COMPRENDRE LE CONTEXTE DE PEC DU PATIENT TG : ENJEUX, RÉSEAUX DE CONFIANCE ET OUTING .....	73
3.1	<i>Enjeux</i> .....	74
3.2	<i>Réseaux de confiance, une nécessité</i> .....	75
3.3	<i>Comment éviter de dévoiler l'identité de genre de son patient sans son consentement (outing)</i> .....	76
4.	PRISE.....	76
4.1	<i>Spécificité de la PEC</i> .....	76
4.2	<i>Un patient au même titre que les autres</i> .....	77
4.3	<i>Quelle formation et compétence du MK pour la PEC du patient TG ?</i> .....	77
<b>VII.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>79</b>
2.	CRITIQUE DU DISPOSITIF DE RECHERCHE .....	86
2.1	<i>Biais liés à l'échantillon : sélection, participation et généralisation</i> .....	86
2.2	<i>Biais liés au chercheur : chercheuse novice</i> .....	87
2.3	<i>Biais liés à la méthodologie et à l'outil</i> .....	87
3.	PERSPECTIVES .....	88
<b>VIII.</b>	<b>CONCLUSION DE RECHERCHE .....</b>	<b>88</b>
1.	PERSPECTIVES SCIENTIFIQUES .....	89
2.	PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES.....	89
	<b>CONCLUSION GÉNÉRALE .....</b>	<b>91</b>

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## ANNEXES



## INTRODUCTION

LGBT, Queer, Transsexuel, Transgenre (TG), transphobie, cissexisme, autant de termes que nous rencontrons de plus en plus dans les médias et sur les réseaux. A quoi est-ce que cela se rattache, qu'est-ce que ça veut vraiment dire, est-ce un effet de mode ? Autant de questions auxquelles beaucoup de gens ne trouvent pas de réponses.

Afin de répondre à ces questions, j'ai entrepris un processus de recherche approfondi. Au cours de cette démarche, j'ai découvert l'existence de multiples formes de discriminations touchant la population TG dans différents domaines en France. Plus spécifiquement, cette population se heurte à des inégalités d'accès aux soins, se voyant confrontée à des refus de prise en charge (PEC) et à des démarches administratives non standardisées à travers le territoire. Certains départements exigent des documents supplémentaires, ce qui rallonge les délais pour les demandes de réassignation de genre. Ces exemples ne sont que quelques illustrations parmi tant d'autres.

Ces inégalités d'accès reposent sur des discriminations sociales, l'ignorance et le manque d'éducation des professionnels de santé, ainsi que sur les présomptions basées sur le genre, le sexe et la sexualité (Lee & Kanji, 2017tar). Cette réalité a un impact direct sur le contexte clinique, créant une continuité du malaise sociétal qui se répercute sur la profession de santé.

Malgré les progrès administratifs qui ont été réalisés, la réalité sur le terrain demeure bien différente. Dans ce contexte, les personnes TG perdent confiance dans le système de soins. L'objectif de ce mémoire est donc de comprendre comment leur redonner confiance, en explorant les moyens et les stratégies permettant d'établir une alliance thérapeutique (AT) solide et inclusive.

Actuellement en cinquième et dernière année d'étude en Masso-Kinésithérapie, c'est dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude que j'ai réalisé ce travail d'initiation à la recherche. En effet, depuis Août 2021 le Grade universitaire de Master du Diplôme d'État de Masseur-

Kinésithérapeute<sup>1</sup> est reconnu. Cela facilite notamment l'accès aux études doctorales et donne donc la possibilité d'entrer dans le domaine de la recherche scientifique (Ordre des MK, 2021).

C'est donc à travers une **recherche qualitative** que nous allons étudier les moyens mis en place par les Masseurs-Kinésithérapeutes (MK) pour créer une relation de confiance avec le patient TG en France.

## I. QUESTION PROFESSIONNELLE

### 1. Contextualisation

Ces dernières années, une libération de la parole chez les personnes TG s'opère. J'ai donc ressenti le besoin de comprendre et m'instruire. Un membre de mon entourage est concerné par le sujet et plusieurs fois j'ai voulu l'interroger sur la transidentité (TI), les différents processus d'affirmation de genre et de transition ou sur comment communiquer sans être discriminante mais je n'ai pas osé. J'ai eu peur d'heurter. En effet, il est possible que des **contextes psychologiques complexes**, voir traumatiques, y soient associés (Gaskins & McClain, 2021). J'ai décidé de m'instruire de mon côté afin de mieux comprendre et de trouver les bonnes questions à poser. Après l'écoute du podcast mené par Ben Névert dans lequel 3 invités TG prennent la parole sur le sujet et leurs expériences personnelles, j'ai découvert la notion de discrimination dans le soin. Un des invités témoigne s'être fait **refuser l'accès aux soins** par trois gynécologues après avoir exposé son cas : douleurs anormales et exacerbées aux ovaires, prise de testostérone, besoin d'un examen de contrôle. Ce phénomène est corroboré par les autres invités qui emploient le terme de "précarisation" dans le soin où les "corps ne sont pas compris, sont méprisés". Cette "précarisation" est même élargie de façon générale : économique, administrative, etc.

Cette situation a soulevé plusieurs questions : De quelle discrimination est-il question ? Pourquoi y aurait-il de la discrimination face à cette population ? Dans quel cadre pouvons-

---

<sup>1</sup> Décret n°2021-1085 du 13 Août 2021 modifiant l'article D636-69-1 du Code de l'éducation :  
"Le grade de 4 master est conféré de plein droit aux titulaires des titres ou diplômes de santé suivants : 1° Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste à compter de septembre 2014 ;  
2° Diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute obtenu à compter de juin 2021."

nous refuser l'accès au soin en tant que soignant et plus spécifiquement en tant que MK ? Pourquoi à l'IFMK de la Réunion ou en stage je n'ai jamais été sensibilisé à la TI ?

## 2. Décontextualisation

### 2.1 Refus de soin

Dans ce contexte, il est question de refus de soin. Dans le code de déontologie des MK, il est stipulé à l'article R. 4321-58 que « *Le masseur-kinésithérapeute doit écouter, examiner, conseiller, soigner avec la même conscience toutes les personnes, quelles que soient leur origine et leurs mœurs [...]. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne soignée.* » (ODMK, 2022). Selon l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (2022), « *Les refus de soins discriminatoires sont des pratiques illégales et contraires à la déontologie des professionnels de santé* » (Défenseurs des Droits, 2019 ; ODMK 2022). Il est également précisé que si nous ne pouvons prendre en charge la personne concernée, nous sommes dans l'obligation de la **réorienter** afin qu'elle puisse bénéficier des soins. Enfin, selon le Code pénal à l'article 225-1, faire une distinction entre des personnes physiques sur la base de leurs identités de genre constitue une discrimination (LégiFrance, 2022). Il est donc illégal de refuser une personne TG sous le motif de son identité de genre et pour toutes les autres raisons énoncées ci-dessus.

### 2.2 Champ de compétence MK

Nous pouvons également nous pencher sur les champs de compétences du MK pour la PEC de la personne TG. En effet, dans le code de déontologie est noté aux articles R. 4321-83 et R. 4321-113 (ANNEXE I & II) que le MK, dans le champ de ses compétences, ses connaissances, son expérience et des moyens dont il dispose, se doit de prendre en charge toutes personnes sans discrimination tout en prenant en compte les spécificités du patient. D'ailleurs, l'article R. 4321-62 stipule que tout MK se doit de faire évoluer ses compétences et connaissances par toutes les dispositions nécessaires (ANNEXE III) (ODMK, 2022).

Grâce aux compétences 7 et 8 (ANNEXE IV & V), le MK est capable d'analyser et de faire évoluer sa pratique, d'approfondir et d'acquérir de nouvelles connaissances, expériences. Il peut également enrichir et élargir ses moyens grâce à la littérature, des congrès, l'obligation de formation continue, etc. De plus, la compétence 5 (ANNEXE VI) permet au MK d'adapter



sa communication en fonction des caractéristiques du patient, de son état psychologique et de sa motivation. Elle permet également de rechercher et/ou de maintenir l'AT (AT) avec le patient tout au long de la rééducation (FNEK & ODMK, 2019). Nous avons les compétences pour créer une relation de confiance professionnelle.

### 2.3 Changement de paradigme

La TI a été retiré de la classification des maladies mentales de l'OMS depuis le 8 février 2010 : *“Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 “Au 4 du I de l'annexe de l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « — troubles précoces de l'identité de genre ; » sont supprimés.”* (Légifrance, 2010)

La PEC de la personne TG confronte le MK au décalage qui existe entre la loi qui décline ce trouble (changement de paradigme culturel) et les us et coutumes de notre société cisgenre binaire qu'est la culture française. Le MK est compétent pour s'instruire et s'adapter aux spécificités du patient. Il s'agit ici de la compétence culturelle et éthique essentielle pour l'optimisation des soins en kinésithérapie (Blanton et al., 2011). Elles ne sont pas décrites dans nos onze compétences mais sont comprises dans les compétences 5/7/8. Ainsi le MK peut offrir la meilleure PEC possible à la personne TG.

### 3. Recontextualisation

Il est difficile d'évaluer avec précision la prévalence des personnes TG à travers le monde. En France, la HAS compte 355 TG pour 100 000 personnes (Muriel, 2022). Cependant, la prévalence augmente avec la libération de la parole et la sensibilisation (Nolan et al., 2019).

D'autre part, selon une étude Canadienne de 2014, 85% des 204 répondants dont l'âge variait entre 15 et 79 ans ont déclaré avoir été victime de discrimination de par leur TI de façon générale (Scruton, S., 2014). Quant à la France, les études mettant en lumière les discriminations et violences faites aux personnes TG sont encore rares. Un rapport de 2018 met en avant que 11% des appels sur le service SOS Homophobie concerne la transphobie<sup>2</sup> (Velter, 2021).

---

<sup>2</sup> Bien que genre et sexualité soient différents, une partie des personnes transgenres ne sont pas hétérosexuelles et passent par ce réseau.

Les discriminations et inégalités de soins concernant les personnes TG sont dues à la discrimination sociale, l'ignorance, le manque d'éducation des professionnels de santé, ainsi qu'aux présomptions liées au genre, sexe et sexualité (Lee & Kanji, 2017). Les patients TG sont vulnérables en raison de leur parcours de soins et de la discrimination involontaire ou volontaire des thérapeutes. Cette discrimination représente une barrière à une PEC adaptée et inclusive (Ross & Setchell, 2019; Valentine & Shipherd, 2018).

Ceci met donc en évidence un besoin éthique et éducatif pour améliorer la PEC des patients TG, notamment par le biais de la formation à la compétence culturelle, envers les patients TG, des professionnels de santé, y compris les kinésithérapeutes (Lee & Kanji, 2017). Enfin, l'évaluation des besoins des TG dans le soin, de façon générale mais aussi par rapport à la kinésithérapie, s'est développée dans les pays anglo-saxons et au Canada mais peu d'études sont faites sur le sujet en France. Il en est de même pour les moyens mis en place par les MK afin de s'améliorer de ce point de vue ou bien sur les moyens mis à disposition des professionnels kinés afin de pouvoir se former (Scruton, S., 2014).

**Question professionnelle : Quels sont les moyens d'améliorer la prise en charge en kinésithérapie libérale de la personne transgenre en France ?**

## II. CADRE THÉORIQUE

### 1. Transidentité

#### 1.1 Le genre culturel

Le genre est une notion dynamique (Larousse, 2022). C'est une construction sociale et culturelle plutôt qu'un attribut invariable présent à la naissance de l'individu. En France, à la naissance, il nous ait assigné un genre selon des critères d'assignation. Dans d'autres régions, le genre ne se base pas uniquement sur ces critères (Figure 1).

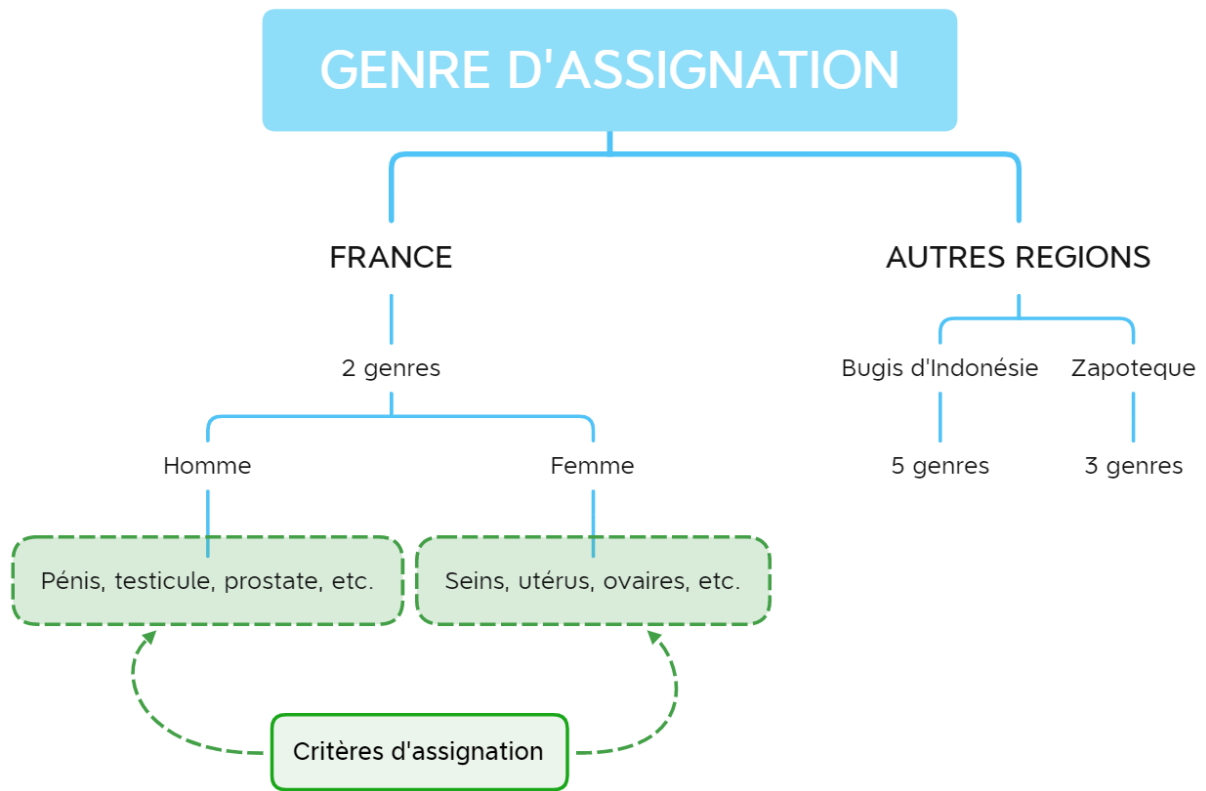


Figure 1 : Le genre d'assignation comme construction sociale (Davies, 2007; Gómez Jiménez et al., 2020).

Il implique des comportements, des rôles et normes (Lee & Kanji, 2017). L'intégration de la représentation complexe de ce genre induit une expression de ce dernier souvent basée sur des stéréotypes de genres.

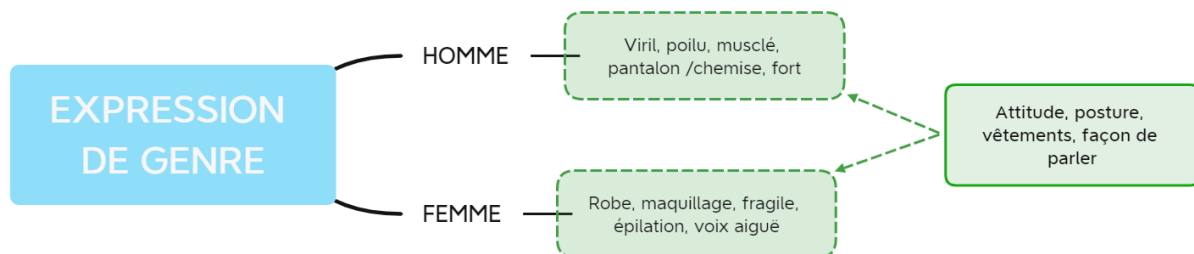


Figure 2 : Expression de genre (DILCRAH & TRANSAT, 2021)

## 1.2 Transidentité

La TI ou le fait d'être TG, est le fait de ne pas se reconnaître dans son genre d'assignation (Safer & Tangpricha, 2019). Ainsi, le genre d'assignation et l'**identité de genre** sont différentes.

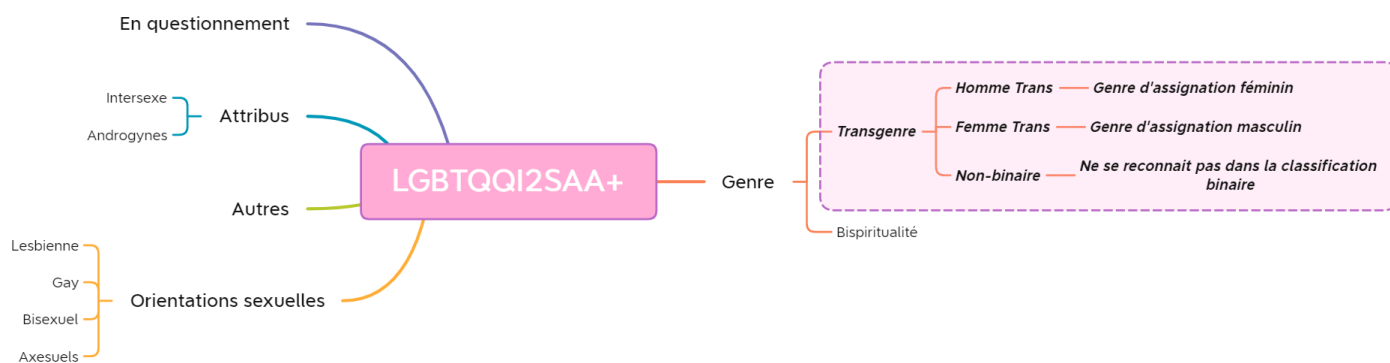


Figure 3 : Schématisation des différentes communautés LGBTQ+.

Le terme de « transsexualité » a été largement utilisé mais n'est plus d'actualité. Il fait référence à l'époque où la TI était reconnue comme maladie psychiatrique. De plus, il fait référence à l'amalgame entre le genre et l'orientation sexuelle<sup>3</sup>.

A l'inverse, les personnes cisgenre se reconnaissent dans leur assignation de genre (Lynch et al., 2023). En annexe VII se trouve une définition de ces termes.

### 1.2.1 Dysphorie

La dysphorie de genre est un trouble de l'identité de genre caractérisé par une forte attirance et conviction d'appartenir à un genre différent de celui qui a été assigné à la naissance, ainsi qu'un fort rejet de tout ce qui se réfère à ce genre assigné (American Psychiatric Association, 2013; Lev, 2013; Zucker, 2015). Elle peut induire un état de détresse dû à un sentiment de décalage entre le genre ressenti et le genre assigné (Patel et al., 2021). En revanche, l'euphorie de genre est une expérience positive de plénitude et de cohérence avec son genre ressenti (Figure 4).

<sup>3</sup> L'orientation sexuelle se traduit par le fait d'éprouver, ou non, de l'attirance physique et/ou romantique envers d'autres personnes quels que soient leurs genres. (Primeau et al., 2022)

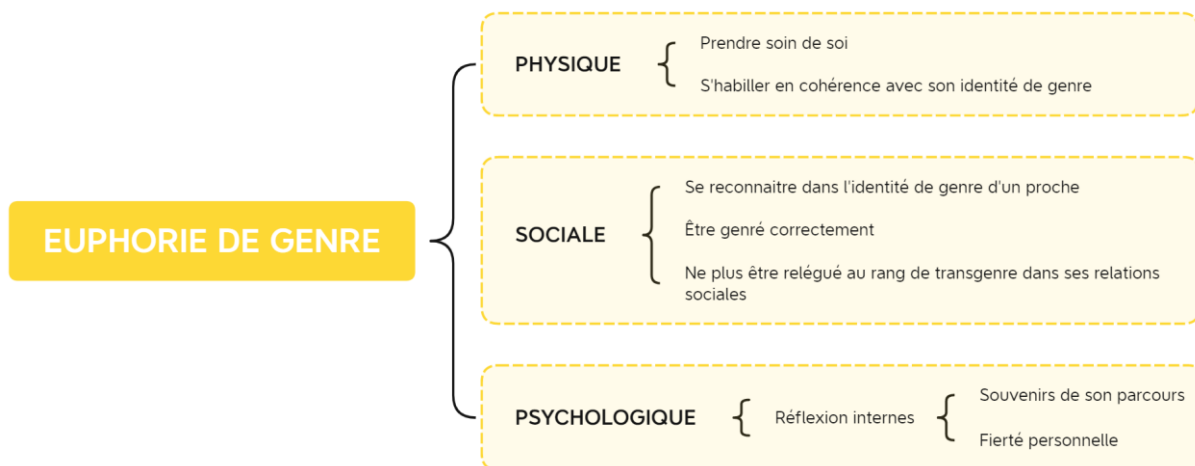


Figure 4 : Schématisation de l'euphorie de genre<sup>4</sup>.

La dysphorie de genre peut donc toucher 3 versants : physique, sociale et psychologique. Afin de contrer la dysphorie, plusieurs techniques sont utilisées. Dans la figure ci-dessous, seules des techniques pour les femmes TG seront présentées<sup>5</sup> (Figure 5). Chez les hommes TG, un « binder » peut être utilisé pour cacher la poitrine. Cependant, l'utilisation prolongée ou incorrecte d'un binder peut entraîner des problèmes de santé comme des douleurs thoraciques, des difficultés respiratoires et des lésions cutanées (Kim et al., 2022).

<sup>4</sup> Ici est présenté le modèle de l'euphorie de genre afin d'apporter une connotation positive là où les articles présentent régulièrement le côté négatif.

<sup>5</sup> La gaff est un accessoire utilisé dans la pratique du tucking, qui consiste à dissimuler les organes génitaux masculins en les positionnant entre les jambes de manière à créer une apparence plus féminine. La gaff est conçue pour maintenir les organes génitaux en place en les pressant contre le corps.

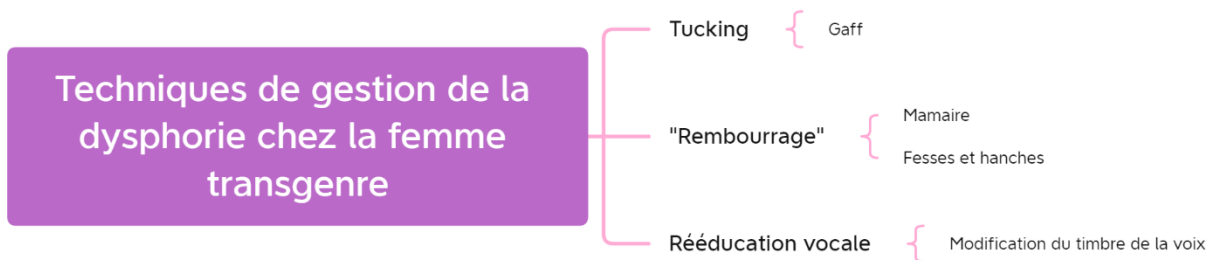


Figure 5 : Techniques de gestion de la dysphorie chez la femme TG (Colin, 2015).

La dysphorie se rapporte à une perception du corps. Dans le soin MK touchant directement le corps et ses perceptions, il se pourrait qu'elle soit un élément majeur à prendre en compte chez les TG dysphoriques.

### 1.2.2 Transition de genre

La transition de genre est un processus personnel et complexe qui peut prendre différentes formes en fonction de ce qui convient le mieux à chaque personne. En effet, il existe une multitude de choix et de possibilités allant de **l'affirmation de son identité de genre**<sup>6</sup> jusqu'à l'opération de réassignation de genre. La Figure 6 présente quelques exemples de transitions possibles, mais cette liste n'est pas exhaustive.

---

<sup>6</sup> Les personnes transgenres ne changent pas de genre et ne se « transforment » pas. En faisant leur coming-out, qu'il soit personnel ou social, elles affirment le genre auquel elles s'identifient (DILCRAH & TRANSAT, 2021).

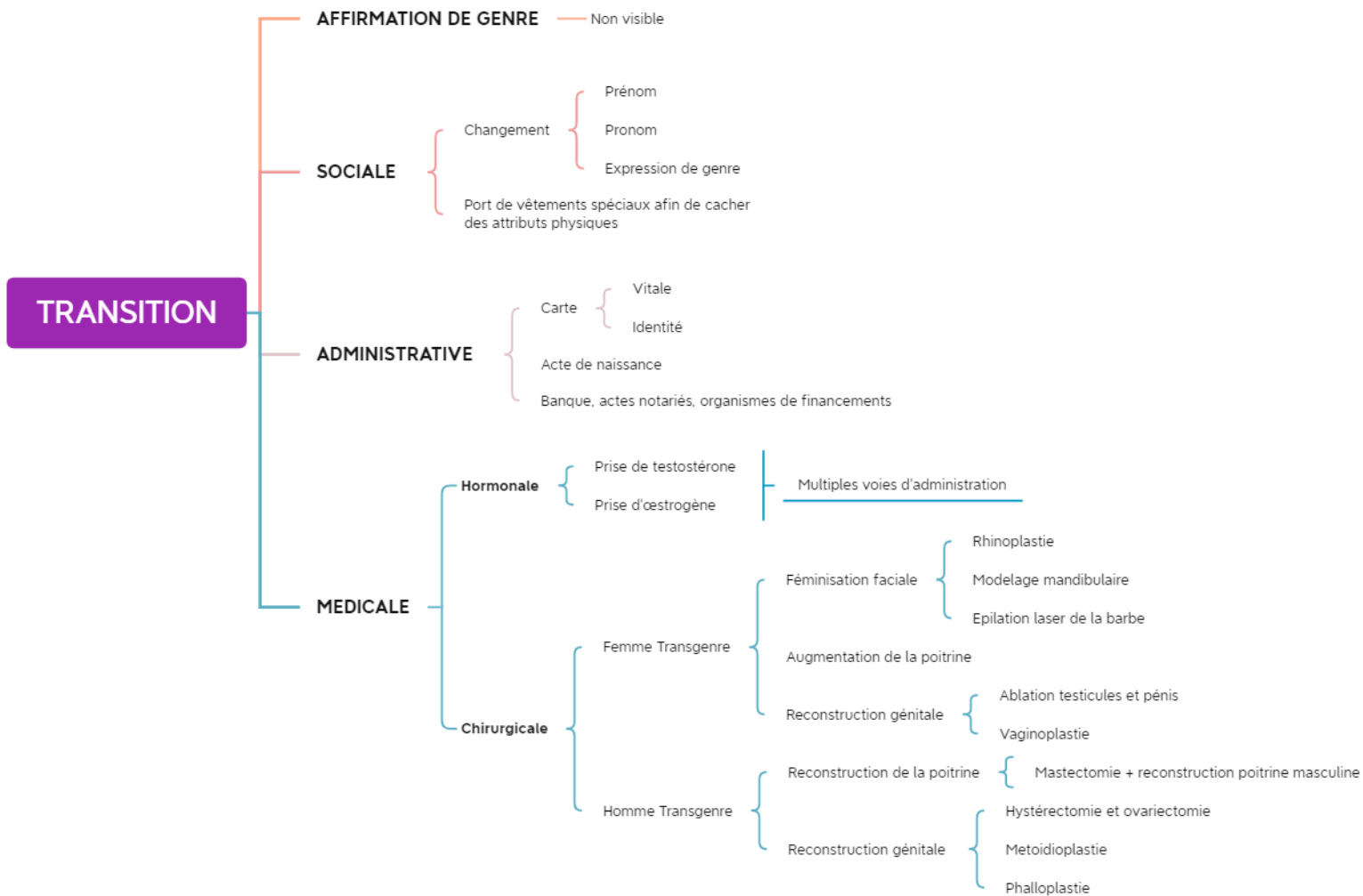


Figure 6 : Transidentité et transition (DILCRAH & TRANSAT, 202).

### 1.3 Transidentité dans le système social

#### 1.3.1 Évolution de la reconnaissance transidentitaire

Le rapport de l’HAS met en évidence une évolution positive des reconnaissances TG dans le système de soin. Bien que tout ne soit pas encore homogène et égalitaire, les problématiques sont en discussions afin de faciliter l’accès aux soins et réduire l’errance thérapeutique sous ses différents aspects (Figure 7 et 8)

Bien qu’à ce niveau, la conscience s’ouvre, ce n’est pas encore le cas dans les pratiques cliniques. Les maladroites comme **mégenrer**, **l’outing** peuvent être dues au manque de connaissance. Cependant, des formes de **cis-sexismes** ou de **transphobies** sont aussi recensées comme l’utilisation du **deadname**, les questions indiscrettes, les refus de soins.

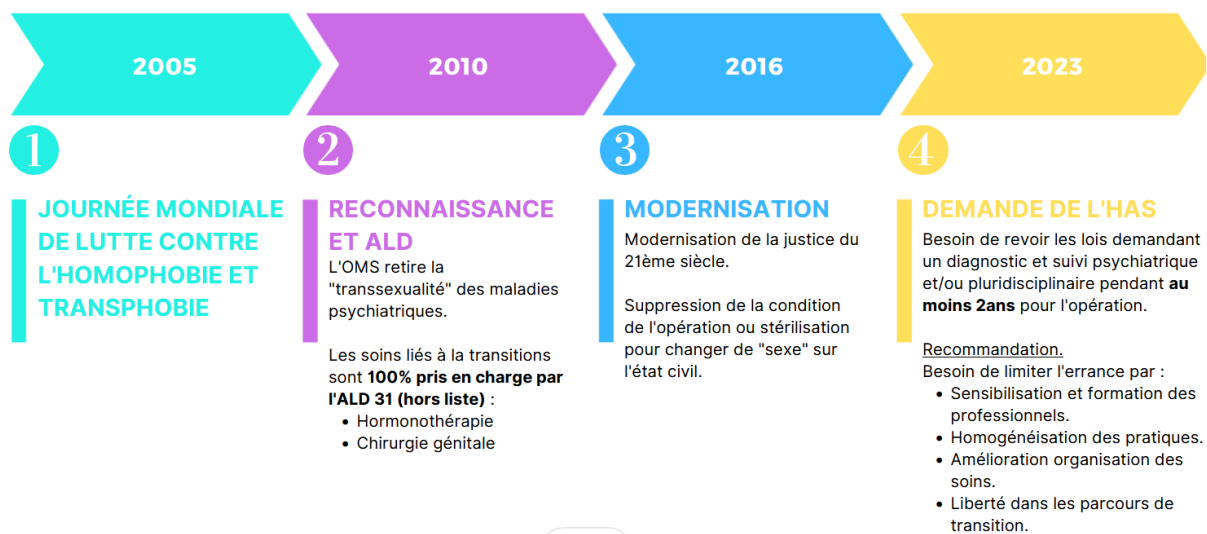


Figure 7 : Evolution de la reconnaissance dans le système de la transidentité (HAS, 2023).

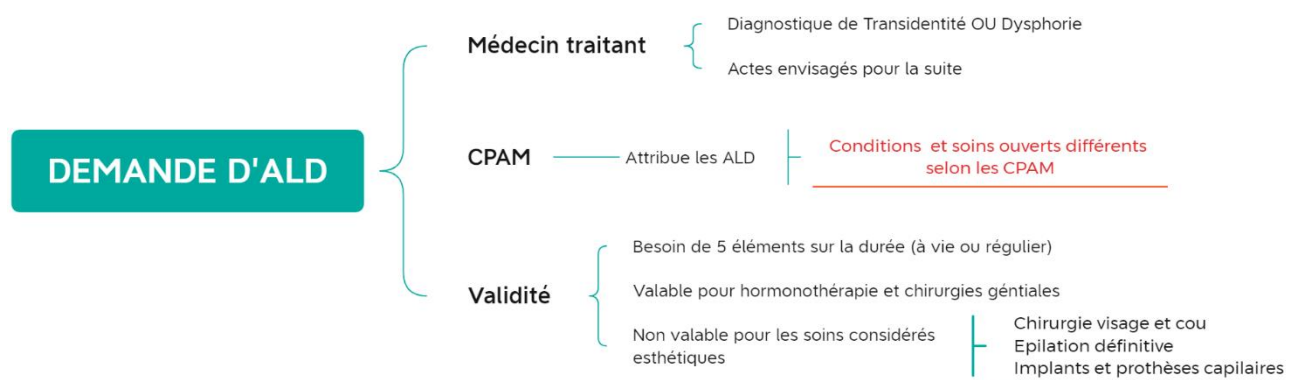


Figure 8 : Processus de demande d'ALD (HAS, 2023).

### 1.3.2 Coming out et outing

Le "coming-out" est un processus par lequel une personne révèle pour la première fois son orientation sexuelle ou son identité de genre à d'autres personnes (Human Rights Campaign, 2003). Il peut être une source de tension (Zimman, 2009). Dans les questions de TI, il peut avoir des objectifs différents en fonction du moment où il est exercé, avant ou après une transition physique (Zimman, 2009). L'outing, en revanche, est l'acte de révéler l'identité de genre de quelqu'un sans son consentement. Cela peut avoir des conséquences négatives pour la personne,



notamment en termes de sécurité personnelle, d'emploi et de relations familiales personnes (Human Rights Campaign, 2003).

### 1.3.3 *Mégenrer*

Mégenrer une personne consiste à utiliser des pronoms ou des termes qui ne correspondent pas à leur identité de genre (Dolan et al., 2020). Cela peut contribuer à la dysphorie de genre et même avoir un impact sur l'alimentation (restriction alimentaire) (Mitchell et al., 2021). Mégenrer constitue une forme de violence en niant leur identité de genre et en alimentant les stéréotypes de genres et le cissexisme dans la société.

### 1.3.4 *Deadname / Morinom*

Le deadname ou morinom en français, est le prénom donné à la naissance ou prénom d'assignation. Demander à une personne TG son prénom d'assignation ramène la personne à une identité qui n'est pas la sienne et qui lui a été imposée. Il peut même renvoyer à des souvenirs traumatiques. C'est considéré comme étant une violence (McFadden, 2020).

### 1.3.5 *Transphobie et cissexisme*

Le **cissexisme** est une forme de discrimination systémique envers les personnes TG par les personnes cisgenres qui se conforment aux attentes sociétales en matière de genre (La Toupie, 2023). Il est lié à la **transphobie** et se manifeste à travers des lois, des politiques gouvernementales, des politiques et des règles institutionnelles et organisationnelles qui nient les droits, le pouvoir et le contrôle des personnes TG en raison de leur identité et de leur expression de genre (Beemyn, 2015). Le cissexisme est beaucoup plus complexe que le sexisme, car il touche à la fois les femmes et les hommes TG (Jun, 2018).

### 1.3.6 *Vulnérabilité dans le soin*

Les personnes TG peuvent faire face à des obstacles pour accéder aux soins de santé, tels que des barrières juridiques, économiques et sociales (Gonzales & Henning-Smith, 2017). Ces obstacles peuvent conduire à un retard de diagnostic, PEC et récupération (Sundus et al., 2021). Également, un désengagement des soins et un recours à des interventions à haut risque

et peu sûres, peut avoir un impact profond sur leur bien-être général (Chong et al., 2021 ; Kcomt, 2019).<sup>7</sup>

La discrimination de la part des soignants, y compris les MK, la réception de recommandations de soins inappropriées et les refus de soins entraîne une crainte. Cette dernière réduit la probabilité que les patients TG révèlent leur identité de genre (Ross & Setchell, 2019). Cela met en avant un manque d'équité dans le parcours de soin (Gonzales & Henning-Smith, 2017).

Il est crucial d'instaurer un climat de confiance avec les patients TG afin d'améliorer la qualité des soins en étant plus aptes à fournir des soins appropriés (Butler et al., 2016). La communication entre le thérapeute et le patient en sera améliorée, ce qui permettrait de mieux prévenir les risques de santé mentale tels que les symptômes dépressifs, l'exposition aux traumatismes interpersonnels, les troubles liés à la consommation de substances, l'anxiété et la détresse générale (Valentine & Shipherd, 2018). Les personnes TG sont confrontées à un risque élevé de VIH, ainsi qu'à des taux élevés d'automutilation et de suicide (41% des TG vivants) (Grant et al., 2011) (Colin, 2015). Ces chiffres sont bien supérieurs à ceux observés dans la population générale (Lake & Clark, 2019; Grant et al., 2011; Colin, 2015).

## 2. Compétence culturelle et éthique

### 2.1 Soins éthiques et culturellement compétents

La littérature intègre la compétence éthique et culturelle dans les facteurs primordiaux à une pratique efficace et faisant partie des meilleures dans l'apport de soins de qualité, notamment en MK (Blanton et al., 2011).

Bien que ces deux notions puissent s'entrelacer, elles sont distinctes (Figure 9 et 10). Elles se basent toutes deux sur les 4 fondements de l'éthique : **bienfaisance, autonomie, non-malfaisance et justice** (Beauchamp et al., 2008) (Annexe VIII)

---

<sup>7</sup> Le nombre limité de médecins qui acceptent de prescrire des traitements hormonaux hors-AMM pousse les patients transgenres à l'auto-médication, ce qui augmente les risques d'effets secondaires (HAS, 2023).

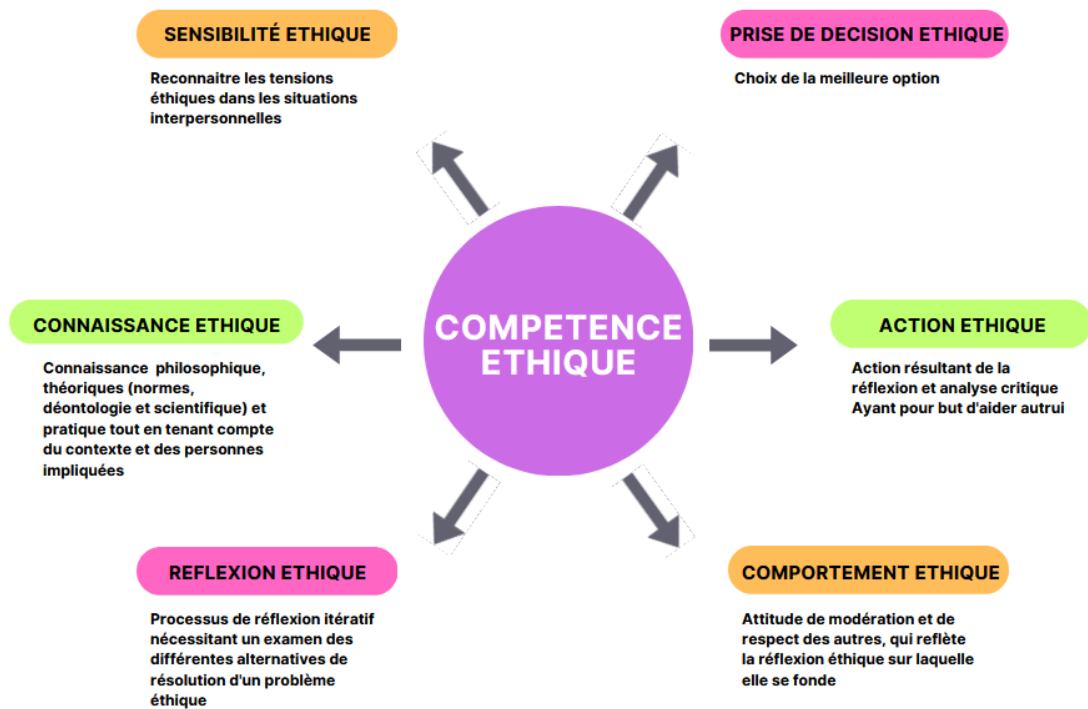


Figure 9 : Compétence éthique (Sundus et al., 2021).

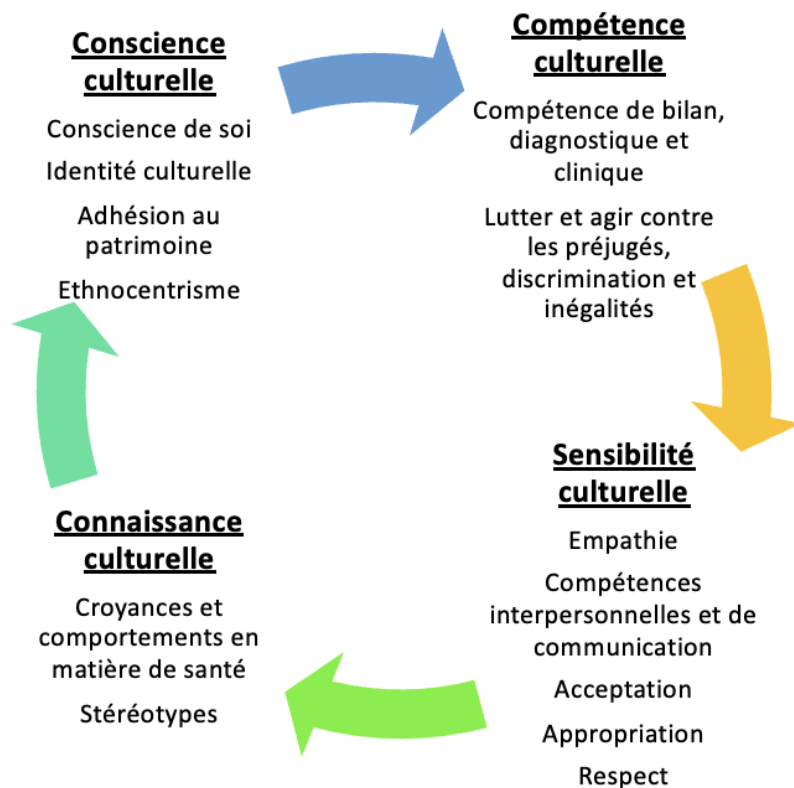
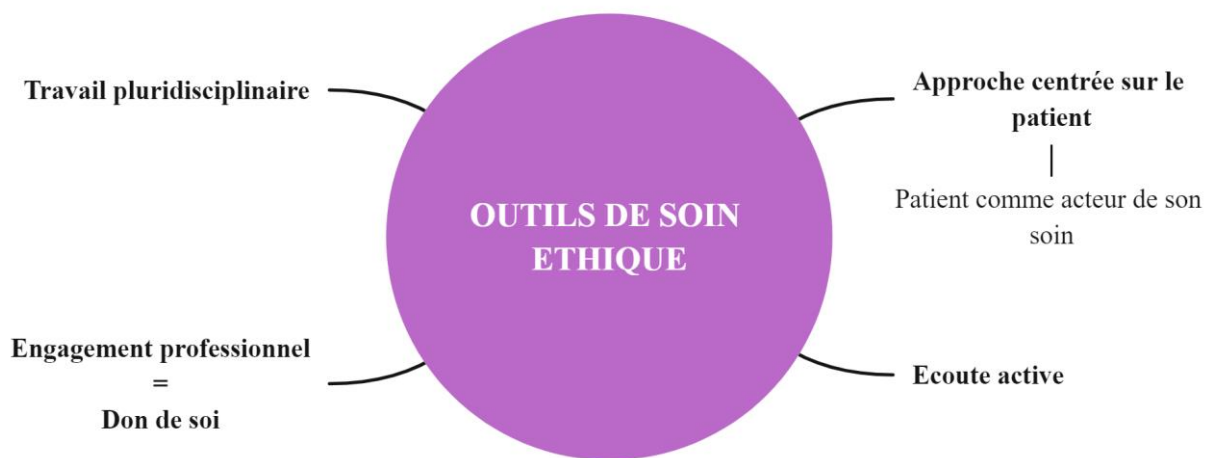


Figure 10 : Modèle Papadopoulos sur la compétence culturelle (O'Shaughnessy & Tilki, 2007).

La compétence culturelle en kinésithérapie consiste à fournir des soins de santé efficaces, adaptés aux besoins de patients provenant de différents milieux culturels, en surmontant les barrières culturelles et linguistiques grâce à des approches sensibles aux différences sociales, culturelles, raciales, sexuelles et religieuses des patients. Selon le *modèle Papadopoulos*, la compétence culturelle n'implique pas une connaissance universelle de chaque culture. Elle cherche à développer une réflexion critique de l'ethnocentrisme personnel et professionnel et des stigmatisations internalisées (Bristowe et al., 2018). Le tout est de susciter l'ouverture des consciences et de l'empathie (O'Shaughnessy & Tilki, 2007; Sundus et al., 2021). Cette conscience se met au service de l'éthique afin d'éviter les préjugés. Les auteurs mettent également en lumière qu'elle favoriserait la relation de soin par le respect de l'autonomie du patient et le secret professionnel (risque d'outing).

Dans la littérature sont évoqués des outils d'aide au développement des compétences éthique et culturelle (Figure 11 et 12) :



*Figure 11 : Outils pour un soin éthiquement compétent (Sundus et al., 2021).*

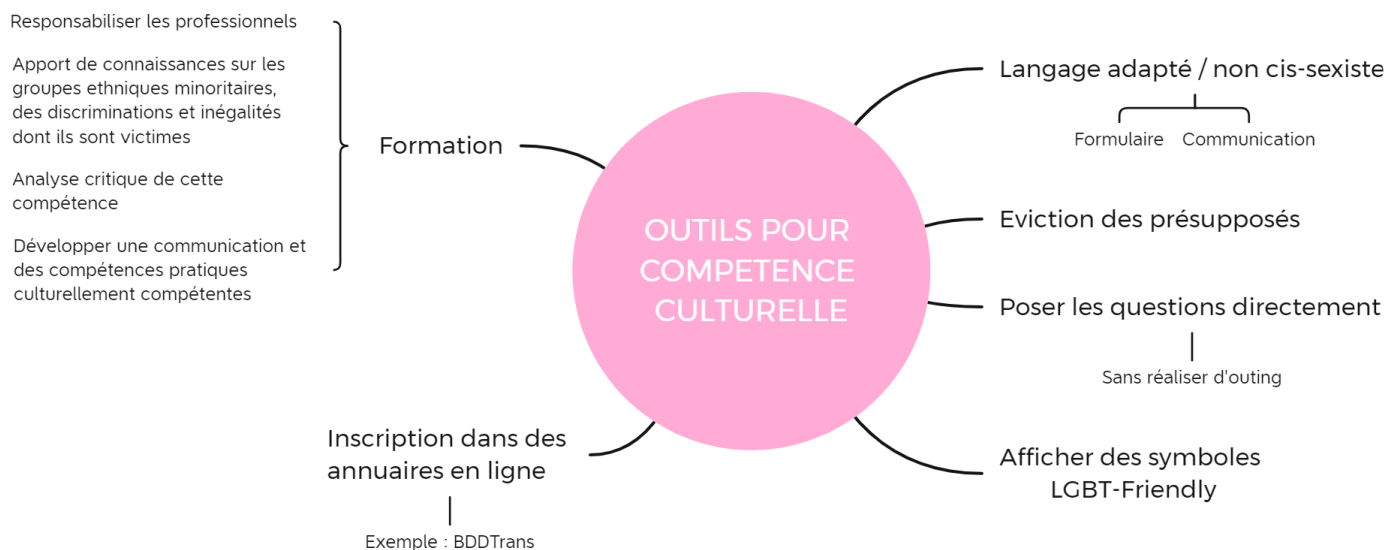


Figure 12 : Outils d'aide pour développer sa compétence culturelle (Butler et al., 2016 ; Sundus et al., 2021).

La littérature recommande aux kinésithérapeutes de suivre une formation sur la santé des TG (Ross & Setchell, 2019). Le développement de ces compétences contribue au principe éthique de bienfaisance<sup>8</sup> en améliorant l'expérience et l'environnement de soins pour les patients TG, ainsi que leur confiance envers les professionnels de santé (Hann et al., 2017). A plus grande échelle, la compétence culturelle permet de réduire les inégalités de santé (Butler et al., 2016).

## 2.2 Éthique déontologique

La profession de MK est conduite par un code de **déontologie**<sup>9</sup> (Boudrahem & Morel-Lab, 2021). La déontologie du grec « deon » devoir et « logo » la raison, désigne la **science du devoir** (Le Marec, 2007). La déontologie est un ensemble de principes et de règles rigoureuses et spécifiques à chaque domaine professionnel (Le Marec, 2007). Elle donne des repères

<sup>8</sup> Le principe de **bienfaisance** oblige les thérapeutes à agir dans l'intérêt des patients en protégeant leurs droits, prévenant les préjudices, aidant les personnes en situation de handicap et secourant les personnes en danger. Elle pousse à agir positivement, contrairement à la non-malfaisance qui empêche simplement de nuire (Beauchamp et al., 2008; Horton, 2002; Varkey, 2021).

<sup>9</sup> En France, notons que c'est le médical français qui fait état de référence (Le Marec, 2007).

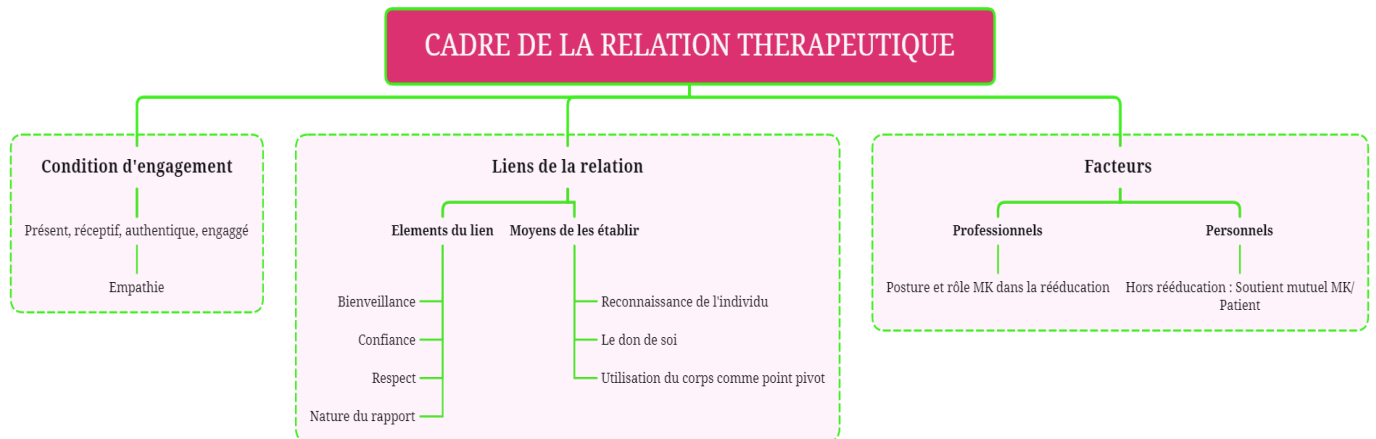
éthiques, assure l'intégrité et la confiance envers la profession de soin, prévient les conflits d'intérêts et les comportements inappropriés. Elle peut même protéger les thérapeutes (Moquet-Anger et al., 1996)

Elle est **centrée sur le patient**. Elle oblige les thérapeutes à prendre soin de leurs patients, renforçant ainsi leur lien (Baudry, 2020). Les normes éthiques et déontologiques élevées renforcent la confiance des patients dans le système de santé et sa qualité (Caillol et al., 2011; Moquet-Anger et al., 1996). Pour garantir la sécurité des soins, une formation continue des thérapeutes est nécessaire pour s'adapter à l'évolution sociétale, des sciences et techniques et limiter l'incertitude lors de la prise de décision ((Moquet-Anger et al., 1996).

### 3. Alliance thérapeutique

Un changement de paradigme s'effectue suite à la loi Kouchner en 2021 qui entraîne le patient au centre de la relation de soin et donc de l'AT (Craquelin et al., 2023). En 2020, l'AT est définie comme « *la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute, dans la visée de l'atteinte des objectifs fixés conjointement.* » (Valot & Lalau, 2020). C'est un concept **dynamique** et universellement applicable, y compris aux patients TG (Miciak et al., 2019).

### 3.1 La relation thérapeutique



**Bienveillance** : Capacité d'établir une relation accompagnée de compréhension vis-à-vis de la situation (Leclercq, 2019).

**Empathie** : Capacité à se mettre à la place d'une autre personne pour comprendre ses sentiments ou ses représentations mentales. L'empathie s'exprime donc à travers la projection, l'identification et l'altruisme. L'objectif étant de connecter pour construire un monde commun (Boulangier & Lançon, 2006 ; Husserl, 1999).

Figure 13 : Schématisation du cadre de la relation de soin (McCabe et al., 2022; Miciak et al., 2019; Søndena et al., 2020).

Leclercq (2019) avance qu'une relation thérapeutique de qualité nécessite une indispensable prise de conscience du thérapeute et du patient menant à une compréhension réciproque. En appliquant ce cadre, le patient se sent compris, entendu et activement motivé (Figure 13). L'objectif principal est **l'empowerment** du patient sur sa santé (Craquelin et al., 2023) (Annexe IX).

Des sous-concepts transversaux définissent l'AT : La **communication** permet de **partager le voyage, légitimer l'expérience** du patient avec ce « petit plus » de la **prise en compte de la personne** afin de l'amener vers une **autonomie**. Le tout dans un **espace thérapeutique** favorable (Søndena et al., 2020).

### 3.2 La communication

L'AT comprend la communication verbale, non verbale et tactile. La communication est centrale dans la pratique MK et implique une écoute active et empathique du patient (Martin et Hupin, 2018 ; (Miciak et al., 2019). Cependant, les thérapeutes ont tendance à interrompre leur patient trop rapidement<sup>10</sup> (Revah-Levy, 2016). Une bonne communication implique également de prêter attention à l'anamnèse du patient et d'utiliser des clés de communication pour développer une bonne AT (Figure 14 et 15) (Crepeau & Blesedell, 2016; Wilson et al., 2017) (Wustefeld, 2018). Une communication efficace peut créer une première impression positive et stimuler la réflexion (Brun-Cottan et al., 2020).

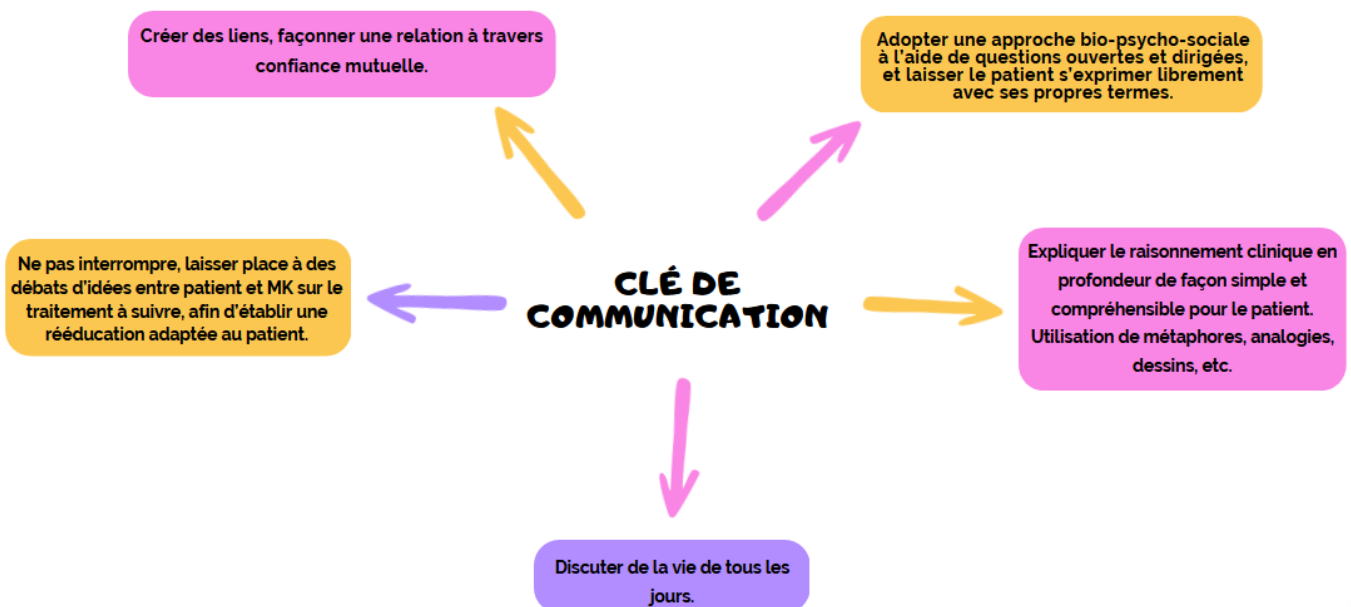


Figure 14 : Clé de communication (Wustefeld, 2018).

<sup>10</sup> En moyenne 23 secondes



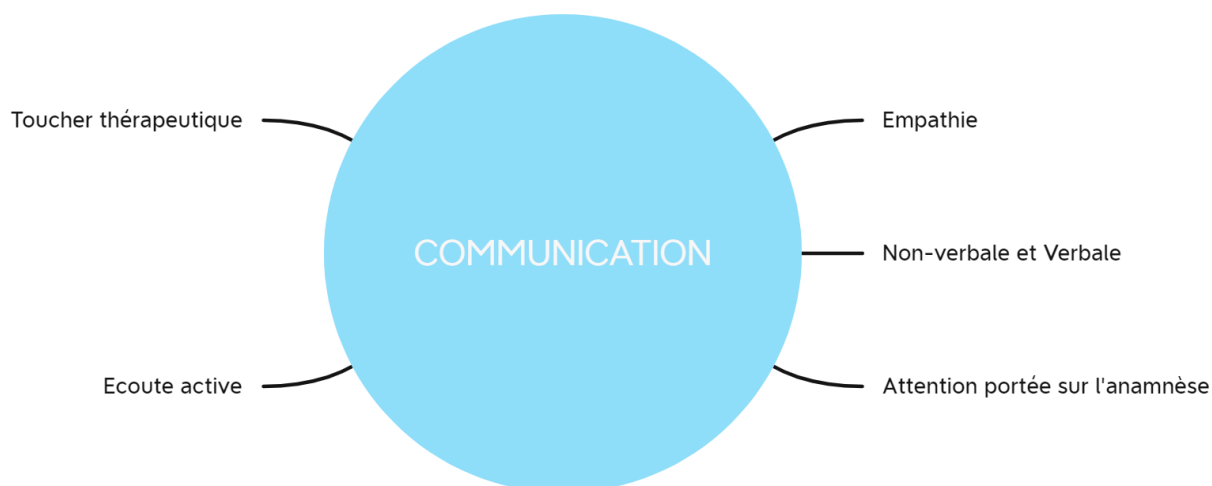


Figure 15 : Modèle de communication dans l'AT (Søndenå et al., 2020).

### 3.3 Partager le voyage : légitimer l'expérience, toucher thérapeutique, pied d'égalité

La relation thérapeutique c'est aussi partager le parcours du patient afin de l'accompagner de la dépendance vers l'indépendance (Søndenå et al., 2020).

#### 3.3.1 Toucher thérapeutique

Les auteurs s'accordent à dire que la relation thérapeutique en MK se différencie par le contact physique et plus précisément par le **toucher thérapeutique** (McCabe et al., 2022). Ce dernier pourrait servir à **légitimer l'expérience** douloureuse d'un patient, lui réapproprier son corps et le remettre en confiance. Il est perçu comme un moyen de « combler le fossé ». Ce contact est une communication tactile transmettant l'attention, l'empathie, le soutien et le réconfort (Hiller et al., 2015). C'est un atout car chez le MK, l'empathie semble être une qualité primordiale. (Baudoux & Bourson, 2021). Miciak et al., (2019) développent **l'utilisation du corps comme point de pivot** (Figure 16).

La TI pouvant impacter cette relation au corps, le toucher thérapeutique pourrait favoriser la réappropriation corporelle.

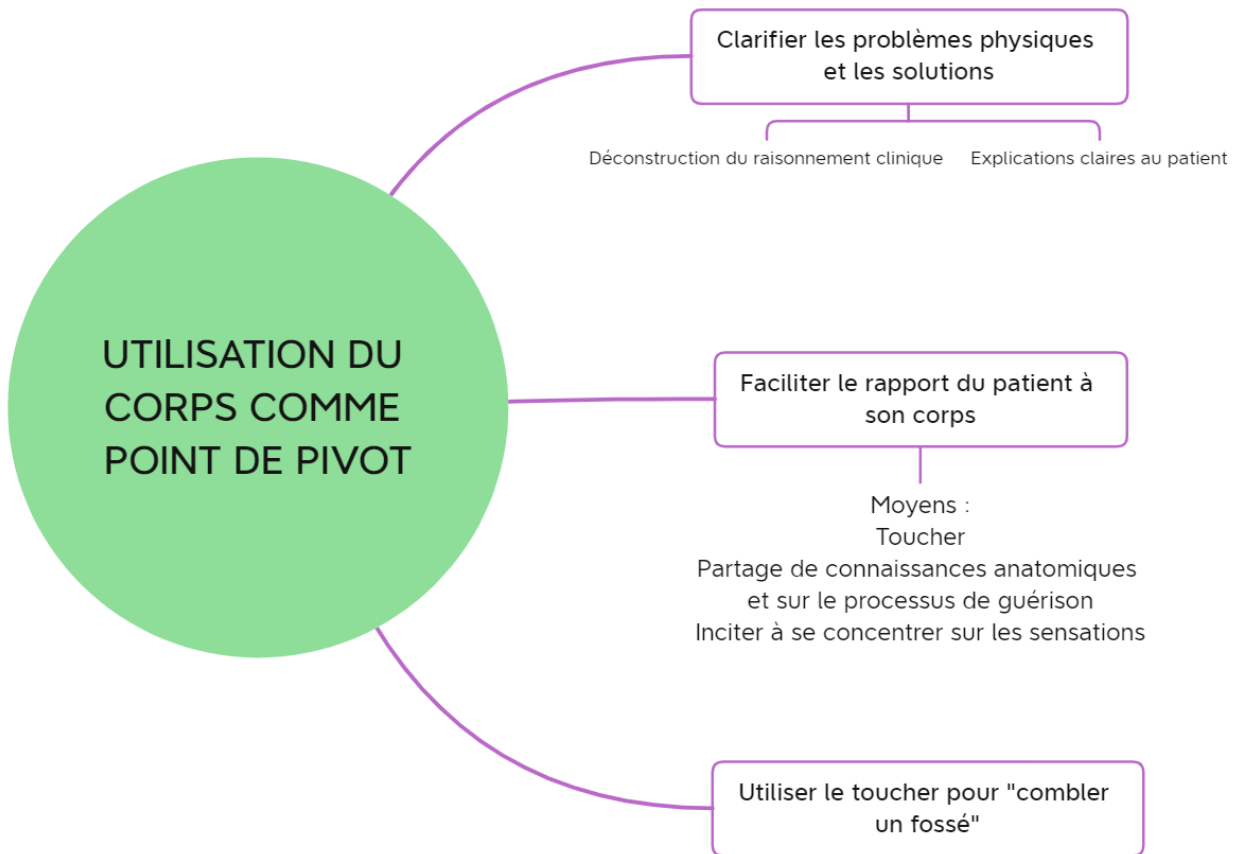


Figure 16 : Concept de l'utilisation du corps comme point de pivot (Miciak et al., 2019).

### 3.3.2 Rencontre sur un pied d'égalité

La rencontre sur un pied d'égalité c'est « *une dynamique du pouvoir inhérent à la relation de soin pour une collaboration dans l'avancée thérapeutique* » (Miciak et al., 2019). Le but ici est de valider les expériences du patient, ce qui est un moyen puissant de le reconnaître en tant que tel et non en tant que pathologie. Le pied d'égalité s'appuie aussi sur l'individualisation de l'approche thérapeutique permettant d'adapter la rééducation et **d'ajuster** la relation pouvant se dégrader très rapidement.

Il est donc important de prendre en compte l'expérience de la personne TG et de reconnaître son identité de genre (Colin, 2015). Aussi, une approche individualisée est nécessaire compte tenue des vécus différents et des multiples discriminations qu'elle intègre dans sa représentation du soin. Cela peut entraîner de la méfiance et des difficultés à s'engager dans la relation de soin.

### 3.4 Espace thérapeutique

Le sentiment de sécurité ressenti par les patients dans l'espace thérapeutique leur permettrait une **ouverture** autant **physique** que **psychique**. Ceci favorise une **intimité** relationnelle (Wilson et al., 2017). Lorsque leur deadname est employé, s'ils sont mégenrés, s'ils font face à des préjugés involontaires, les patients TG peuvent éprouver des émotions négatives altérant une relation thérapeutique (Knutson et al., 2019; Vasquez & Melba, 2007). De ce fait, l'espace thérapeutique sera peu sécurisant, alors que la reconnaissance et le non-jugement sécuriseront les patients facilitant l'AT (Bull, 2006).

L'espace thérapeutique n'engloberait pas uniquement un aspect lié au patient mais également des **caractéristiques intrinsèques au MK** (Figure 17).

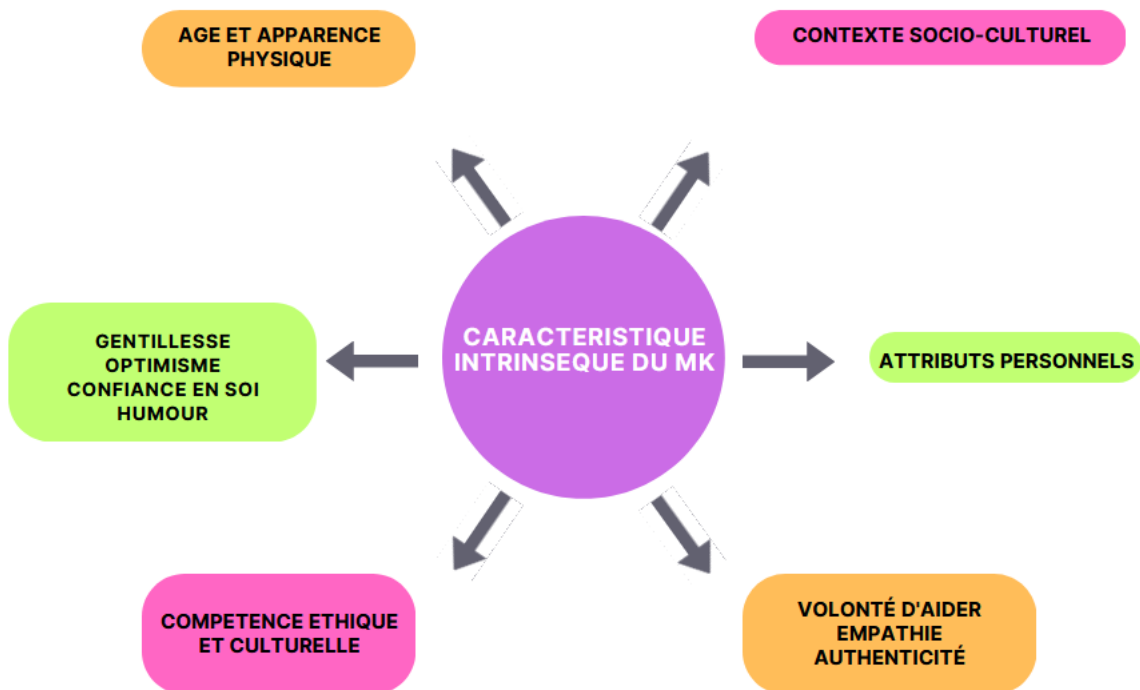


Figure 17 : Caractéristiques intrinsèque du MK influant sur l'AT (Colin, 2015 ; (Gyllensten et al., 2003; Harman et al., 2014).

### 3.5 Favoriser l'autonomie : collaboration interpersonnelle

Favoriser l'autonomie du patient serait un continuum consistant en une augmentation de la conscience de soi et de la réflexivité pour changer de comportement (Søndenå et al., 2020). La finalité est l'autogestion indépendante durable (Crepeau & Blesedell, 2016).

La **collaboration interpersonnelle**, basée sur la **confiance réciproque**, repose sur l'**accord conjoint** entre le MK et le patient sur l'objectif à atteindre (Brun-Cottan et al., 2020; Crepeau & Blesedell, 2016). Enfin, l'autonomie dépend d'un environnement favorable et d'une motivation pour le changement (Søndenå et al., 2020).

#### 3.5.1 *Prendre en compte la personne : don de soi*

L'attention portée par les MK à leurs patients leurs permettent de mettre à disposition des soins adaptés tout en répondant à leurs attentes. Il est question de voir la personne plutôt que la pathologie. En remettant le patient au centre du soin, en l'informant avec clarté, la collaboration et la **réciprocité** dans l'AT et les résultats thérapeutiques sont optimisés (Søndenå et al., 2020; Wilson et al., 2017).

Pour ce faire, il est du devoir des MK d'initier une connexion et de faire **don de soi**. Le don de soi est « *un investissement personnel accru d'énergie mentale, émotionnelle et physique.* ». Le MK doit développer une AT en parlant de soi pour créer « quelque chose de plus » qu'une simple interaction MK-Patient (Miciak et al., 2019; Wilson et al., 2017).

## III. QUESTION DE RECHERCHE

La question du soin de la personne TG est vaste. Nous avons vu que l'AT et l'éthique professionnelle sont deux notions applicables à toutes situations de soin et à tous patients. Cette accessibilité dénote avec la littérature. Elle ne cesse de mettre en avant l'inégalité dans les soins et les différents manques de la profession afin d'offrir une qualité de soin optimale aux patients TG. L'objectif de ce mémoire est d'interroger la profession quant aux moyens de créer une AT avec cette patientèle notamment en France. La principale notion interrogée est le **savoir-être**. En effet, sans AT et donc sans confiance, les soins, même avec d'amples connaissances, ne pourront être adaptés et le patient aura de plus grandes difficultés à adhérer. La création d'une

AT dépend plus du savoir-être que du savoir-faire. Il me semble important de me détacher des parcours de transitions des patients afin d'interroger sur les situations quotidiennes.

Mon objectif est de comprendre quels sont les moyens mis en place dans la création de l'AT avec le patient TG dans le soin MK libéral en France.

## QUESTION DE RECHERCHE

**Quels sont les moyens de créer une alliance thérapeutique avec le patient transgenre en kinésithérapie libérale en France (DROM-COM et Métropolitaine) ?**

## IV. MÉTHODOLOGIE

### 1. Avant-propos

Depuis notre enfance, nos visions, schémas de constructions sont intégrés par des représentations sociales, admises par le plus grand nombre. De même, notre mémoire intègre des scripts au fil de nos expériences sensorielles et émotionnelles. Cette façon de fonctionner nous permet d'anticiper et d'appréhender notre environnement. C'est rassurant. Le genre est une construction sociale dont nous sommes imprégnés depuis notre naissance. Bleu pour les garçons et rose pour les filles, ou danse pour les filles et foot pour les garçons, savoir si nous sommes un homme ou une femme pour pouvoir faire des démarches administratives, notre vie et société est construite en partie autour du genre. Il est donc tout à fait normal d'avoir des schémas de pensées binaires quant à cette thématique. Il serait donc tentant de dire qu'un sujet tel que la TI vient bouleverser cet accord commun implicite de notre société Française. Il est cependant important et nécessaire, dans la création et la lecture de ce mémoire, de faire un pas de côté afin d'adopter une posture neutre et objective sur ce sujet.

## 2. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'interroger le **savoir-être**, les comportements et les moyens des MK libéraux en France quant à leurs choix concernant la création d'une AT avec la patientèle TG. L'objectif est également de comprendre ce qui pourrait entraver cette création. Le cadre de la PEC serait idéalement hors parcours spécifique de transition.

## 3. Choix de la méthode

Lors de l'élaboration d'un mémoire, il est possible d'aborder la recherche sous 3 méthodes différentes : qualitative, quantitative et mixte. Ce choix dépend de la formulation de questions de recherche effectuée précédemment, mais aussi de mes objectifs.

Je me suis intéressée aux différents facteurs décisionnels permettant de choisir une méthode plutôt qu'une autre, de les comparer directement aux objectifs que je me suis fixés. (Tableau I)

Tableau I : *Justification du choix de la méthode de recherche (Aubin-Augier et al., 2008 ; (O'Cathain et al., 2007).*

<b>Recherche quantitative</b>	<b>Recherche qualitative</b>	<b>Mes objectifs Ma recherche</b>
Questions plutôt biomédicales	Plutôt adaptée à l'étude de phénomènes sociaux	Etude de la mise en place d'une alliance thérapeutique avec la personne TG.
Mesure, quantifie des variables déjà connues, présentes dans la littérature	Explore l'existence et la signification de variables inconnues, peu présentes voire absentes de la littérature	Sujet récent, peu de recul, peu de littérature française
Relations causales entre des variables mesurables	Compréhension du contexte, étude des sujets dans leur environnement	Compréhension du contexte, étude des sujets dans leur environnement
Hypothético-déductive : Test des hypothèses, position plutôt neutre, observation	Inductive : crée des hypothèses, subjectivité du chercheur	Aucune hypothèse, manque dans la littérature Besoin de visibilité de terrain

A travers cette réflexion, il apparaît que ma question de recherche et mes objectifs correspondent parfaitement à la méthode de recherche qualitative.

#### 4. Méthode qualitative inductive

*“Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu’expérimentaux), en mettant l’accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants”* (Pope & Mays, 1995). Dans le champ de la recherche en kinésithérapie, il s’agit notamment *“d’un outil pertinent pour étudier les représentations et les pratiques sociales des acteurs du monde de la santé”*(Demoncey, 2016). Les données observées sont subjectives, donc difficilement mesurables. En effet, on ne cherche pas à quantifier, mais à faire une démarche interprétative des données recueillies (Aubin-Auger et al., 2008). Cette méthode me permettra ainsi d’analyser des expériences vécues par les MK sur le terrain concernant les moyens développés par les MK dans le processus de création de l’AT avec les patients TG en France.

Je m’oriente vers une approche inductive qui *“permet d’avancer une proposition de développement théorique construit à partir des données empiriques”* (Anadón et Guillemette, 2007). Il n’y a pas d’hypothèses pré-construites : il s’agirait plutôt d’utiliser les données empiriques pour valider nos propres intuitions et non pour vérifier des hypothèses (Anadón et Guillemette, 2007 ; Livian, 2015). La **“théorie ancrée”** (Tableau II) semble la plus adaptée à ma question de recherche : on va chercher à donner du sens aux données de terrain récoltées et en faire une *“théorisation au sens de processus pour arriver à une compréhension de nouveaux phénomènes”* et non une *“théorie au sens de modèle pour la compréhension l’entretien”* (Nicolas de Chanaud, s.d.).

Tableau II : Les concepts méthodologiques en recherche qualitative (Aubin-Auger et al., 2008).

<b><i>Phénoménologie</i></b>	<b>Compréhension de l'essence de l'expérience des gens et des phénomènes.</b>
<b><i>Etude de cas</i></b>	Investigation de phénomènes contemporains dans leur contexte de vie.
<b><i>Ethnographie</i></b>	Immersion du chercheur dans la vie des sujets étudiés et place du phénomène étudié dans le contexte social et culturel.
<b><i>Biographie</i></b>	Chronologie d'expérience de vie.
<b>« <i>Grounded theory</i> » ou <i>théorie ancrée</i></b>	Méthode spécifique développée par Glaser et Strass (1967) dont le propos est de construire la théorie à partir de données recueillies. Parfois utilisée de façon plus générique pour désigner la construction théorique faite à partir de l'analyse des données qualitatives.

## 5. Description de l'échantillon

### 5.1 Choix de la population

Afin de répondre à la question de recherche, plusieurs populations sont interrogeables (Figure 18) :

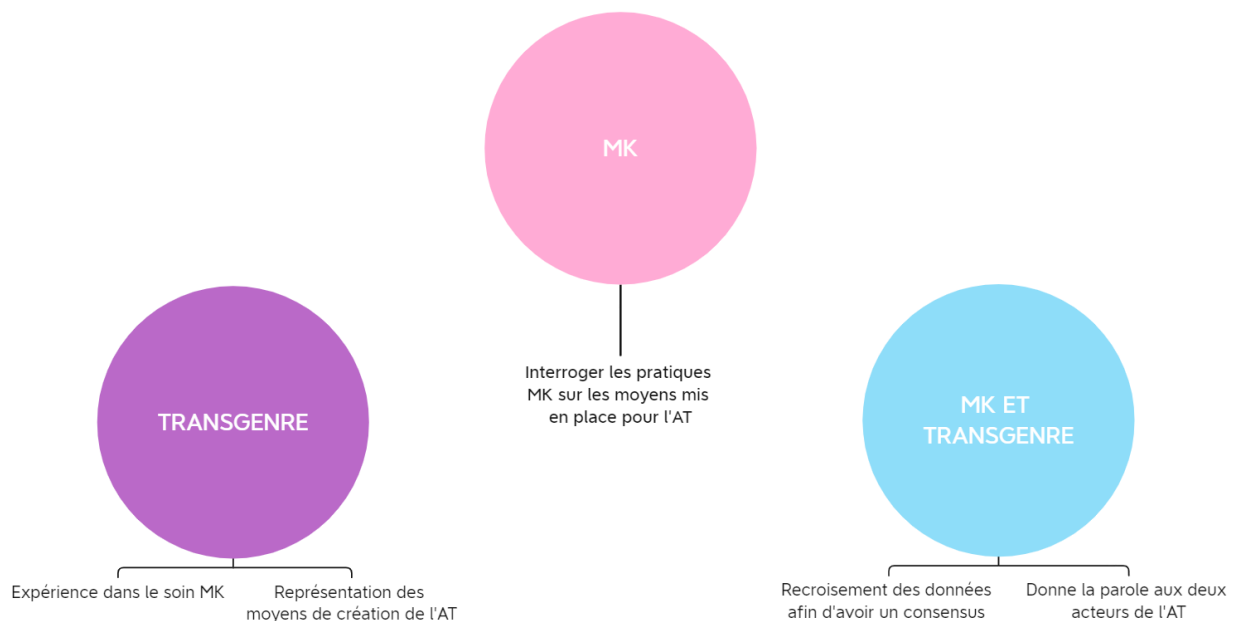


Figure 18 : Option du choix de population.



Toutes ces options comportent des avantages et des inconvénients (Tableau III).

Tableau III : *Justification du choix de la population étudiée.*

POPULATION	AVANTAGES	INCONVENIENTS
<b>TRANSGENRES</b>	<p>Connaissance de la TI</p> <p>Prise en compte de la parole TG</p> <p>Expériences vécues et ressenties personnellement</p> <p>Pistes d'améliorations auxquelles une personne cisgenre ne penserait pas</p> <p>Pertinence des informations</p> <p>Pertinence des attendus</p> <p>Comparatif entre mes données théoriques et celles obtenues sur le terrain</p>	<p>Respect de la Loi Jardé</p> <p>Place d'enseignant des TG qui peut être lassante</p>
<b>MKDE LIBERAL</b>	<p>Facilitation face à la Loi Jardé</p> <p>Accessibilité de prise en charge hors parcours de transition en <b>libéral</b></p> <p>Vocabulaire et lexique commun</p> <p>Etat des lieux de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ce qui existe déjà sur le terrain</li> <li>- Attentes et besoins des MK face à la patientèle TG</li> <li>- Représentations des MK</li> </ul>	<p>Manque de recul sur le sujet</p> <p>Possible manque de connaissances approfondies de la transidentité</p> <p>Données pouvant être biaisées par des a priori</p>
<b>MKDE et TRANSGENRE</b>	<p>Donner la parole aux deux acteurs de l'AT</p> <p>Donner de la visibilité</p> <p>Combinaison des avantages du MK et TG</p>	<p>Temps de mise en place des entretiens</p> <p>Combinaison des inconvénients MKDE et TG</p>

Le choix de recouper les données qualitatives après les entretiens avec les MK et les personnes TG est considéré comme le plus pertinent. Cependant, la Loi Jardé pose des contraintes pour cette méthode car il est nécessaire d'interroger un panel de personnes TG qui ne sont pas suivies médicalement et/ou para-médicalement, ce qui peut être difficile compte tenu de la complexité de certains parcours de transition. De plus, avoir l'aval de cette commission dépasse le délai alloué à ce mémoire. Par conséquent, je décide de me limiter à interroger la profession des kinésithérapeutes pour répondre à la question de recherche. Dans ce cadre, des kinésithérapeutes libéraux de l'Île de la Réunion et de France (DROM-COM et métropole) sont recrutés pour faciliter la collecte de données et obtenir des résultats plus exhaustifs et représentatifs.

Ce premier travail me permettra de poser la question des pratiques individuelles et des représentations des MK face à ma question de recherche.

## 5.2 Choix de l'échantillon

Pour ma recherche, l'idéal serait d'avoir des experts MKDE libéraux de la PEC de la personne TG. Dans mon cas et selon Jünger et al. (2017), mes experts seraient définis de manière suivante (Tableau IV) :

Tableau IV : Critères d'inclusions idéaux de ma population.

CRITÈRES D'INCLUSIONS	JUSTIFICATION
<b>INCONTOURNABLES</b>	
Avoir plus de 18ans	Simplifier les démarches administratives
Capacité de lire en français couramment	Communication claire et simple
Être volontaire pour l'étude	Pré-requis de toutes études
<b>QUALIFICATION ET COMPETENCES DES EXPERTS</b>	
Être un MK ayant le diplôme d'Etat de Masso-Kinésithérapie	Correspond au niveau d'expertise global demandé et souhaité pour répondre à ma problématique
Exercer ou avoir exercé 5 ans en libéral (Varndell et al., 2021)	
Avoir suivi une formation reconnue sur la transidentité	
Avoir 5 années d'expertises dans la prise en charge de patients transgenres	
Prendre en charge au moins 3 patients transgenres par jour dans son cabinet	
Connaissance de la transidentité et ses principes de prise en charge	
<b>SPECIFIQUE A LA METHODE QUALITATIVE INDUCTIVE</b>	
Avoir 1h à accorder à un entretien semi-directif en présentiel ou en visio	Vérification de la disponibilité sur l'ensemble de l'étude

Cependant, la problématique est la suivante (Figure 19) :

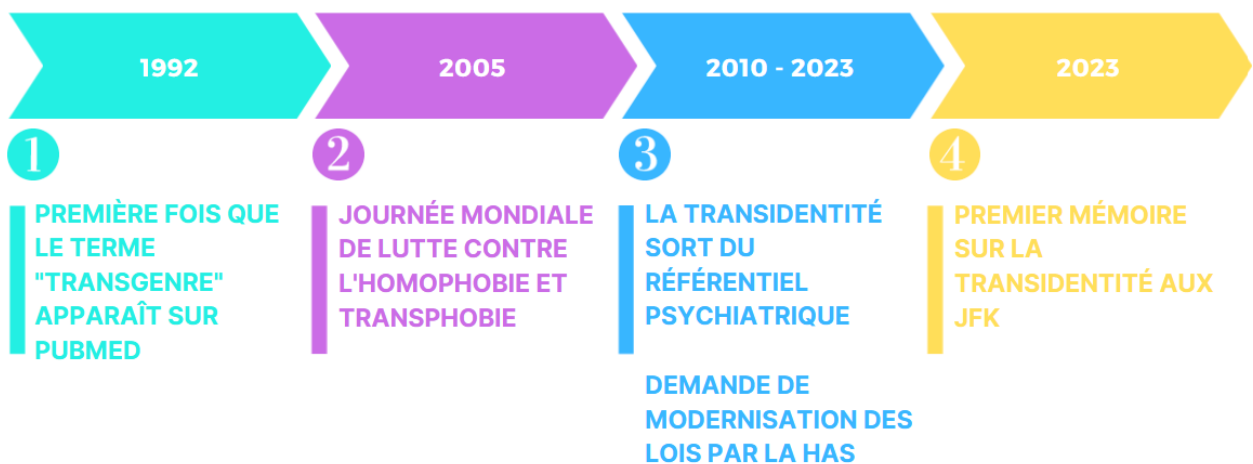


Figure 19 : Évolution de la visibilité de la transidentité.

L'abord de la TI de façon générale et en kinésithérapie est récent, avec une visibilité croissante depuis 2010. Il peut être **difficile de trouver des experts** en la matière. Il est possible que les kinés libéraux interrogés n'aient pas suffisamment d'expérience et de connaissances pour fournir des informations pertinentes. C'est un biais à prendre en compte.

Mes critères d'inclusions semblent peu adéquats au regard du contexte. Néanmoins, il m'est possible de garder et de modifier certains critères énoncés ci-dessus afin d'en améliorer la pertinence (Tableau V).

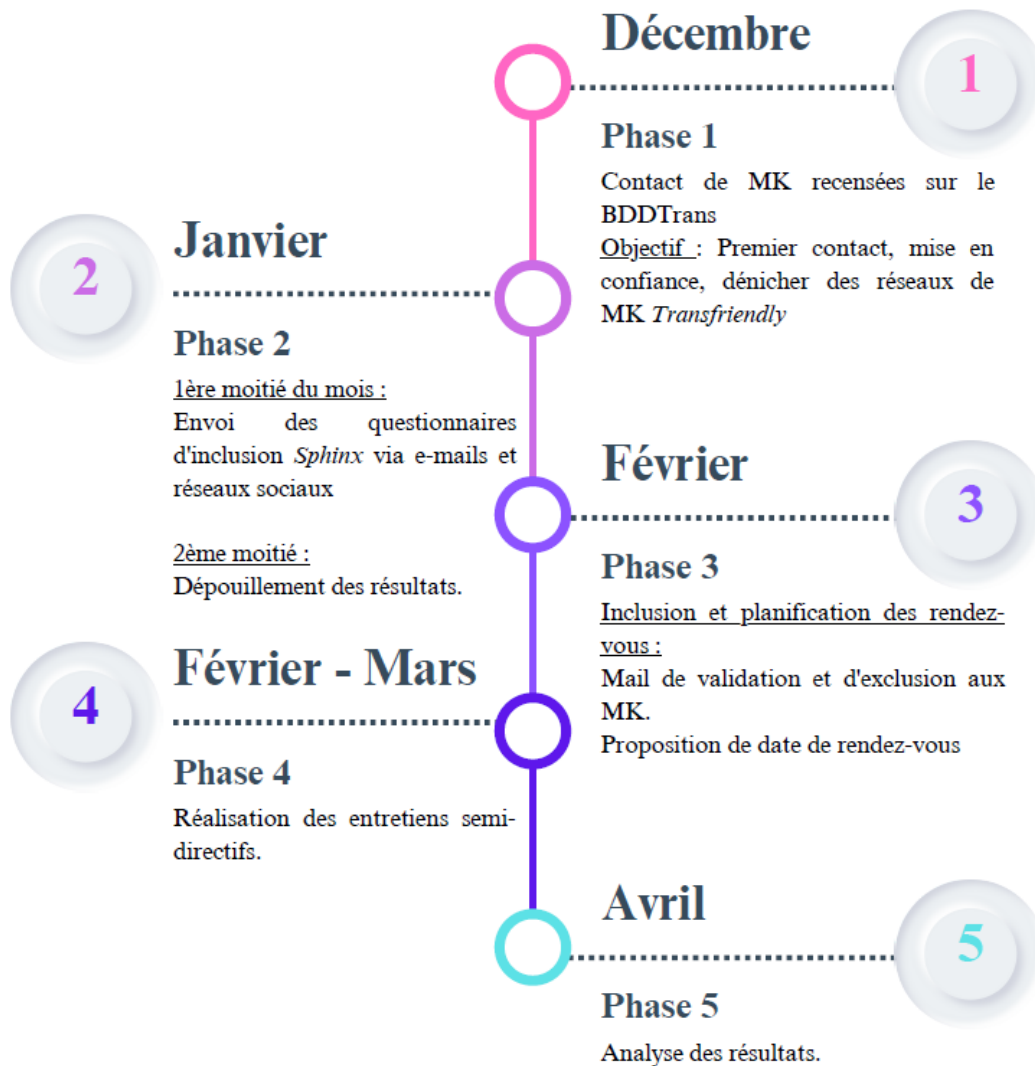
Tableau V : Critères d'inclusions justifiés de ma population.

Critères d'inclusions	Justification
<b>INCONTOURNABLES</b>	
Avoir plus de 18ans	Simplifier les démarches administratives
Capacité de lire en français couramment	Communication claire et simple
Être volontaire pour l'étude	Prérequis de toutes études
<b>QUALIFICATION ET COMPETENCES DES MK</b>	
Être un MK ayant le diplôme d'Etat de Masso-Kinésithérapie	Correspond au niveau d'expertise global demandé et souhaité pour répondre à ma problématique
Exercer ou avoir exercé 5ans en libéral (Varndell et al., 2021)	
Avoir pris un ou plusieurs patients transgenres en charge	
Avoir pu construire une alliance thérapeutique avec son ou ses patient.s transgenre.s	
<b>SPECIFIQUE A LA METHODE QUALITATIVE INDUCTIVE</b>	
Avoir 1h à accorder à un entretien semi-directif en présentiel ou en visio	Vérification de la disponibilité sur l'ensemble de l'étude

## 6. Déroulement de l'étude

Le recrutement de l'échantillon s'est fait sur la base du **volontariat**. Ci-dessous les différentes étapes qui ont mené au recueil de données (Figure 20).

# DEROULEMENT DE L'ETUDE



## Modalité d'entretien

- ✓ **Durée estimée** : 1h environ
- ✓ **Autorisation d'enregistrement de l'entretien** : “fortement conseillé pour rester fidèle aux propos tenus lors de l’analyse” (Demoney, 2016)
- ✓ **Autorisation de l'utilisation des données retranscrites** dans le cadre du mémoire
- ✓ **Respect de l'anonymat** : (enregistrement retranscrit puis supprimé, non diffusé, entretien analysé anonymement)
- ✓ **Liberté d'expression**

Figure 20 : Déroulé de l'étude.

Un **formulaire de consentement libre et éclairé** (Annexe X) résumant ces différents points a été signé par les participants le jour de la rencontre pour confirmer leur participation à l'étude. J'ai précisé que je souhaitais, si possible, réaliser l'entretien en visio-conférence ou en face à face dans un **environnement calme** sans perturbation extérieure (brouhaha, téléphone qui sonne, interruption de l'entourage). Les entretiens se sont faits en suivant le guide d'entretien semi-directif établi. J'ai prévu, pour chaque thématique, de créer une **carte mentale** au fur et à mesure des notions abordées. Un code couleur y était associé : une couleur pour ce qui correspondait directement aux questions posées et une couleur pour ce qui sortait du cadre, ce à quoi je n'avais pas pensé. D'autres couleurs se sont ajoutées au fur et à mesure que les entretiens se faisaient de par les notions qui revenaient régulièrement entre les entretiens. Les cartes mentales m'aidaient à mener mes entretiens en m'appuyant continuellement sur les propos de mon interlocuteur. Il était libre d'orienter la discussion et je pouvais recentrer le sujet sur les notions indispensables à aborder.

## 7. Développement de l'entretien semi-directif et outils utilisés

### 7.1 Pré-étude d'inclusion

Je choisis d'utiliser un questionnaire de pré-inclusion créé sur le logiciel Sphinx afin de le diffuser le plus largement possible. Un questionnaire de pré-inclusion permet un recrutement plus rapide et plus efficient. Celui-ci doit être le plus précis possible. Il doit être rapide à remplir afin de maximiser le nombre de participation (Annexe XI).

### 7.2 Guide d'entretien

Je choisis d'utiliser l'entretien individuel semi-structuré (ou semi-dirigé) (Tableau VI). Celui-ci me semble le plus adapté à ma recherche pour laisser à l'interlocuteur la possibilité d'énoncer ses idées afin de répondre à la question de recherche tout en me permettant de recentrer le débat. Au vu de mon sujet, il serait facile de s'éparpiller.

Tableau VI : *Les différentes techniques de recueil de données (Aubin-Auger et al., 2008).*

Techniques de recueil de données	
<i>Méthodes de consensus</i>	<i>Groupe nominal</i> : 8 à 12 personnes sont réunies. Première étape : relevé des points principaux du sujet travaillé. Une échelle de Lickert est ensuite renseignée par les participants pour chacun des items.
	<i>Méthode Delphi</i> : Les participants ne se réunissent jamais. Pas de limitation de nombre et de lieu. Toutes les discussions sont faites par Internet ou par courrier postal.
Analyse de document	
<i>Recherche action</i>	Cercle de qualité (problème, objectif, action, évaluation)
Entretiens	
<i>Structuré</i>	Guide d’entretien structuré.
<b><i>Semi-structurés</i></b>	Questions à réponses ouvertes.
<i>Approfondis</i>	1 ou 2 points étudiés de façon très détaillée. Les questions sont initiées à partir de ce que dit l’interviewé.
<i>De groupe (focus groupe)</i>	8 à 10 personnes rassemblées autour d’un sujet avec un animateur et un observateur

“L’entretien peut être tenu comme une méthode de collecte d’informations qui se situe dans une interaction entre un intervieweur et un interviewé en vue de partager un savoir expert et de dégager une compréhension d’un phénomène” (Baribeau & Royer, 2013). Il est pertinent notamment dans les études qui visent à mettre en évidence “le mode de pensées des enquêtés et la description des pratiques” (Demony, 2016). En effet, je cherche à faire ressortir les perceptions des MK dans leur pratique ainsi que les stratégies mises en place. L’entretien “individuel” permet d’aborder avec plus de facilité des sujets parfois délicats pour l’interviewé, tels que la question de la TI dans mon cas (Aubin-Auger et al., 2008). Je pense qu’il permet d’instaurer une certaine confiance entre l’enquêteur et l’enquêté. L’avantage de l’entretien “semi-dirigé” (Tableau VII) est de poser des questions ouvertes, laissant la possibilité à l’interviewé de s’exprimer librement, rebondir sur certains aspects. Il s’agit d’un échange (Imbert, 2010).



Tableau VII : Caractéristiques des 3 types d’entretiens (De Ketele et Roegiers, 1996).

<b>Entretien dirigé (ou directif)</b>	<b>Entretien semi-dirigé (ou semi-directif)</b>	<b>Entretien libre (ou non directif)</b>
Discours non continu qui suit l’ordre des questions posées	Discours par thèmes dont l’ordre peut être plus ou moins bien déterminé selon la réactivité de l’interviewé	Discours continu
Questions préparées à l’avance et posées dans un ordre bien précis	Quelques points de repères (passages obligés) pour l’interviewer	Aucune question préparée à l’avance
Information partielle et réduite	Information de bonne qualité, orientée vers le but poursuivi	Information de très bonne qualité, mais pas nécessairement pertinente
Informations recueillies rapidement ou très rapidement	Informations recueillies dans un laps de temps raisonnable	Durée de recueil d’information non prévisible
Inférence assez faible	Inférence modérée	Inférence exclusivement fonction du mode de recueil

L’outil de recueil de données utilisé sera le guide d’entretien semi-directif (Annexe XII). Il s’agit d’un memento (pense-bête) : il comporte l’ensemble des thèmes et questions qui devront être abordés. Il donne la possibilité d’un ordre précis d’enchaînement, mais l’entretien devra suivre sa propre dynamique. Ce guide peut évoluer, devenir plus précis, intégrer de nouveaux aspects repérés au cours des premiers entretiens, jusqu’à ce que les entretiens suivants n’apportent plus de nouvelles orientations (Combessie, 2007). Deux règles incontournables s’appliquent à la construction du guide : ne pas influencer la réponse de l’enquêté par la formulation des questions, et faire attention au choix des mots (exemple : “comment” induirait une explication, tandis que “pourquoi” amènerait une justification) (Demoncey, 2016).

## 8. Méthode d'analyse des entretiens

L'analyse des données obtenues nécessite en premier lieu une retranscription fidèle et intégrale des entretiens possibles grâce aux enregistrements de ces derniers (Aubin-Auger et al., 2008) (Figure 21).

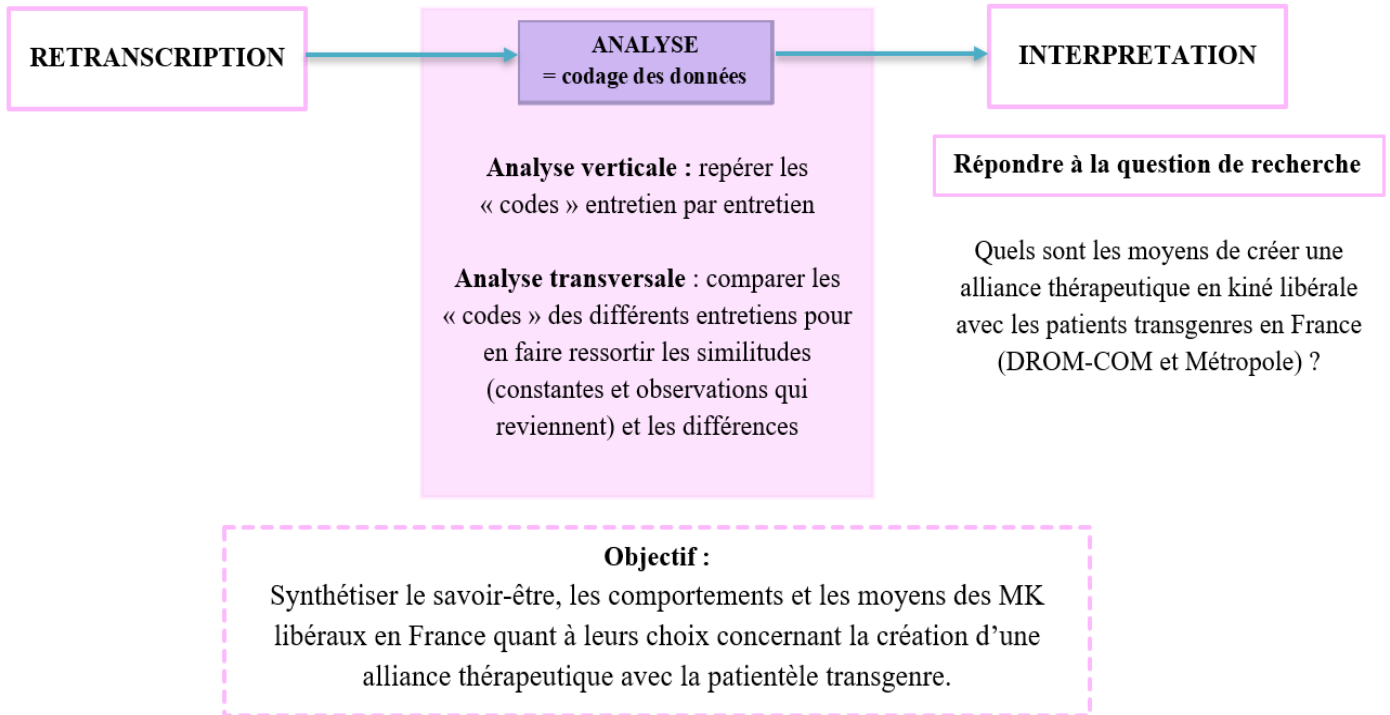


Figure 21 : Description de l'analyse qualitative des données recueillies.

L'étape qui suit consiste à "se familiariser avec les données à la lumière de la question de recherche". On passe par un travail de **codage** manuel ou à l'aide de logiciels d'analyse de données qualitatives tels que *Invivo*, *Sphinx Quali*, *Tropes* (Aubin-Auger et al., 2008 ; Livian, 2015). Il s'agit de faire ressortir des différentes retranscriptions des mots, expressions ou phrases pertinentes en regard de la question de recherche, que l'on synthétise par des mots ou courtes phrases (Hennebo, 2009 ; Intissar & Rabebe, 2015). Le but de ce travail est d'en faire ressortir des **thèmes / catégories**. Le regroupement de données peut se faire sous forme de tableaux : condensation des informations, comparaison des points de vue, mise en valeur des données manquantes (Deslauriers, 1987). La dernière étape est l'association et l'**interprétation** des résultats afin de répondre à notre question de recherche. Ces résultats ne sont bien-sûr pas exhaustifs, du fait d'une faible population interrogée, mais ils permettront une meilleure compréhension des représentations des MK vis-à-vis de la thématique.

## V. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS BRUTS

### 1. Description de l'échantillon interrogé

Concernant cette étude, mon but était d'obtenir entre 5 et 12 entretiens exploitables.

J'ai pris contact par téléphone avec 12 MK libéraux trouvés sur le site BDDTrans. 8 MK se sont portés volontaires. J'ai ensuite diffusé mon questionnaire de pré-inclusion sur les différents groupes Kiné Facebook. Une kiné de mon lieu de stage a fait suivre mon lien sur le Réseau RKS et AKPR de la Réunion. Enfin, j'ai envoyé mon questionnaire par mail aux 8 kiné s'étant portés volontaire suite à l'appel téléphonique. Au total, 24 MK se sont portés volontaires. Après vérification, 9 MK entraient dans l'étude. J'ai finalement effectué 7 entretiens (Tableau VIII) car 2 MK n'ont pas donné suite à mes emails pour la prise de rendez-vous. Seul un entretien s'est fait en présentiel, les autres se sont fait en visio-conférence sur une période allant du 08/03/23 au 22/03/23.

Tableau VIII : Récapitulatif de l'échantillon de MK interrogés.

<b>MK (âge)</b>	<b>Genre</b>	<b>Obtention du diplôme</b>	<b>Expérience en libéral en France</b>	<b>Formations évoquées</b>
<b>MK 1 (63 ans)</b>	Homme	1981 (Nancy)	42 ans	« Thérapies manuelles » ; « Fasciathérapie » ; « Kiné sport » ; « Ostéopathie »
<b>MK 2 (41 ans)</b>	Femme	2005 (Berk sur Mer)	18 ans	« Périnéologie » ; « Cancer du sein » ; « Formations cicatrices »
<b>MK 3 (31 ans)</b>	Femme	2013 (Belgique)	20 ans	« pelvi-périnéale femme, homme » ; « pédiatrie » ; « sénologie cancer du sein » « adhésion à des associations de soignant.e.s féministes » ; « formation sur la transidentité : ReST / OuTrans »
<b>MK 4 (29 ans)</b>	Femme	2016 (Réunion)	7 ans	« spécialisée dans la prise en charge des femmes pour le cancer du sein » ; « périnée » ; « pilates »

<b>MK (âge)</b>	<b>Genre</b>	<b>Obtention du diplôme</b>	<b>Expérience en libéral en France</b>	<b>Formations évoquées</b>
<b>MK 5 (30 ans)</b>	Homme	2014 (Bordeaux)	9 ans	« formation de thérapies manuelles orthopédiques » ; « OMT France » ; « AQPMA » ; « santé périnéale » ; « bassin de la femme » ; « rééducation de la main » « Enseignement d’anglais à l’IFMK » Engagé sur le réseau « MedecinandGayFriendly.fr » Engagement associatif LGBT « LeMag Jeune »
<b>MK 6 (47 ans)</b>	Femme	1998 (Allemagne)	15 ans	« Kiné ostéopathe » ; « maxillo-faciale »
<b>MK 7 (29 ans)</b>	Femme	2016 (Réunion)	7 ans	« Périnéologie » ; « cancer du sein » ; « prise en charge post-chirurgie mammaire » ; « Pilates »

Tableau IX : MK interrogés et leurs expériences avec les patients transgenres.

<b>MK</b>	<b>Nombre de PEC de patient TG</b>	<b>Cadre de prise en charge</b>
<b>MK 1</b>	1	Lié au parcours de transition
<b>MK 2</b>	1	Lié au parcours de transition (Cicatrice thoracique)
<b>MK 3</b>	10	Lié au parcours de transition (mastectomie, vaginoplastie)
<b>MK 4</b>	1	Lié au parcours de transition (double mastectomie)
<b>MK 5</b>	10	Lié au parcours de transition 1 hors parcours de transition
<b>MK 6</b>	8	Lié au parcours de transition (rééducation vocale, mastectomie bilatérale) Hors transition (maux de dos)
<b>MK 7</b>	1	Lié au parcours de transition puis hors (périnéologie et aponévrosite plantaire)

## 2. Analyse descriptive des résultats bruts : 4 thèmes relevés

Les entretiens ont été enregistrés directement à partir de l'application Zoom et par « dictaphone » sur smartphone. Ils ont ensuite été retranscrits manuellement et à l'aide de l'application « Trint ». Le travail de codage s'est fait manuellement. De par le codage ouvert, les thèmes ont émergé en même temps que certains faits. D'autre part, ils ont émergé à partir de ce que je souhaitais faire ressortir afin de répondre à ma question de recherche : *Quels sont les moyens de créer une alliance thérapeutique avec le patient transgenre en kinésithérapie libérale en France (DROM-COM et Métropolitaine) ?* **4 grands thèmes** se sont dessinés : les facteurs d'influence sur la création de l'AT, les moyens de créer une AT, l'approche du patient TG et la PEC éthique et inclusive.

### 2.1 Thème 1 : Les facteurs d'influence sur l'alliance thérapeutique

Ce premier thème nous donne les différents éléments qui vont influencer sur la création de l'AT dans la PEC du patient TG selon les MK interrogés.

D'après les MK interrogés, la grande majorité aborde trois influences sur la création d'AT : **l'environnement**, le **patient** et le **MK**.

Concernant l'environnement, deux tendances se dessinent : **les influences positives et les influences négatives** (Tableau X). Tout d'abord les influences positives. La plupart des MK évoquent l'influence positive du **cadre professionnel** à mettre en place (MK 7 : « on est là pour soigner » ; MK 3 : « Moi j'aime bien qu'on me vouvoie comme ça je sais que j'ai un cadre professionnel en face de moi » ; MK 6 : « Ambiance thérapeutique sans équivoque »). Le lieu doit être **accueillant** et **neutre** (MK 3 : « on est un peu comme à la maison. En tout cas c'est ce que les patients disent, qu'ils se sentent bien au cabinet. C'est cocooning. C'est un endroit où on a l'impression d'être coupé du monde extérieur. »). Plus de la moitié des MK avancent l'effet positif d'avoir une **intimité** à travers une **pièce fermée** (MK 2 : « Dans un cabinet libéral, on peut quand même organiser une pièce [...] un peu plus respectueuse de l'intimité des patients. [...] Donc moi la porte est fermée à clé. [...] Je pense que le fait qu'il y ait un endroit plus intimiste, peut-être, ça prête peut-être plus à la confiance du patient aussi. Au fait qu'il arrive à se laisser aller un peu plus ») et une **délimitation de la zone de soin** (MK 6 - Tableau X). Un peu moins de la moitié des interrogés évoquent également l'avantage du libéral concernant la **continuité des soins** avec **un seul praticien** (MK 7 et 4 – Tableau X). Abordons maintenant

les influences négatives. La **rupture de la continuité de soin** (MK 7 : « c'est bien de rester avec un même kiné donc pas de changer au cours des séances. Parce que du coup ça casse un petit peu ce schéma de confiance ».), l'**exposition du patient** (MK 2 : « ça peut être compliqué pour certaines personnes de travailler avec d'autres personnes autour »), un **lieu impersonnel** (MK 2 : « carré, blanc, froid ») et le **niveau d'accueil insuffisant** (MK 5 - Tableau X) constituent des influences négatives de l'environnement sur la création d'une AT.

Tableau X : Catégorisation du facteur d'influence « environnement » sur la création d'une alliance thérapeutique.

Thème	Sous-thèmes	Codes	Verbatims
Facteurs d'influence sur la création de l'alliance thérapeutique	Environnement	<i>Influence positive</i>	
		Cadre professionnel x5	MK 6 : « Ambiance thérapeutique sans équivoque »
		Lieu d'exercice : Lieu accueillant x2 Lieu neutre x1	MK 5 : « Nous s'est écrit « Bienvenue à tous à l'entrée »
		Intimité : x5 Pièce fermée Délimitation de l'espace thérapeutique	MK 2 : « fermer la porte à clé comme ça personne ne débarque à l'improviste »  MK 6 : « je fais une délimitation symbolique avec un drap, ça limite la mésinterprétation de mon intention et aussi mon regard »
		Continuité des soins x3 Praticien unique x3	MK 7 : « c'est bien de rester avec un même kiné »  MK 4 : « C'est un moment privilégié parce qu'on les voit régulièrement »
		<i>Influence négative</i>	
		Exposition	MK 2 : « ça peut être compliqué pour certaines personnes de travailler avec d'autres personnes autour »
		Lieu impersonnel	MK 2 : « carré, blanc, froid »
		Rupture de la continuité des soins x3	MK 2 : « pour certains patients ça peut avoir un côté un peu difficile parce qu'il y a plus de lien avec certains qu'avec d'autres »
		Niveau d'accueil insuffisant	MK 5 : « Le fait que les gens viennent en libéral plutôt que d'être accueillis en clinique, c'est peut-être le symptôme d'un niveau d'accueil dans ces structures qui est insuffisant pour ces personnes »

La majorité des MK s'accordent à dire que le patient représente également un facteur d'influence (Tableau XI). Comme pour l'environnement, des **facteurs positifs** et **négatifs** y sont décrits. Dans les facteurs positifs on retrouve **l'état d'esprit du patient**. **L'ouverture d'esprit** (MK 4 – Tableau XX) est abordée par la quasi-totalité des MK. Un patient **chaleureux, dynamique** (MK 4 : *Comme c'est un patient qui est [...] très dynamique, qui est très ouvert et très chaleureux. Ça se passait relativement bien.*) et qui est **apte au changement** (MK 5 – Tableau XI) comme facteur d'influence positif est abordé par une minorité. Pour plus de la moitié des MK, un patient jeune serait aidant à la création d'une AT vis-à-vis de son âge mais aussi, selon le MK 3, car ils ont moins subi de mauvaises expériences (MK 3 – Tableau XI). A contrario, un **état d'esprit** teinté de **ressentis négatifs** (gêne, inconfort, trigger) (MK 7 : « *Tu vois un peu des petites gênes psychologiques, un état global qui fait que ça n'aide pas sur ta prise en charge.* »), de **craintes** (MK 2 – Tableau XI), de **pudeur** (MK 2 : « *Je pense que ça peut être compliqué s'il y a quelqu'un qui serait plus pudique, qui dirait moins les choses et peut-être de découvrir les choses* ») ou même présentant une **charge mentale élevée** (MK 2) serait un frein dans cette création d'AT. Contrairement à l'état d'esprit du patient relayé par plusieurs MK, l'attitude du patient face au traitement est peu abordée. Elle se compose d'une **représentation négative de la MK** (MK 3 – Tableau XI) et d'une **non adhésion au plan de traitement** (MK 3 : « *ce n'était pas le moment pour elle* » ; « *elle n'avait pas envie* »)

Tableau XI : Catégorisation du facteur d'influence « patient » sur la création d'une alliance thérapeutique.

Thème	Sous-thèmes	Codes	Verbatims
Facteurs d'influence sur la création de l'alliance thérapeutique	Patient	Influence positive	
		<i>Etat d'esprit :</i> Ouverture d'esprit x6 Chaleureux Dynamique Aptitude au changement	MK 4 : « Il s'est ouvert, on a pu discuter de pleins de choses »  MK 5 : « Et si la personne en face de toi n'est pas prête à changer, à évoluer vers autre chose, tu as beau être le plus gentil [...] on n'a pas les clés là-dessus »
		<i>Patient jeune :</i> Âge x4 Moins de mauvaises expériences	MK 3 : « plus facile avec les patients plus jeunes et puis le fait qu'ils aient été moins traumatisés ça aide un peu »
		Influence négative	
		<i>Etat d'esprit :</i> Ressenti négatifs (gêne, inconfort, trigger) x3 Crainte du patient x3 Pudeur x2 Charge mentale élevée	MK 3 : « s'il y a des choses qui sont des triggers pour eux »  MK 2 : « ça peut être effectivement un frein parce que la personne elle-même ne sais pas [...] ce qu'elle est capable de faire ou ne pas »  MK 2 : « effectivement des fois certains patients ont trop de choses à gérer en même temps y compris psychologique et parfois il vaut mieux stopper ce côté kiné qui leur en rajoute en fait, qui peut être le toucher en plus, le mouvement, voilà trop de choses »
		<i>Attitude face au traitement :</i> Représentation négative de la kiné Non adhésion au soin	MK 3 : « c'est des personnes qui ont souvent de la méfiance, à juste titre, des soignants et de la société »



Le MK impacterait la relation thérapeutique d'après tous les MK interrogés. La plupart des MK relatent l'importance des **compétences professionnelles**. D'abord ses **connaissances** et son **expérience relative à la TI** (MK 4.a – Tableau XII). La **compétence 7** est ressortie chez une minorité à travers le savoir-être et le savoir-faire (MK 5 : « Être vraiment autocritique de la réflexion et de la pratique. C'est dans le savoir être et le savoir-faire. »). Les compétences dites **hard et soft-skills** sont également abordées (MK 3 : « Si on n'a pas confiance, que ce soit dans les compétences, on va dire les high-skills aussi bien que dans les soft-skills, à savoir le secret professionnel par exemple, le nom jugement etc. C'est une notion qui permet à mon sens d'avoir une alliance thérapeutique. »). Quelques MK promeuvent l'idée de **formations professionnalisantes aidantes** (MK 4.b – Tableau XII). Une catégorie « **attitude du patient** » se dévoile. La plupart des MK interrogés appuient **l'influence positive d'une attitude** (MK 5 et 7 – Tableau XII) et d'une **humilité professionnelle** (MK 3 et 6 – Tableau XII). Dans une moindre mesure, la **bienveillance** (MK 3 : « Je pense qu'on a une bonne alliance thérapeutique. Je lui ai proposé plusieurs fois des collègues à Rennes, peut-être pas forcément formés mais qui seraient très bienveillants »), la **confiance en soi** (MK 5 : « On est aussi confus, ce qui ne facilite pas notre travail de mise en confiance »), **l'ouverture d'esprit** (MK 6 - Tableau XII) et le fait que le **kiné soit engagé pour la cause de la TI** (MK 5 – Tableau XII) joue un rôle dans l'aide à la création d'une AT avec le patient TG. Les notions de **satisfaction professionnelle** (MK 3 : « Satisfaction d'avoir bien travaillé ») et de la **singularité du MK** (MK 5 -Tableau XII) comme facteurs d'influence positifs à l'AT ont été mis en lumière par une minorité de MK. Cependant, une **influence négative** sur l'AT peut aussi découler de l'attitude du MK. En effet, plusieurs MK ont relevé la **fermeture d'esprit** (MK 2 – Tableau XII) et la **confusion** (MK 5 – Tableau XII)

Tableau XII : Catégorisation du facteur d'influence « MK » sur la création d'une alliance thérapeutique.

Thème	Sous-thèmes	Codes	Verbatims
Facteurs d'influence sur la création de l'alliance thérapeutique	MK	<i>Compétences professionnelles :</i> Connaissances relatives à la TI x4 MK expérimenté x4 Compétence 7 x2 Formations aidantes x2 Soft-skills et hard-skills	MK 5 : « Il s'est tout de suite senti rassuré quand je lui ai dit que oui, évidemment que je savais »  MK 4.a : « ok mon kiné sait de quoi il parle, elle est capable de m'accompagner, de répondre à mes questions, à mes peurs. Ou même, est-ce qu'il y a des conseils particuliers que le kiné peut donner en plus ? »  MK 4.b : « Je suis en train de faire un DU sur la prise en charge du cancer du sein donc ça m'aide beaucoup. »
		Attitude du kiné  <i>Influence positive :</i> Attitude professionnelle x5 Humilité professionnelle x4 Bienveillance x3 Ouverture x2 Confiance en soi x2 Kiné engagé pour la TI x2 Satisfaction professionnelle Singularité du thérapeute	MK 5 : « on doit toujours se comporter de façon déontologiquement acceptable. » MK 7 : « on est là pour soigner »  MK 6.a : « la remise en cause de ce qu'on fait ou de ce qu'on a dit ou fait, ça ne nous déconstruit pas » MK 3 : « il faut être très humble sur ce qu'on sait »  MK 6.b : « ouvrir son esprit, voir qu'il y a d'autres choses, d'autres façons de faire »  MK 5 : « à chaque fois que j'ai rencontré des patients en transition, c'était de partager avec eux le fait que j'étais impliqué dans la visualisation de leur situation. »  MK 5 : « si moi je me mets de côté, je m'oublie. Et pourtant les gens viennent pour le thérapeute, pour ce qu'il est. »

		<i>Influence négative :</i> Fermeture d'esprit x3 Confusion	MK2 : « j'étais trop axée sur ce que j'avais à faire et qu'à un moment ça ne suffit plus »  MK 5 : « on est aussi confus, ce qui ne facilite pas notre travail de mise en confiance. »
--	--	----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 2.2 Thème 2 : Moyens de créer une alliance thérapeutique

Ce second thème aborde les moyens développés par les MK pour construire une AT dans la pratique kiné libérale. Les interviewés ont fait émerger **11 sous-thèmes**.

Débutons avec la **communication**, sujet relayé par de nombreux MK pour créer une AT. Elle peut être scindée en verbale, paraverbale mais aussi en d'autres moyens. La communication verbale, d'après la majorité des MK doit impliquer de la **transparence**. La majorité des MK avancent le fait qu'elle doit venir du **thérapeute** (MK 7 – *Tableau XIII*), une minorité du **patient** (MK 2 : « *Je pense que ce qui est important pour l'alliance thérapeutique [...] c'est que le patient soit clair avec nous aussi parce que s'il y a des choses qu'il ne nous dit pas, qu'on ne peut pas savoir* »). Cette transparence passe également par une **communication claire des attendus** (MK 2 – *Tableau XIII*). Pour la totalité des MK, **l'écoute active** est un moyen de construire une AT (MK 6 : « *poser des questions en justesse plutôt que d'exprimer son opinion.* »). Plus de la moitié des interrogés rapportent faire preuve de **bon sens** (MK 5 – *Tableau XIII*). La **liberté d'expression** est citée par une plus petite partie (MK 6 – *Tableau XIII*). Quelques entretiens évoquent **l'empathie** (MK 4 -*Tableau XIII*). Enfin, **l'importance des mots** est citée (MK 7 – *Tableau XIII*).

La communication peut être **paraverbale**. Quelques MK mentionnent la compréhension du patient par le non-verbale qui passe, pour plusieurs MK par le **ressenti du MK** (MK 2 – *Tableau XIII*). Une minorité des entretiens rapporte l'attitude du MK en langage **paraverbale** (MK 7 – *Tableau XIII*). Enfin, quelques MK suggèrent d'autres moyens de communication. Notamment par **mail** (MK 3 : « *C'est indiqué qu'ils peuvent m'écrire ou m'envoyer un mail pour préciser des choses s'ils ont besoin ou s'ils ont des questions.* »). Une autre minorité indiquent utiliser des **symboles TG** dans le cabinet en forme de communication (MK 3 – *Tableau XIII*).

Le 2<sup>nd</sup> moyen rapporté est **l'utilisation du corps comme point de pivot**. La plupart des MK évoquent une **réappropriation corporelle** à travers la **réintégration du schéma et des limites**

**du corps** (MK 2 – Tableau XIII) pour **redonner confiance** (MK 5 – Tableau XIII). Certains MK indiquent passer par le **ressenti du patient** (MK 6 – Tableau XIII). Enfin, une minorité mentionnent **l’ancrage de l’identité** (MK 4 – Tableau XIII). En outre, l’utilisation du corps est avancée comme permettant de légitimer l’expérience douloureuse du patient par une minorité de MK (MK 7 – Tableau XIII)

Tableau XIII : *Catégorisation des moyens de construire une alliance thérapeutique.*

Thème	Sous-thèmes	Codes	Verbatims
<b>Moyens de construire une alliance thérapeutique</b>	<b>Communication</b>	<i>Verbale</i>	
		<i>Transparence</i> : x6 Du thérapeute x5 Du patient x3 Communication sur les attendus x3	MK 7 : « elle a bien compris ce qu'on travaille, ce qu'on allait travailler »  MK 2 : « dire l’un et l’autre ce qu’on attend »
		Ecoute active x7	MK 7 : « Si tu n’es pas à l’écoute de la patiente, la patiente va pas être à ton écoute » MK 3 : « écoute inconditionnelle »
		Bon sens x4	MK 5 : « ça me paraît certainement naturel de me comporter comme ça. »
		Liberté d’expression x2	MK 6 : « permettre à la personne de poser des questions qui sont des questions personnelles »
		Empathie x3	MK 4 : « Faut être compréhensif »
		Importance des mots	MK 7 : « nos paroles sont hyper importantes »
		<i>Non Verbale</i>	
		<i>Compréhension non-verbale</i> : Ressenti du MK x3 Compréhension non verbale	MK 2 : « les patients ne disent pas forcément mais on voit » ; « on va sentir que le patient nous tend une perche »
		Attitude corporelle du MK x2	MK 7 : « ma manière de parler, ma manière d’être et de pratiquer, il faut faire attention à nos gestes »

		<i>Moyens de communication :</i> Mail Symboles TG x2	MK 3 : « contact par mail donc c'est plus facile »  MK 3 : « drapeau LGBTQIA+ » ; « BD Reconnaître de Laurier The Fox » ; « affichage dans la salle d'attente »
	Corps comme point de pivot	<i>Réappropriation corporelle :</i> Réintégration du schéma et limites corporelles x4 Redonner confiance x3 Ressenti du patient x3 Ancrer son identité	MK 2 : « lui toucher le torse lui redonnait de la sensibilité, ses nouvelles limites de son corps »  MK 5 : « On doit accompagner et faciliter ce rapport au corps autant que possible »  MK 4 : « important pour lui de se dire que, même s'il y a d'autres patients qui voient cette partie de son corps, finalement ça ancre son identité »  MK 6 : « comment elle, elle le ressent »
		Légitimer l'expérience douloureuse	MK 7 : « comprendre ensemble pourquoi il y avait une douleur qui avait été présente »

Les entretiens ont mené ensuite à développer les notions de **relation de confiance** et de **collaboration** comme moyen de construire une AT. Pour plusieurs MK, la relation de confiance concerne les **deux acteurs** : une **confiance mutuelle**, une **confiance du patient envers le MK** (MK 6 – *Tableau XIV*) mais aussi une **confiance du thérapeute envers son patient** (MK 3 : « pour avoir de l'alliance thérapeutique [...] nous devons aussi faire confiance à notre patient pour savoir ce dont il a besoin »). Pour quelques MK on retrouve une notion de **temporalité**. En effet, ils relatent l'importance de la **première impression** (MK 5 – *Tableau XIV*), le fait que ce soit un **processus** (MK 4 – *Tableau XIV*). De plus, une minorité de MK mettent l'accent sur **l'accueil** de la personne (MK 5 : « Et moi, j'attache une importance particulière à l'accueil de la personne »). Cette relation de confiance aurait certaines finalités d'après certains MK. Elle permettrait de **rassurer** (MK 7 : « Au moins elle a bien compris ce qu'on travaille [...]. Ça va faciliter, elle va être en confiance, elle va être un peu plus apaisée et moi je pourrais mieux travailler »), d'avoir un **échange libre** (MK 6 – *Tableau XIV*). Au cours des entretiens, le fait que la relation de confiance **doit être ressentie** est ressorti. Une minorité des MK avance le **secret professionnel** comme alimentant cette relation (MK 3 – *Tableau XIV*). Un peu moins de la moitié des entretiens mentionnent la sécurité (MK 6 – *Tableau XIV*).

La 4<sup>ème</sup> voie de création d'une AT développée par une majorité des MK est la **collaboration**. Avec une notion d'horizontalité avec un accord commun (*MK 4 – Tableau XIV*) et un **apport mutuel de connaissances** (*MK 5 – Tableau XIV*). **L'adaptation** est relatée par une majorité des MK. Elle se fait aussi bien de la part du **MK** (*MK 5 : « adapter son comportement, pour filtrer ses représentations sociales, filtrer ses réactions spontanées »*), vis-à-vis du **patient** et sur la **rééducation** (*MK 2.b et 7 – Tableau XIV*). La plupart des MK suggèrent une collaboration pluridisciplinaire à savoir donc une PEC **pluridisciplinaire** (*MK 1 – Tableau XIV*) mais également le fait de savoir **réorienter** (*MK 7 – Tableau XIV*). Ensuite, la collaboration repose sur **l'engagement** selon quelques MK. Il passe par **l'adhésion** du patient (*MK 3 – Tableau XIV*), le fait que ce dernier soit **acteur** de sa PEC (*MK 2 « je le laisse orienter la discussion [le patient] »*) et le fait que le **MK implique son patient** (*MK 2 – Tableau XIV*). Un des codes de ce sous-thème est **Collab-EXP**, abordé par une minorité de MK, il évoque le fait que les MK vont laisser la place aux patients de s'exprimer librement afin de nous prévenir, de nous informer de ce dont ils ont besoin pour le soin et cette relation (*MK 3 – Tableau XIV*). Les deux derniers points spécifiés par une minorité de MK sont **l'approche centré sur le patient** (*MK 5 – Tableau XIV*) et la mise en place d'un **suivi d'évolution** (*MK 3 – Tableau XIV*).

Tableau XIV : Catégorisation des moyens de construire une alliance thérapeutique.

Thème	Sous-thèmes	Codes	Verbatims
Moyens de construire une alliance thérapeutique	Relation de confiance	<i>Deux acteurs :</i> Confiance mutuelle x3 Confiance envers le MK x3 Confiance envers le patient x2	MK 6 : « Pour moi, une alliance thérapeutique, c'est un positionnement mutuel thérapeutique où les deux personnes sont en confiance et en particulier le patient en confiance avec le thérapeute. »
		<i>Temporalité :</i> Première impression x3 Processus x3 Accueil x3	MK 5 : « La première impression, c'est toujours ça qui compte. »  MK 4 : « l'alliance thérapeutique se met en place au fur et à mesure des séances »
		<i>But :</i> Rassurer x3 Echange libre Doit être ressenti	MK 6 : « de pouvoir les rassurer par rapport à leurs inquiétudes »  MK 5 : « climat de confiance pour faciliter la discussion »  MK 6 : « Je fais en sorte que ce soit ressenti par la personne »
		Secret professionnel	MK 3 : « le secret professionnel »
		Sécurité x3	MK 6 : « ne pas mettre en situation d'insécurité morale et physique qui pourraient donc être verbalisées par des réflexions du jugeantes, désobligeantes et physique par des gestes déplacés »
		Collaboration	<i>Horizontalité :</i> Accord commun x6 Apport de connaissance mutuel x3

		<p><i>Adaptation :</i>  Adaptation du MK x6  Adaptation au patient x2  Adaptation du traitement x2</p>	<p>MK 2.a : « apte à revenir sur ses décisions et ses principes »</p> <p>MK 2.b : « ce n'est pas parce qu'on arrive avec des schémas, des protocoles que c'est adapté à tout le monde »</p> <p>MK 7 : « Je vois au fur et à mesure des séances »</p>
		<p><i>Pluridisciplinarité :</i>  PEC pluridisciplinaire x3  Réorienter x4</p>	<p>MK 1 : « aide d'un psychologue pour nous orienter, nous guider vers la façon d'aborder le sujet avec le patient transgenre »</p> <p>MK 7 : « s'ils me disent quelque chose je vais pouvoir orienter vers un psychologue ou un rhumatologue ou vers d'autres spécialités qui pourraient les aider »</p>
		<p><i>Engagement :</i>  Adhésion du patient x3  Patient acteur x2  Rôle du MK dans l'implication du patient</p>	<p>MK 3 : « l'alliance thérapeutique qui va être la clé pour l'adhésion au traitement »</p> <p>MK 5 : « l'alliance a dû débiter du côté de la personne qui vient en soins. »</p> <p>MK 2 : « faire participer le patient »</p>
		<p>Collab-EXP x2</p>	<p>MK 3 : « laisser la place aux patients de nous prévenir »</p> <p>MK 5 : « offrir un espace d'expression des idées. »</p>
		<p>Approche centrée sur le patient x2</p>	<p>MK 5 : « C'est elle, cette personne, qui définit les contours de la relation thérapeutique. »</p>
		<p>Suivi de l'évolution</p>	<p>MK 3 : « prendre régulièrement des photos de ses cicatrices pour suivre l'évolution »</p>



La 5<sup>ème</sup> voie de création d'une AT majoritairement étayée par les MK est le **respect**. Ils y ont décrit le **respect de l'autonomie du patient** (MK 6 – Tableau XV), de sa **vie privée** (MK 7 – Tableau XV) et dans une moindre mesure le **respect de ses besoins** (MK 3 : « *Pas respecter ses besoins. [...]. Donc, respecter ses limites, utiliser le vocabulaire adapté, le pronom adapté, faire confiance à la patiente pour nous dire ce dont elle a besoin* »).

Ensuite, le **consentement** trouve consensus de la part de tous les MK (MK 1 – Tableau XV). Enfin, en valeur négative du respect, poser des **questions indiscretes** est reléguée par la plupart des interviewés (MK 4 – Tableau XV).

Certains MK avancent la **prise en compte de la personne** comme moyen de construire une AT avec le patient. D'une part par la **considération** de la personne (MK 6 – Tableau XV), le fait de la **différencier d'une pathologie** (MK 4 – Tableau XV), la **prise en compte de son psyché** (MK 7 : « *bilan plus poussé d'un point de vue psychologique pour comprendre* ») et enfin **l'aider / l'accompagner** (MK 7 – Tableau XV). La prise en compte de la personne passe également par le **don de soi** du MK. Cette notion est abordée minoritairement dans les entretiens. Le MK devrait **s'auto-former** (MK 7 – Tableau XV) et **s'impliquer**. (MK 3 – Tableau XV).

La **neutralité thérapeutique** comme moyen pour l'AT s'est retrouvée dans plus de la moitié des témoignages. Les MK mentionnent **l'absence de jugement** (MK 5 – Tableau XV), de **préjugés** (MK 3 – Tableau XV) et la nécessité **d'anticiper ses représentations sociales** (MK 5 – Tableau XV).

Tableau XV : Catégorisation des moyens de construire une alliance thérapeutique.

Thème	Sous-thèmes	Codes	Verbatims
Moyens de construire une alliance thérapeutique	Respect	<i>Respect de :</i> Autonomie du patient x6 Vie privée du patient x3 Besoins du patient	MK 3 : « empowerment »  MK 6 : « je fais bien ce qu'elle me demande parce que ça ne me touche, ça ne m'impacte pas, c'est sa vie et son existence, c'est son identité »  MK 7 : « je n'ai pas besoin de savoir sa vie privée »
		Consentement x7	MK 1 : « on ne peut pas soigner quelqu'un si on n'a pas l'accord du patient »
		<i>Indiscrétion :</i> Questions x4	MK 4 : « Éviter d'aller chercher ces questions-là qui peuvent être très pudiques et peut-être très personnelles. » ; « pas poser de questions impersonnelles »  MK 2 : « le sujet du changement d'identité doit venir du patient s'il a besoin d'en parler »
	Prise en compte de la personne	<i>Considération :</i> Considération x2 Patient différent pathologie x2 Prise en compte psychique Aide / Accompagnement	MK 6 : « qu'elle n'ait pas l'impression d'être objectivée »  MK 4 : « On ne soigne pas une pathologie, on soigne vraiment une personne. »  MK 7 : « d'aider ces personnes-là s'il y a eu des antécédents un peu plus compliqués »
		<i>Don de soi :</i> Auto-formation Implication du MK	MK 7 : « tu fais des recherches en plus pour les aider sur les prochaines séances »  MK 3 : « à nous de prouver »

	Neutralité professionnelle	<i>Neutralité :</i> Absence de jugement x4 Absence de préjugés x4 Anticiper ses représentations sociales	MK 5 : « posture d'absence de jugement pour l'accueil des personnes qui viennent au cabinet »  MK 3 : « ne pas présumer de l'hétérosexualité de tout le monde »  MK 5 : « se préparer à réagir à ses propres relations sociales pour accueillir de façon non jugeante les personnes »
--	----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Les MK interviewés ont mis le doigt sur **la gestion du doute et de l'erreur**. Afin **d'éviter de commettre un impair, poser directement la question** (notamment du genre) est rapportée par une majorité de MK (MK 6 – Tableau XVI), l'écoute du genre (MK 5 – Tableau XVI), **exprimer les non-dits** (MK 6 : « *quand on parle des choses, les choses ne sont pas compliquées et ce qui est compliqué c'est les non-dits* ») et ses **difficultés** (MK 1 – Tableau XVI). Si l'impair est commis, pour se **rattraper, s'excuser** est l'action avancée par la plupart des MK, une proportion moindre de MK rappellent qu'il faut **dédramatiser** la situation (MK 2 : « *Après voilà, il ne faut pas en faire des tonnes non plus parce qu'on s'est trompé une fois mais si on sait que c'est important pour le patient, je pense qu'on peut lui dire qu'on est désolé* »). **Reconnaître son erreur** (MK 3 – Tableau XVI), **repositionner** le cadre thérapeutique avec une augmentation de la vigilance sont cités par une minorité (MK 4 – Tableau XVI). Pour finir, la **posture** du MK est évoquée. Une minorité de MK notent que le doute ou l'erreur peut être géré par une **posture d'apprenant** (MK 5.a – Tableau XVI) qui aurait un impact positif. Également **l'hésitation** du MK aurait un impact négatif sur l'AT (MK 5.b – Tableau XVI).

L'utilisation d'outils spécifiques est discutée par une minorité, à la fois certains disent **ne pas utiliser d'outils** (MK 3 – Tableau XVI) et d'autres disent utiliser le **tissu associatif** (MK 5 – Tableau XVI).

Parmi les entretiens, la **gestion émotionnelle** transparaît comme étant un moyen relayé par très peu de MK. Gestion émotionnelle du MK par une **disponibilité cognitive et émotionnelle** (MK 5.a – Tableau XVI) et par une **introspection ultérieure** à la PEC du patient (MK 5.b – Tableau XVI). Cette gestion passe aussi par la **reconnexion du patient avec lui-même** à travers la **méditation** (MK 1 – Tableau XVI). Pour finir, lors de mes entretiens, un fait a émergé.

**L'évaluation de l'AT** serait vue comme un moyen de créer cette relation (MK 6 – Tableau XVI).

Tableau XVI : Catégorisation des moyens de construire une alliance thérapeutique.

Thème	Sous-thème	Codes	Verbatims
Moyens de construire une alliance thérapeutique	Gestion du doute et des erreurs	<i>Eviter les impairs :</i> Poser directement les questions x5 Exprimer les non-dits x2 Ecoute du genre Exprimer ses difficultés	MK 6 : « je demande directement à la personne comment elle souhaite être genrée »  MK 5 : « Si elle a formulé un genre dans sa phrase, je le sais, j'ai entendu, je confirme en répétant. »  MK 1 : « expliquer au patient notre difficulté »
		<i>Se rattraper :</i> Excuses x4 Dédramatiser x2 Reconnaître son erreur Repositionnement	MK 3 : « faire comme si de rien n'était et continuer ça pourrait être sacrément violent »  MK 6 : « il ne faut pas avoir peur de se dire qu'on a pas eu raison de faire comme ça et c'est pas grave »  MK 4 : « On a fait une erreur, on se repositionne en tant que thérapeute et on essaie de faire les choses de manière plus attentionnée. »
		<i>Posture du MK :</i> Posture d'apprenant Hésitations	MK 5.a : « Si on ne connaît pas mais qu'on montre qu'on veut comprendre et connaître pour mieux soigner dans une attitude qui est plutôt bienveillante, à ce moment-là, c'est pas freinant ou limitant. »  MK 5.b : « qu'on est aussi confus. Ce qui ne facilite pas notre travail de mise en confiance. »
	Outils spécifiques	<i>Outils :</i> Aucun outils x2 Tissu associatif	MK 3 : « je n'ai pas utilisé d'outils spécifiques »  MK 5 : « Le premier outil, c'est le tissu associatif. »

	Gestion émotionnelle	Du MK : Disponibilité émotionnelle et cognitive Introspection ultérieure	MK 5.a : « On doit s'assurer d'être en condition de recevoir quelqu'un déjà. » MK 5.b : « Tu verras plus tard sur ce que ça t'as évoqué toi, qu'est-ce que ça t'a fait pour te sentir mal à l'aise ? »
		Reconnexion du patient avec lui-même : Méditation	MK 1 : « on fait appel à la méditation, à l'introspection »
	Evaluation de l'AT	Recommandations	MK 6 : « Si vous êtes capable de soigner une personne transgenre on vous envoie sa famille ou des connaissances, ça veut dire que vous avez réussi votre coup. »

### 2.3 Thème 3 : Approche du patient transgenre, contexte de prise en charge

Ce troisième thème aborde l'approche du patient TG, par rapport à son contexte, relevé par les MK interrogés. Les **enjeux** de la TI, les **réseaux de confiance** et les **stratégies d'évitement d'outing**.

Concernant les enjeux, plusieurs catégories de contexte ont été décrites par les MK. Premièrement le contexte social. La population TG se trouve dans une **société non inclusive** (MK 3 : « *c'est une histoire de société qui n'est pas très inclusive* »), un **manque de visibilité des minorités** (MK 5 : « *Ces mondes-là qui ne sont pas facilement identifiables et visibles.* »), une **discrimination sociale** (MK 5 – *Tableau XVII*) et une **société à tendance cis-normative** (MK 5 : « *Être en couple dans cette situation-là, socialement, voir les amis, les communautés ressources, vivre dans cette ambiance minoritaire difficile. Quand on est minoritaire dans cette majorité qui se dit normale, c'est dur* »). Concernant le contexte clinique, presque la moitié des MK s'accordent à dire que les TG font face à de la **discrimination dans le soin** (MK 6 – *Tableau XVII*), avec une **inégalité de progression** de reconnaissance dans le soin (MK 6 – *Tableau XVII*) mais également une **difficulté d'accès aux soins** (MK 5 : « *savoir qu'on part d'une situation où l'accès aux soins ne paraît pas naturel et spontané* »). Le contexte clinique s'étend sur l'administratif. Quelques MK relaient les **délais administratifs longs** pour la transition qui seraient fait exprès (MK 3 – *Tableau XX*), un administratif **freinant** (MK 5 – *Tableau XVII*). Également, lors des entretiens, une information comme quoi l'administratif faisait des **progrès** sur nos **logiciels kiné** s'était dévoilée (MK 5 : « *je peux changer le genre de la personne sur mon logiciel* »). Ensuite, concernant le **contexte psychologique**, la majorité des MK

s'accordent à dire qu'il y a un **terrain fragile** (MK 6 : « *il y a un terrain souvent blessé dans l'abord de la prise en charge de ces gens qui se font déjà mégenrer, poser des questions indiscrètes* »). Un peu moins de la moitié évoque la **dysphorie** (MK 4 : « *Le fait qu'il ne s'accepte pas et qu'il y ait ce mal être, je pense que le patient ne va pas s'ouvrir* » ; MK 6 – *Tableau XVII*), une minorité avance une **transition également psychique** (MK 1 : « *transition plus psychique que physique* »). Enfin, un **risque d'abandon accru** des soins chez cette population est mentionné (MK 4.b – *Tableau XVII*). Pour conclure sur les enjeux, une minorité de MK interrogés parlent de la posture pédagogique du patient TG. Les notions **d'épuisement pédagogique** (MK 3 : « *ras-le-bol d'être les personnes qui éduquent les thérapeutes* »), de **patient TG expert** (MK 3 – *Tableau XVII*) et **éducateur** (MK 5 – *Tableau XVII*) y sont discutés.

Tableau XVII : *Catégorisation de l'approche du patient TG au travers de son contexte.*

Thème	Sous-thème	Code	Verbatims
Approche du patient transgenre	Enjeux	Contexte social : Société non inclusive x2 Manque de visibilité Discrimination sociale Société cis-normée	MK 5 : « Les cis n'ont pas de frein parce que socialement ils ne vont pas avoir d'appréhension sur le jugement de l'autre »  MK 7 : « ils ont quand même depuis petit peut-être ou même plus grand un sentiment de rejet ou un mauvais ressenti plus ou moins »
		Contexte clinique : Discrimination dans le soin x3 Difficulté d'accès aux soins Inégalité de progression x2	MK 6 : « De la discrimination qu'elles subissent dans des domaines médicaux qui n'ont rien à voir avec le sujet » ; « Elle avait vécu des rejets très violents de la part de thérapeutes »  MK 5 : « Ils nous ont dit plusieurs fois que ce n'est pas facile de trouver un endroit et des gens avec qui on se sent safe »  MK 6 : « les progrès, c'est des progrès officiels » ; « on n'est pas au bout du chemin »

		Administratif : Délais longs x2 Frein Progrès	MK 3 : « à chaque fois la sécurité sociale fait exprès de faire une faute dans la carte vitale » ; « timing administratif d'ouf »  MK 5 : « l'administration fait de telle sorte qu'on est aussi confus »
		Contexte psychologique : Terrain fragile x5 Dysphorie x3 Transition psychique x2 Risque d'abandon accru	MK 4.a : « c'est plus important parce qu'au niveau psychologique, au niveau acceptation du corps c'est plus délicat qu'un autre patient »  MK 4 : « S'ils voient que c'est compliqué, ils peuvent peut-être arrêter plus facilement leur prise en charge parce qu'ils ne se sentent pas compris, pas écoutés, jugés »  MK 6 : « des difficultés avec son corps parce qu'il vit dans un corps qui ne sent pas être dans le bon genre »
		Posture pédagogique du patient : Epuisement pédagogique x2 Patient expert Patient éducateur	MK 5 : « Expliquer ça peut être redondant et être un facteur freinant pour aller chercher les soins. »  MK 3 : « c'est des populations qui connaissent mieux que nous TOUT sur leur cas »  MK 5 : « la pédagogie permet d'ancrer, de clarifier pour montrer qu'on existe de telle façon et qu'on est comme tout le monde »

La plupart des MK évoquent un **réseau de confiance** (MK 3 – Tableau XVIII). De même, certains interviewés mentionnent l’outing et les stratégies pour l’éviter par : **l’utilisation du prénom** du patient (MK 3 – Tableau XVIII), la **présentation directe du MK** (MK 3 : « je me présente, ça m’évite de dire madame ou monsieur, à eux de me reconnaître ») et enfin la **discrétion** (MK 6 - Tableau XVIII).

Tableau XVIII : Catégorisation de l’approche du patient transgenre au travers de son contexte.

Thème	Sous-thème	Code	Verbatims
Approche du patient transgenre	Réseaux de confiance	Réseaux de confiance x4	MK 3 : « quand on est recommandé par quelqu’un en qui ils ont confiance, on a une longueur d’avance »
	Outing	Stratégies d’évitement : Utilisation du prénom du patient Présentation du MK Discrétion	MK 3 : « je me présente, ça m’évite de dire madame ou monsieur, à eux de me reconnaître »  MK 6 : « Je ne vais pas demander à la personne comment elle veut être genré s’il y a des patients autour, je trouve ça déplacé »

#### 2.4 Thème 4 : Prise en charge éthique et inclusive

Ce dernier thème aborde les stratégies pour améliorer la PEC TG afin de la rendre plus inclusive et éthique. On y retrouve les **spécificités de la PEC TG**, une **thérapie inclusive** et les **formations et compétences du MK**.

Des spécificités de PEC sont énoncées à travers des moyens applicables à la population TG. La majorité avancent le **respect de l’identité de genre** (MK 4 : « Par rapport à l’identité c’est ce que je vois, c’est le plus important à faire attention pour ne pas être mal à l’aise, c’est surtout une question de respect du genre du patient. »), un besoin **d’accroissement de l’attention** (MK 6 : « je veille un peu plus à ce que je dis »), dans une moindre mesure, une **importance accrue de l’absence de jugement** (MK 5 : « la rencontre sans jugement est encore plus valable ici. »). Une autre stratégie est **d’expliquer tout ce qu’on fait pendant le bilan** (MK 6 – Tableau XIX). Enfin, **ne pas recréer le doute** (MK 2 – Tableau XIX).



La PEC du patient TG se veut **inclusive**. En effet, tous les MK interviewés rappellent le principe de **pied d'égalité** de tous les patients (MK 1 – Tableau XIX). Une minorité indiquent **inclure leurs patients** dans un cursus « global » (MK 7 – Tableau XIX)

Tableau XIX : Catégorisation des stratégies pour une PEC éthique et inclusive des patients transgenres.

Thème	Sous-thèmes	Codes	Verbatims
Prise en charge éthique et inclusive	Spécificité de la PEC TG	<i>Moyens spécifiques :</i> Respect de l'identité de genre x6 Attention accrue x4 Absence de jugement accru x2 Explication pendant le bilan Ne pas recréer le doute	MK 5 : « un des freins, ça ne peut pas être d'utiliser les bons pronoms. »  MK 6 : « Souvent je fais un bilan silencieux et après j'explique. Sauf chez les personnes transgenres [...] j'ai l'impression qu'elles se sentent mal à l'aise. J'explique donc pendant que je fais le bilan »  MK 2 : « ne pas recréer de doutes, d'interrogations supplémentaires »
	PEC inclusive	Pied d'égalité x7 Inclure les patients x3	MK 1 : « la façon d'aborder le patient ne va pas être différente d'un autre »  MK 7 : « J'essaie vraiment de les inclure dans ma patientèle globale »

Un grand sous-thème intervient ensuite : **Formation et compétence du MK** dans une PEC inclusive et éthique. Quelques MK parlent de la compétence culturelle. Elle va transparaître à travers la **conscience culturelle** (MK 6 - *j'ai des marqueurs en moi, évidemment. Par exemple, un marqueur, c'est de se dire : une personne qui vient se faire retirer les seins n'est pas forcément dans une transition vers une hyper masculinité. Ça c'est un truc qu'il faut intégrer quand on est cisgenre, hétéro. [...], je m'en rends bien compte, je suis honnête avec moi-même. Il faut qu'à chaque fois, je freine cette première réaction qu'on peut parfois avoir* ») qui va passer par un travail de déconstruction (MK 6.b - Tableau XX). Pour quelques kinés, la compétence culturelle transparaît par la **connaissance** (MK 5 – Tableau XX) et la **sensibilité culturelle** (MK 5 : « *d'aller vers eux en disant : je connais les difficultés* »).

Un besoin de **formation complémentaire** est indiqué par les MK. La plupart citent le **besoin de savoirs relatifs à la TI** (MK 2 – Tableau XX) et une minorité suggèrent d’intégrer cette spécificité dans des formations hors IFMK, notamment en **formation pelvi-périnéale** (MK 7 – Tableau XX). Après l’abord d’une **complémentarité de formation, l’enseignement initial** est également discuté. Quelques MK rappellent que la formation initiale est très **globale** (MK 4 – Tableau XX) et par conséquent nous n’étions **pas formés à la TI** (MK 1 : « on n’est pas formé pour aborder ce genre de question »). Quelques MK ont suggéré des **apports à notre formation** en IFMK : un **apport éthique et de soins inclusifs** (MK 3 – Tableau XX), la réalisation de **cas cliniques variés et inclusifs** et une **pratique de proximité** à travers notamment le **tissu associatif** (MK 5 – Tableau XX ; MK 5 « il faut faire des interventions dans ces milieux-là [le tissu associatif]).

Tableau XX : Catégorisation des stratégies pour une PEC éthique et inclusive des patients transgenres.

Thème	Sous-thème	Code	Verbatims
Prise en charge éthique et inclusive	Formation et compétence MK	<i>Compétence culturelle :</i> Conscience culturelle x2 Travail de déconstruction x2 Connaissance culturelle Sensibilité culturelle	MK 6.a : « On peut avoir des préjugés. On en a tous, faut pas se leurrer. »  MK 5 : « ça permet de prendre conscience et d'explorer les facettes de la personne en prenant en compte le contexte culturel et le contexte sociétal, en plus de la personne avec ses expériences. »  MK 6.b : « J'essaie de me rappeler en permanence, de laisser de côté mes schémas »
		<i>Formations complémentaires :</i> Savoirs relatifs à la TI x4 Formation spécifique en pelvi-périnéologie x2	MK 2 : « avoir un minimum de connaissances sur les types de traitements qu'ils peuvent avoir »  MK 7 : « avoir une formation spécifique comme en pelvi-périnéologie »

	<i>Formation initiale</i> <i>MK :</i> Très globale x2 Apport éthique et d'inclusion Apport de cas cliniques Pratique de proximité – tissu associatif	MK 4 : « D'un point de vue purement kiné, au niveau fonctionnel, au niveau des objectifs de récupération des épaules et tout, je suis suffisamment formée. »  MK 3 : « besoin d'un apport éthique et de médecine inclusive »  MK 5 : « C'est un travail qui ne s'apprend pas dans les bouquins » ; « aborder des cas cliniques diversifiés, inclusif »
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## VI. INTERPRÉTATION

### 1. Les influences sur l'alliance thérapeutique

Afin d'atteindre l'autonomie, objectif principal de cette collaboration interpersonnelle (Søndenå et al., 2020) avancent qu'un environnement favorable est nécessaire. L'AT dépendrait donc de certains facteurs.

#### 1.1 Un environnement accueillant : entre professionnalisme et intimité

D'après les résultats, l'environnement joue un rôle important. Il se doit professionnel, intimiste à travers des salles de soins individuelles fermées à clés ainsi que par une délimitation de la zone thérapeutique (couvrir le corps afin de limiter la mésinterprétation du regard du MK par exemple). Ces éléments se retrouvent dans la littérature qui s'accorde à dire qu'un environnement professionnel conditionne un comportement du patient qui va avoir tendance à se livrer dès la porte fermée (Follette et al., 1996); Scott et al., 1999). Un lieu accueillant et chaleureux est également le bienvenu, se sentir "comme à la maison" et "couper du monde" permettrait au patient de trouver une sérénité d'esprit plus aisément. Cette information est corroborée par (Johansson et al., 2002) qui avance qu'un environnement propre, aéré et lumineux calme le patient. Une ambiance confortable, ordonnée et agréable améliorerait la satisfaction des patients (MacAllister et al., 2016). De plus, ce qui influe positivement c'est une notion de continuité des soins avec un seul praticien qui sera vu une à deux fois par semaine

sur des séances de 30min. C'est un moment privilégié qui facilite la création d'une AT. La continuité des soins fait d'ailleurs partie des 8 composantes développées par Ware et al. En 1983 et repris par la suite, dans les facteurs environnementaux influant positivement sur le patient (MacAllister et al., 2016). A contrario, l'exposition du patient (salle avec beaucoup de monde qui passe, séances collectives), le fait de changer souvent de praticien et d'être dans un lieu impersonnel vont rendre la tâche de création de relation ardue. Un accueil insuffisant des patients peut être néfaste pour l'AT car il peut créer un environnement stressant et peu accueillant. Si le patient ne se sent pas pris en charge dès le début de la séance, cela peut rendre difficile sa détente et la création d'une relation de confiance avec le thérapeute. Enfin, cela peut donner l'impression au patient que son temps et sa présence ne sont pas valorisés, ce qui peut nuire à l'établissement d'une relation de confiance. En somme, un accueil insuffisant peut compromettre l'établissement d'une relation de confiance et l'engagement du patient dans les soins.

## 1.2 Le patient : âge et état d'esprit

L'influence du patient sur l'AT est un sujet abordé dans la littérature. Il est souligné que l'état d'esprit du patient joue un rôle crucial dans la création d'une AT positive. Une ouverture à la discussion, sans tabou, ainsi qu'une tolérance sont essentielles. Un patient chaleureux, dynamique et ouvert au changement aura une influence positive sur l'AT. Selon les entretiens, l'âge du patient serait un facteur déterminant dans la relation de soin. Les thérapeutes disent avoir plus de facilité à établir un lien avec des patients plus jeunes. Cela peut s'expliquer en partie par la naïveté de certains patients transgenres face aux discriminations auxquelles ils peuvent être confrontés dans les soins. Cependant la littérature ne décèle pas de différence significative sur ce sujet (Alodaibi et al., 2021). En revanche, un patient qui éprouve des ressentis négatifs tels que de la gêne ou de l'inconfort peut constituer un obstacle à l'AT. De même, les craintes ou les doutes du patient concernant ses capacités, ses attentes vis-à-vis de sa rééducation peuvent également entraver l'AT. Dans le contexte de la TI, ces craintes peuvent être liées à une **image négative de la profession**, souvent en raison de mauvaises expériences antérieures. Certains patients s'attendent à ce que les thérapeutes les ignorent ou minimisent leurs problèmes. Il peut y avoir une véritable appréhension à l'égard des soins et de la relation thérapeutique pouvant nuire à l'AT (Tschuschke et al., 2020). Si le patient n'est pas émotionnellement et cognitivement disponible, il peut être difficile d'établir une connexion avec le thérapeute, de même s'il est pudique. Enfin, le refus d'adhérer au traitement, même après une

adaptation du thérapeute et du traitement, constitue un obstacle à l'AT. Il convient de nuancer ce manque d'adhésion, car il peut être lié à un manque de motivation ou au fait que le moment ne soit pas propice dans le parcours du patient.

### 1.3 Influence positive d'un professionnel compétent et humble

La plupart des entretiens mettent en avant des qualités intrinsèques du MK comme influence positive à cette AT. En corrélation des entretiens et de la littérature nous retrouvons une bienveillance, une ouverture d'esprit, la confiance en soi, ses attributs personnels que l'on peut rattacher à la singularité du MK (Ackerman & Hilsenroth, 2003). La compétence éthique et culturelle trouvée dans la littérature est étroitement liée au fait qu'un MK qui a des connaissances sur la TI sera plus à même de rassurer ses patients TG. De même, la compétence évoquée par une minorité se retrouve dans la phase de réflexion éthique, plus spécifiquement sur une réflexion du savoir-être du MK (Sundus et al., 2021). Le MK doit avoir une humilité professionnelle, être engagé dans la cause TG, être satisfait professionnellement. Ces notions sont des faits émergents apparus au cours des entretiens. Concernant l'humilité professionnelle, pour faire le lien avec la TI, elle peut être appliquée à l'humilité culturelle qui est une remise en question de ses propres savoirs et préjugés. Ce qui revient à remettre en question ses savoir-faire et savoir-être MK (Nguyen et al., 2021). La satisfaction professionnelle aide à cette AT car elle augmente la satisfaction des patients (Haas et al., 2000). L'engagement est compréhensible car il peut se rattacher au don de soi externe du thérapeute et à la sensibilité culturelle. Facteurs rassurants pour le patient car il se sent compris. De même, le fait d'avoir fait des formations annexes notamment en pelvi-périnéologie et cancer du sein semble représenter un facteur positif sur la création de cette AT. En effet, des techniques de rééducation sont similaires, fournissant des outils supplémentaires dans le panier du MK. Ces formations semblent plus sensibilisées à l'image corporelle et la réintégration de ses propres limites. Cette notion serait intéressante à développer. Ensuite, le MK doit être équipé de soft-skills et hard-skills (Figure 22). Vis-à-vis de la diversité des profils de patients auxquels les MK sont confrontés, certains auteurs énoncent le besoin d'adaptation des thérapeutes, capacité reposant sur cette compétence (Girish & Amaravadi, 2022). Nous reviendrons sur cette notion dans le Thème IV.

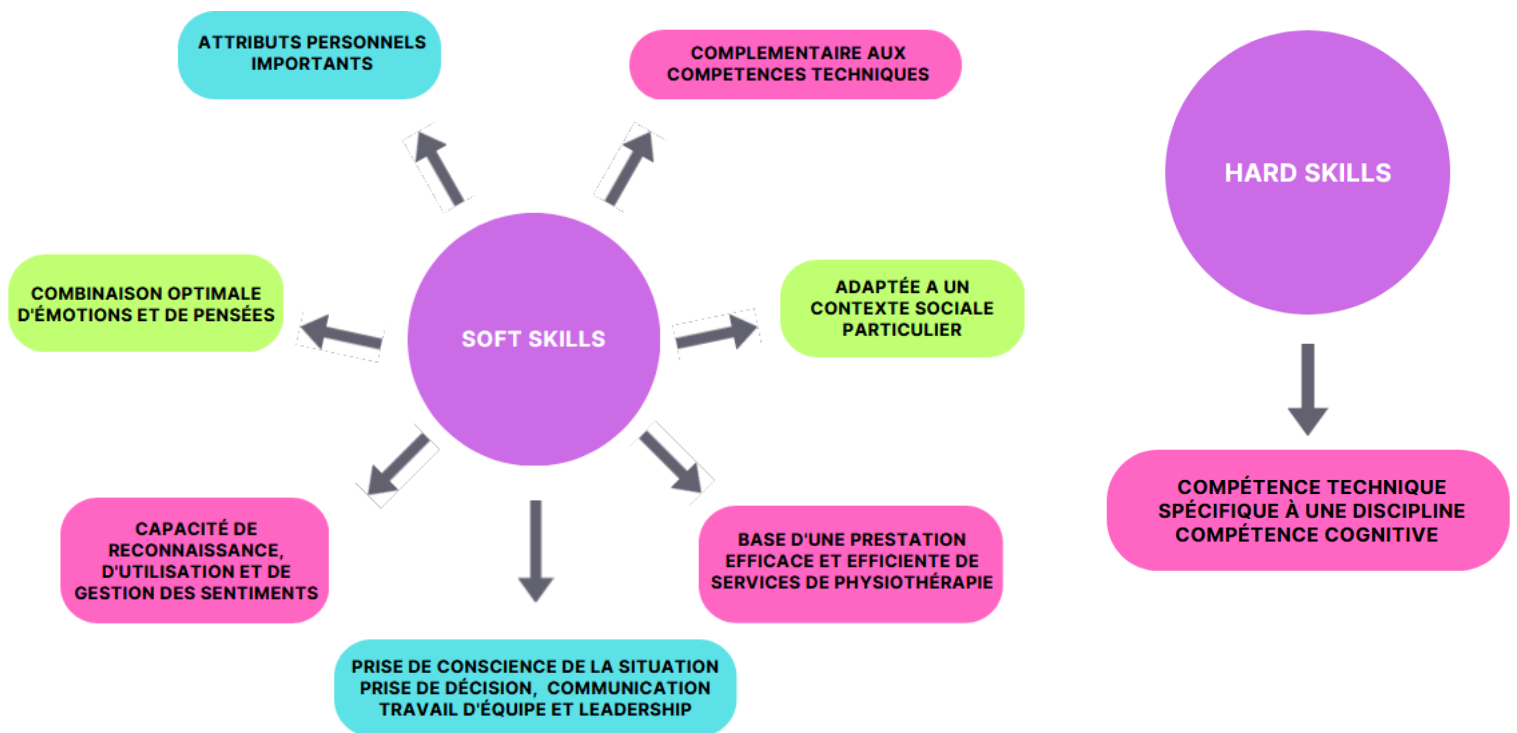


Figure 22 : Composantes du soft-skills et hard-skills (Girish & Amaravadi, 2022)

Pour contraster, un MK fermé d'esprit ne parviendra sûrement pas à l'AT. Cette fermeture concerne ici la non-acceptation de la différence de l'autre par rapport à ses propres représentations mais également un manque d'écoute et d'adaptation aux besoins de son patient (Ackerman & Hilsenroth, 2001). Enfin, la confusion trouvée dans les résultats est à mettre en balance. En effet, un MK confus pourra mettre plus de temps à construire une AT. Cependant, il est courant que nous ne soyons pas confiant 100% du temps dans notre pratique. C'est d'ailleurs ce qui représente une qualité de remise en question (C.7). Elle aura donc plus une connotation négative d'un manque de confiance en soi ici plus qu'une remise en question saine et pertinente.

## 2. Des moyens de construire une AT avec le patient transgenre : une alliance familiale

La littérature met en évidence plusieurs caractéristiques d'une relation thérapeutique de qualité, telles que la compréhension mutuelle, le respect, la confiance, l'honnêteté, la coopération et même l'humour (Johansson et al., 2002). L'étude des expériences des kinésithérapeutes

interrogés vient enrichir notre compréhension de ces caractéristiques. Ce thème répond de manière pertinente à ma question de recherche.

## 2.1 Communication, entre transparence pleine de bon sens et écoute paraverbale

La communication joue un rôle essentiel dans l'établissement d'une relation de soin. Elle englobe à la fois le langage verbal et para-verbal. Le principe fondamental est celui de la transparence, tant pour le thérapeute que pour le patient. Les explications concernant les soins et les attentes des deux parties doivent être clairement formulées, afin de permettre une meilleure visibilité de la relation et de trouver un terrain d'entente (Pinto et al., 2012).

L'écoute active demeure un élément crucial de la communication. Elle implique d'être attentif et réceptif aux besoins et aux préoccupations de l'autre. Ce n'est pas simplement « faire attention » à l'autre, c'est de s'impliquer un engagement empathique envers le patient. L'écoute active peut être favorisée en « posant des questions ouvertes » (MK 5), ce qui permet d'encourager l'expression libre des deux parties. Cette ouverture à l'expression favorise une meilleure compréhension des points de vue, et facilite l'expression de l'empathie, une qualité essentielle dans la relation thérapeutique (Robertson, 2005).

*"Le langage du corps était le premier langage humain, et c'est toujours le langage que les gens croient instinctivement." - Desmond Morris*

Certains MK ont exprimé avoir perçu (« j'ai vu » ; « j'ai ressenti » MK 6) et compris intuitivement l'état du patient, soulignant l'importance du langage para-verbal dans la création de l'AT. Il est essentiel de faire attention à notre posture et à notre langage corporel lorsque nous sommes confrontés à des informations déroutantes ou perturbantes. Nous pourrions parler d'écoute active corporelle : réception et réponse adaptée (Pinto et al., 2012). De plus, une étude a montré que la synchronisation des comportements non verbaux entre le thérapeute et le patient peut favoriser une AT positive et améliorer les résultats de la thérapie (Del Giacco et al., 2020). La communication peut également se faire par d'autres canaux tels que les mails, offrant aux patients la possibilité d'échanger sur leurs besoins et attentes. Pour les patients TG, il est important de tenir compte de la dysphorie et d'anticiper les triggers potentiels, tout en offrant un environnement sûr et en communiquant activement sur notre expertise dans cette PEC spécifique (via notre présentation Doctolib par exemple). Enfin, l'utilisation de symboles

visuels dans le cabinet, tels que des drapeaux LGBT ou des ressources éducatives (lectures Trans), peut contribuer indirectement à renforcer l'AT. C'est d'ailleurs ce que nous avons vu dans le cadre conceptuel (Butler et al., 2016 ; Sundus et al., 2021).

## 2.2 Le corps comme outil de connexion

Le cœur de notre métier est la notion du corps en tant que pivot. Le toucher thérapeutique utilisé par les kinésithérapeutes joue un rôle essentiel pour légitimer l'expérience douloureuse du patient (Miciak et al., 2019). En partageant le voyage du patient vers son autonomie, il lui permet de se réapproprier son corps. En fournissant des informations anatomiques et en expliquant les origines des douleurs, le kinésithérapeute facilite la relation du patient avec son propre corps. Il lui permet la réintégration des limites et du schéma fonctionnel de son corps en passant par ses ressentis. Pour les patients TG ayant subi une opération ou souffrant de dysphorie, ces approches permettent de regagner confiance en leur corps, d'ancrer leur identité et de reconnaître la légitimité de leur douleur. Ainsi, bien que la littérature ne donne que très peu d'information à ce sujet, le kinésithérapeute semble jouer un rôle important dans le parcours identitaire du patient. Dans la littérature, hormis le rôle du toucher thérapeutique dans le soin MK, rien n'est décrit pour la TI et/ou la dysphorie (McParlin et al., 2022).

## 2.3 Une relation de confiance en 2 temps

La relation thérapeutique est un **positionnement mutuel thérapeutique** où les deux acteurs sont en confiance : le patient a confiance en son kiné et surtout le MK se doit de faire confiance à son patient (Butler et al., 2016; Hann et al., 2017). Cette confiance doit se positionner dès les **premiers instants** (Søndenå et al., 2020). Le MK doit faire bonne impression de par son attitude verbale et non verbale. La littérature aborde aussi la première impression du MK sur le patient comme **facteur d'influence** (Rivera et al., 2023). Il est également abordé la notion de l'accueil dans la salle d'attente : ce que le patient voit, entend. C'est en ça que les symboles vont avoir leurs importances. De même, un MK qui dénigrerait ou aurait des propos déplacés à l'égard d'un autre patient devant l'accueil pourrait faire mauvaise impression et instaurer une méfiance. La relation de confiance est aussi un **processus** (Henry & Strupp, 1994). Certes la première intention compte mais cette première image est à alimenter. Afin de mettre en confiance, le MK va rassurer son patient, permettre des échanges libres. Ce dernier doit chercher à faire ressentir



ce sentiment de confiance à son patient. Suite à cela, le patient aura plus de facilités à se confier et donc à se sentir en sécurité aussi bien morale que physique.

## 2.4 Collaboration thérapeutique

Alliance thérapeutique signifie collaboration interpersonnelle où les deux personnes sont à hauteur égale dans les prises de décisions : « positionnement mutuel thérapeutique via l'accord verbalisé, un accord tacite du traitement » (MK 6). Cela implique un consensus sur les objectifs et les méthodes de traitement, avec un engagement actif des deux parties dans le processus de soin (Brun-Cottan et al., 2020). La nuance réside dans l'approche et est centrée sur le patient (Haynes et al., 2022). Le MK se doit de laisser la place au patient d'exprimer ses besoins et idées. En le plaçant au centre du soin, ce dernier devient acteur et le MK doit favoriser son autonomie dans ce sens (Kivlighan et al., 2014). Le thérapeute doit créer un espace propice à l'expression des besoins et des idées du patient, favorisant ainsi son autonomie. L'adaptation est également cruciale, car chaque patient est unique et peut nécessiter des approches individualisées. Le thérapeute doit être prêt à ajuster ses traitements au fur et à mesure des séances, en accordant davantage de temps à certains aspects de la rééducation si nécessaire. Le MK doit faire preuve d'humilité, en étant prêt à remettre en question ses décisions, à se remettre en question et à ajuster son approche si nécessaire. Dans le cas des patients TG souffrant de dysphorie, l'adaptation du thérapeute et la collaboration sont d'une importance capitale. Il peut être bénéfique d'envisager une PEC pluridisciplinaire, en s'appuyant sur un réseau de thérapeutes spécialisés dans la PEC des personnes TG « je repère le nom du médecin, on en a deux spécialisés dans la transidentité » (MK 3) (Eyssel et al., 2017). Cette collaboration permet de mieux comprendre le contexte et les besoins du patient, même en l'absence d'expression directe de sa part.

Il est important de reconnaître nos limites en tant que thérapeutes et d'orienter les patients vers d'autres professionnels compétents et trans-friendly si nécessaire. Travailler en collaboration avec des thérapeutes spécialisés permet de renforcer l'AT et d'offrir au patient une PEC complémentaire, favorisant ainsi son autonomie.

En conclusion, la collaboration thérapeutique repose sur l'établissement d'une relation de confiance, la participation active du patient et une adaptation continue de la part du thérapeute. Cette approche favorise une AT solide et permet d'optimiser les résultats du traitement.

Le premier moyen d'établir une AT réside dans le consentement. Il est essentiel de respecter profondément la personne en face de nous. Cela implique de garantir le secret professionnel et de répondre à ses besoins. Étant donné que notre objectif ultime est « l'empowerment » (MK 3) du patient, il va de soi de respecter son autonomie (Lemma & Savulescu, 2021) ; (Zuroff et al., 2007). Cela se traduit par ne pas contester ou imposer nos propres visions, choix. Dans le cas des patients TG qui souhaitent exprimer leur identité d'une certaine manière, il est primordial que le MK respecte ce choix puisque cela n'a aucune incidence sur la PEC. Le MK doit respecter la vie privée du patient et ne pas chercher à tout savoir. Poser des questions indiscretes serait déplacé et irrespectueux, pouvant entraver l'AT (Whitman & Han, 2017). Dans la plupart des cas, les MK interrogés ont souligné que le patient aborde généralement la question de la transition de manière volontaire. De même, à travers le langage verbal et non-verbal, si la personne souhaite en parler, elle a tendance à fournir des indices ou à orienter la discussion. C'est pourquoi il est essentiel d'accorder une écoute active au patient.

#### 2.5 Prise en compte de la personne : considération humaine et don de soi

Que ce soit par le respect, l'adaptation, l'écoute, l'enjeu reste la considération de la personne. C'est-à-dire faire la distinction entre la personne et la pathologie, qu'elle ne se sentent pas comme un objet du soin. Le MK devra prendre également en compte l'aspect psychique de la personne, d'aider, d'accompagner s'il y a eu des antécédents quelques peu compliqués. Pour autant, nous ne faisons pas une PEC psychologique, ce qui sortirait de nos champs de compétence. C'est en ça qu'il est intéressant d'établir un travail d'équipe quand cela devient nécessaire et si la personne est ok avec ça. La création d'une AT passe aussi par le don de soi du MK. Un don interne à la relation pendant les séances (Gobeil, 2020). Face à des patients avec des antécédents discriminants dans le soin, avec des aprioris, nous devrions prouver que nous sommes dignes de confiance. Il s'agit d'un don de soin externe car en dehors des séances, le MK pourra s'informer sur la TI dans notre cas, les opérations spécifiques, les points d'attentions, les effets secondaires du traitement hormonal, des opérations, etc. (Vupputuri et al., 2021). Ce versant se réfère aux compétences 7 et 8 du référentiel MK.

## 2.6 Neutralité professionnelle : anticipation, préjugés et jugements

Accueillir l'autre c'est être disposé à le voir sans le filtre de ses représentations. En tant que professionnel nous nous devons d'être le plus neutre possible afin de recevoir au mieux les informations, pouvoir adapter notre savoir-être au profit du savoir-faire. Pour cela, le MK ne doit pas émettre de jugement, doit réussir à mettre ses préjugés de côté. Par exemple, dans notre société, il y a une part importante de présomption de l'hétérosexualité de la société. Il faut être honnête avec soi, avoir conscience de nos schémas de pensées, schémas culturels dans lesquels nous avons grandi pour anticiper nos réactions face à une situation qui irait à l'inverse de notre norme (Vasquez & Melba, 2007). Les premières pensées que nous avons sont souvent issues de nos représentations.

## 2.3 Gestion du doute et de l'erreur

*« Errare humanum est, perseverare diabolicum »*

Faire des erreurs est une expérience commune à tous, mais tout dépend de leur fréquence et de l'intention derrière celles-ci. Un autre moyen de favoriser une AT consiste à éviter les faux pas. La méthode la plus recommandée est de poser directement la question appropriée. Dans notre cas, cela implique de demander au patient dès que possible de préciser son genre. Il est important de prêter attention aux signaux préalablement évoqués par la personne, plutôt que de se fier uniquement à l'apparence physique, car celle-ci peut être trompeuse. En posant la question de manière directe, nous évitons les malentendus, les malaises et les erreurs qui auraient pu être évités. Les retours des MK et la littérature affirment que les personnes TG préfèrent qu'on leur pose directement la question plutôt que de présumer à leur place (Weingartner et al., 2022). De même, le MK peut exprimer ses difficultés pour en discuter directement avec le patient, démontrant ainsi son humilité et son humanité sans pour autant compromettre sa posture professionnelle. La littérature avance que s'excuser et exprimer ses difficultés constitue une forme de dévoilement du thérapeute leur donnant une image plus empathique, digne de confiance, professionnels et ayant moins de jugements critiques (Carle et al., s.d ; Mazzetti & Blondel, 2016). Dans mes entretiens, il est apparu qu'il existe une difficulté supplémentaire lorsque le MK a déjà suivi le patient avant sa transition. Dans ce cas, il est important de mettre en place des mesures afin de limiter au maximum les erreurs. Si toutefois une erreur est commise, il est essentiel de s'excuser et d'admettre cette erreur. Ne pas le faire

peut-être vécu de façon violente pour la personne TG. Il convient de souligner l'importance de reconnaître que commettre une erreur ne constitue pas une situation irrémédiable. Parfois, nous commettons des erreurs par habitude, comme par exemple appeler un homme "madame" par inattention si notre patientèle est principalement féminine. Cependant, dans l'ensemble, d'après l'expérience des MK interrogés, les patients ne leur en tiennent pas rigueur. En tant que thérapeutes, il est de notre devoir de nous « repositionner » (MK 4), de rétablir le cadre de soins, de maintenir notre professionnalisme et d'être plus vigilants quant aux mots que nous utilisons. Une autre façon de gérer ces erreurs afin de préserver l'AT est d'envisager l'apprentissage (Wiederholt & Wiederholt, 1997). En effet, comme nous le verrons ultérieurement, le MK ne peut pas tout connaître, de la même manière que nous ne pouvons pas connaître toutes les pathologies rares ou toutes les interventions chirurgicales existantes. Nous pouvons apprendre du patient. C'est même une approche reconnue comme améliorant la qualité des soins et de l'AT. C'est à mettre en balance avec le fait de devoir trouver un équilibre entre nos connaissances et les siennes ainsi que le besoin d'une formation du MK pour favoriser cet échange. De plus, apprendre du patient dépend de notre posture. Comme l'a mentionné le MK 5, si le MK est réellement désireux de comprendre et de connaître le sujet pour mieux soigner, en adoptant une attitude bienveillante et en respectant la vie privée du patient, poser des questions n'est pas un obstacle ou une limitation, cela peut même renforcer l'AT.

#### 2.4 Outils ou pas outils ?

Des quelques MK ayant évoqués les outils pour la PEC du patient TG, aucun d'entre eux n'utilisent d'outils de type formulaires, questionnaires, bilan spécifique ou autres. Il ne semble pas y avoir de littérature à ce sujet spécifique, ce peut être une piste d'étude pour une autre recherche. Cependant, le tissu associatif a été employé comme moyen. Cette notion rejoint celle abordée dans le thème IV sur le besoin de formation des thérapeutes par l'expérience en situation réelle (Girish & Amaravadi, 2022). Les associations ou les groupes communautaires pourraient permettre de développer ses compétences non techniques et culturelles.

#### 2.5 Disponibilité émotionnelle du MK et du patient

Accueillir l'autre c'est pouvoir être disponible cognitivement et émotionnellement. Le thérapeute doit être prêt à prendre quelques minutes entre deux patients pour se ressourcer, se détacher et être pleinement disponible. Les émotions du MK influence l'AT (Gard &

Gyllensten, 2000). En effet, la colère, la frustration et/ou le découragement pour entraver la relation thérapeutique (Westra et al., 2012). En ce qui concerne la gestion des ressentis, il est possible qu'une expérience avec un patient suscite des émotions. Pour préserver la relation thérapeutique, il est bénéfique que le thérapeute mette de côté ces émotions pendant la séance afin de ne pas les influencer. Toutefois, il est conseillé de revenir ultérieurement sur ces ressentis afin de travailler sur une meilleure compréhension personnelle. Cela permettra également d'anticiper ses réactions futures, conformément à l'idée de neutralité professionnelle.

En ce qui concerne le patient, lorsqu'il présente des difficultés d'introspection et des ressentis négatifs, cela peut avoir une incidence sur l'AT. Il est donc opportun de proposer des outils d'introspection tels que la méditation, afin d'aider le patient à libérer des émotions bloquantes. Cela facilitera ainsi le processus de traitement. La littérature propose la pratique du Yoga chez les patients : méthode combinant postures physiques, la respiration, la méditation et la conscience de soi. Par exemple pour les patient dysphoriques, cette techniques peut avoir de réel avantages car elle mêle conscience et réappropriation corporelle avec la méditation afin d'apaiser (Posadzki & Parekh, 2009).

## 2.6 Évaluation de l'alliance thérapeutique

L'évaluation de l'AT est un aspect qui a émergé de manière inattendue lors de mes entretiens. Bien que nous discussions des moyens de construire une AT solide, il est également important de pouvoir l'évaluer de manière objective. La littérature propose plusieurs méthodes pour évaluer cette AT (voir Tableau XX) (Elvins & Green, 2008). Parmi les indicateurs de réussite identifiés lors des entretiens, la recommandation du thérapeute par le patient à son entourage est considérée comme un signe positif de la qualité de l'AT.

Tableau XXI : Moyens d'évaluer l'AT (Elvins & Green, 2008)

Evaluation de l'AT selon (Elvins & Green, 2008)	
<b>Échelle de l'alliance thérapeutique (Therapeutic Alliance Scale, TAS)</b>	Outil largement utilisé. Evalue l'alliance thérapeutique à travers différentes dimensions telles que l'accord sur les tâches, l'accord sur les objectifs, l'accord émotionnel et la relation thérapeutique en général.
<b>Inventaire de l'alliance thérapeutique (Working Alliance Inventory, WAI)</b>	Mesure l'alliance thérapeutique en évaluant les dimensions de l'accord sur les tâches, l'accord sur les objectifs et l'accord sur le lien émotionnel
<b>Échelle d'alliance thérapeutique révisée (Revised Helping Alliance Questionnaire, HAQ-II)</b>	Evalue l'alliance thérapeutique à travers différentes dimensions : Entente, confiance et collaboration entre le thérapeute et le patient.
<b>Échelle d'alliance thérapeutique courte (Short Form of the Working Alliance Inventory, WAI-S)</b>	Version abrégée de l'inventaire de l'alliance thérapeutique Evalue l'accord sur les tâches, l'accord sur les objectifs et l'accord émotionnel.

### 3. Comprendre le contexte de PEC du patient TG : enjeux, réseaux de confiance et outing

La PEC d'un patient est une approche holistique qui englobe les dimensions biologiques, psychologique et sociale. Il est essentiel de comprendre que chaque individu évolue dans un cadre de PEC qui est complexe et influencé par divers facteurs. Lorsqu'il s'agit d'une personne TG, ce cadre diffère de celui d'une personne cisgenre (dont l'identité de genre correspond au sexe assigné à la naissance).

### 3.1 Enjeux de la PEC du patient TG : triple contexte d'un patient expert

La réalité vécue par les personnes TG est une aventure en soi, marquée par la recherche de leur identité de genre et le désir de vivre en accord avec celle-ci. Cependant, cette aventure est jalonnée de nombreux obstacles. Nous avons constaté, lors de nos entretiens, que la population transgenre est confrontée à de nombreuses discriminations dans le domaine médical, ce qui rend l'accès aux soins difficile. Trouver des professionnels de santé "safe" sur le plan moral, c'est-à-dire respectueux et bienveillants, ainsi que des praticiens ayant des connaissances suffisantes pour une PEC adaptée, représente un défi pour ces individus (Walch et al., 2021). De plus, des inégalités persistent dans le système de santé. Alors que la Haute Autorité de Santé (HAS) demande la modernisation des lois pour remédier aux disparités administratives auxquelles sont confrontées les personnes TG (telles que les difficultés d'accès à une opération PEC par la CPAM), certains professionnels de santé continuent de refuser des soins à cette population sans motifs valables et sans les orienter vers d'autres ressources appropriées (SOS Homophobie, 2022).

En ce qui concerne les progrès réalisés, nous pouvons aborder la dimension administrative. Les délais administratifs pour effectuer une transition de genre sont souvent très longs, comme en témoignent les professionnels de santé interrogés. Des erreurs sont également fréquentes sur les cartes vitales des personnes TG émises par la sécurité sociale MAURY (2021). Cependant, une bonne nouvelle est que désormais il est possible de modifier le genre d'un patient dans les logiciels utilisés par les professionnels de santé.

Par ailleurs, il existe un manque de visibilité des professionnels de santé "TransFriendly" qui accueillent et respectent les personnes TG (Kcomt, 2019). Idéalement, il ne devrait pas y avoir besoin d'une cartographie spécifique car tous les professionnels de santé devraient être capables de recevoir cette population sans préjugés ni préconceptions, conformément aux principes éthiques et déontologiques. Ce malaise clinique reflète le malaise plus large de notre société.

Dans la société française, les personnes cisgenres, la plupart du temps, sont confrontées à moins de freins sociaux en ce qui concerne leur identité de genre. Elles rencontrent moins de difficultés pour s'intégrer, établir des relations ou trouver un emploi (Dolan et al., 2020). Le manque de visibilité accordée à cette minorité a contribué à creuser cet écart. Heureusement, de nos jours, le sujet des personnes TG est de plus en plus discuté et la recherche progresse dans ce domaine. Cependant, il est important de noter que la médiatisation des personnes TG par des personnes cisgenres peut être positive mais peut entraîner une représentation biaisée de ce qu'est réellement l'expérience de la transition de genre (Mocarski et al., 2019).

Enfin, il est essentiel de prendre en compte le contexte psychologique dans la PEC des personnes TG. Nous avons déjà abordé cet aspect en soulignant que la transition de genre est principalement une transition psychique plutôt que physique. C'est une étape cruciale dans la vie d'une personne transgenre, qui doit également faire face aux contraintes sociales, telles que le cissexisme, qui génèrent un stress important (Puckett et al., 2023). De plus, le rapport au corps peut être affecté, ce qui se manifeste par des sentiments de dysphorie de genre. Les patients TG se présentent avec des fragilités psychologiques variables et peuvent être confrontés à différentes intensités de dysphorie. Dans cette population, le risque d'abandon thérapeutique est plus élevé (Weingartner et al., 2022). Il est important de reconnaître que nous ne pouvons pas présumer du stade de transition auquel se trouve chaque individu. Les enjeux et les besoins diffèrent selon que la personne vient de prendre conscience de son incongruence de genre ou qu'elle a déjà achevé sa transition psychique, se sentant épanouie et accomplie sur le plan social. Les patients TG sont des experts de leur propre expérience. Ils se retrouvent souvent dans la position d'éducateurs, devant non seulement éduquer leur entourage, mais aussi informer les thérapeutes qu'ils consultent (DILCRAH & TRANSAT, 2021). Se trouver constamment dans un rôle d'éducateur peut être épuisant. Le fait de devoir se justifier en permanence limite l'envie de consulter et rend l'accès aux soins encore plus contraignant. Lorsque le thérapeute fait preuve de sincérité, de volonté de comprendre, d'empathie et de bienveillance envers les spécificités de chaque individu (ici les TG), la transmission d'informations devient plus fluide et volontaire.

### 3.2 Réseaux de confiance, une nécessité

Les réseaux de professionnel de santé référencés sont une nécessité pour cette population. Ils permettent une facilitation de l'accès aux soins en visibilisant les professionnels de confiance. Cela permet de favoriser la création d'une AT par un apaisement des craintes (Vupputuri et al., 2021). D'autres part les thérapeutes peuvent s'inscrire sur des listes mais les patients aussi peuvent noter les thérapeutes avec qui l'AT et le traitement s'est bien passé. Parmi ces listes nous pouvons trouver l'annuaire BDDTrans, le Réseau Santé Trans (ReST) et [MedecinandGayFriendly.fr](http://MedecinandGayFriendly.fr).



### 3.3 Comment éviter de dévoiler l'identité de genre de son patient sans son consentement (outing)

L'outing peut mettre une personne dans une situation inconfortable, voire même la mettre en danger (Gaskins & McClain, 2021; Human Rights Campaign, 2003). Bien que les MK interrogés aient rarement été confrontés à des situations où l'outing est possible (un seul patient à la fois en salle d'attente, bureau séparé pour les formalités administratives), certains ont proposé des mesures pour éviter cette erreur. Tout d'abord, utiliser le prénom plutôt que les termes Monsieur ou Madame. Ensuite, le MK peut se présenter en disant : « Bonjour, je suis Mme/Mr untel. Qui a rendez-vous avec moi ? ». La troisième stratégie consiste à faire preuve de discrétion. Cela signifie que le MK attendra d'être à l'écart des autres patients et/ou MK pour demander comment la personne souhaite être genrée.

## 4. Prise en charge éthique et inclusive du patient TG

Nous venons de voir qu'il existe pleins de moyens de construire une AT avec le patient TG. Cependant, la grande majorité des moyens développés est applicable à beaucoup de patient. Alors pourquoi réside-t-il encore des inégalités ?

### 4.1 Spécificité de la PEC

De ce qui ressort en grande majorité de la littérature et des entretiens est de respecter l'identité de genre de la personne. C'est-à-dire de ne pas la mégenrer. Cela pourrait constituer une violence en son égard, surtout que c'est une des formes de discriminations qui est le plus subi dans cette population (Gomez et al., 2021). A contrario en respectant cette identité nous validons l'expérience du patient qui est un moyen très puissant de connecter avec lui (Miciak et al., 2019). Sur une PEC de patients TG, le thérapeute devra redoubler d'attention et d'absence de jugement envers son patient. La littérature au même titre que les MK avancent devoir un soutien inconditionnel à leur patient en ne recréant pas le doute sur la TI (Harmon & Donohue, 2018). Enfin, fait que je n'ai pas retrouvé de manière explicite dans la littérature est le fait d'avoir besoin de plus expliquer pendant les bilans ce qu'on fait et pourquoi on le fait par rapport à une personne cis. D'après le MK 6 les patients se sentiraient objectisés. C'est le seul entretien dans lequel cette notion sort. Les autres MK ont tendance à toujours expliquer ce qu'ils font pendant leurs bilans, notamment en pelvi-périnéologie.

## 4.2 Un patient au même titre que les autres

L'entièreté des MK interrogés s'accordent sur une notion de l'AT qui est de relayé tous les patients au même pied d'égalité. C'est-à-dire ne pas faire la différence entre un patient transgenre et un cisgenre. Nous l'avons vu à travers de nombreux moyens évoqués dans le thème II qui sont applicables à de nombreux patients (Society for Adolescent Health and Medicine, 2020). Le MK va devoir inclure le patient, le mettre dans le bain comme tous les autres patients. Le tout est de faire ressentir au patient qu'on le met au même titre que les autres, qu'il n'y a pas de stigmatisation. La discrimination ne sera ni négative, ni positive (Selvaggi & Giordano, 2014).

## 4.3 Quelle formation et compétence du MK pour la PEC du patient TG ?

La compétence culturelle est composée de 4 versants. Au travers des entretiens trois versants ont été abordé : la conscience, la connaissance et la sensibilité culturelle. Le MK doit apprendre à se connaître personnellement : ses représentations personnelles, ses constructions individuelles et collectives. Ces schémas ont un réel impact sur la PEC des patients TG (Harmon & Donohue, 2018). Le fait d'effectuer ce travail de déconstruction va permettre au MK de rester honnête, d'anticiper ses réactions en mettant de côté les premières pensées qui peuvent être stigmatisantes.

La connaissance culturelle consiste à avoir une connaissance des enjeux auxquels les patients font face. Cette connaissance est importante car elle permet de légitimer l'expérience du patient en reconnaissant les problèmes uniques auxquels ils sont confrontés dans le système de santé (Baldwin et al., 2018).

Enfin, la sensibilité culturelle est la capacité à comprendre les comportements culturels, les valeurs, croyances d'une population, de l'accepter et de les considérer pour augmenter la qualité et contribuer à éliminer les obstacles du soin (O'Shaughnessy & Tilki, 2007). Dans notre cas, la sensibilité culturelle comme moyen se traduit par un MK qui va connaître, comprendre et accepter toute la toile de fond avec laquelle arrive le patient.

La grande majorité des MK ont avancé que nous ne sommes pas assez formés à ce genre de thématique en formation initiale. La plupart évoquent avoir besoin de plus de savoir relatifs à la TI pour prendre en charge qualitativement cette population. Cependant, l'apport de ces connaissances est jugé plus pertinente dans un parcours en dehors IFMK « pas forcément

l'intérêt de proposer ça en école de kiné » (MK 4). Ce dernier estime que c'est une « hyperspécialisation » si nous tenions à faire cette formation. En outre, ce que les MK estiment important et pertinent ce serait d'avoir un module complémentaire en formation pelvi-périnéologie pour l'abord des patients TG (chirurgies de réassignement de genre, abord psychologique). Si nous prenons du recul, notre formation initiale est très globale. Quelques MK ont proposé des idées pour faciliter la PEC de ces populations. Il s'agit d'un apport éthique et de soin inclusif à travers des cas cliniques diversifiés, inclusif mais également par une pratique de proximité où l'étudiant se retrouvera en situation réelle. Ce sont notamment des notions que nous retrouvons dans la littérature. Une étude a mis des étudiants en étude de santé en situation pratique face des patients TG et cisgenre au hasard afin de challenger leurs savoir-faire. 98% des étudiants reconnaissent ce programme comme compliqué mais important. Ils relatent du fait d'avoir fait des erreurs mais avoir appris de cette expérience, se sentant plus à l'aise le jour où ça arrivera. Ce programme permet aux étudiants de pratiquer, développer leur soft-skills dans un environnement non contraignant (Weingartner et al., 2022). En IFMK, les compétences techniques dispensées sont complètes pour répondre aux besoins du patient. Bien que les hard-skills ne doivent pas être sous-estimées, il a été reconnu que ces compétences ne sont pas suffisantes pour être sûr de réussir une rééducation en MK. Les soft-skills sont nécessaires à l'adaptation des MK à la diversité de profils des patients. De plus, un déficit en compétence non technique (CNT) peut affecter négativement les compétences techniques (CT). Par conséquent, il est nécessaire que les institutions modifient les lignes de leurs programmes de formation pour inclure le développement des CNT en tant qu'élément essentiel de la formation initiale en kinésithérapie.

Il y aura besoin d'une approche intégrée dans le contenu des cours déjà existants tout au long de la formation. De plus, le programme devrait proposer diverses méthodes pédagogiques de CNT telles que des articles spécialisés, des vidéos, des entretiens, des questions de réflexion et des expériences en situation réelle. Un des MK interrogé propose des interventions dans le tissu associatif pour une pratique de proximité. Les auteurs de l'article ont conclu que l'apprentissage par le service, qui implique l'engagement des étudiants dans des projets concrets au sein de la communauté, est l'une des méthodes les plus prometteuses pour favoriser le professionnalisme chez les étudiants en physiothérapie (Girish & Amaravadi, 2022). En effet, elle permet aux étudiants de mettre en pratique leurs CNT dans un environnement réel, ce qui favorise leur

développement et leur prépare à une pratique professionnelle<sup>11</sup> efficace et adaptée aux besoins des patients. Ce sont des savoirs qui ne « s'apprennent pas dans les bouquins » (MK 5)

## VII. DISCUSSION

Dans ce mémoire, l'objectif est d'explorer les moyens de construire une AT avec les patients TG en kinésithérapie libérale en France.

Pour commencer, l'AT est un concept dynamique pouvant être influencé par 3 facteurs : le MK, le patient et l'environnement du soin (Figure 23).

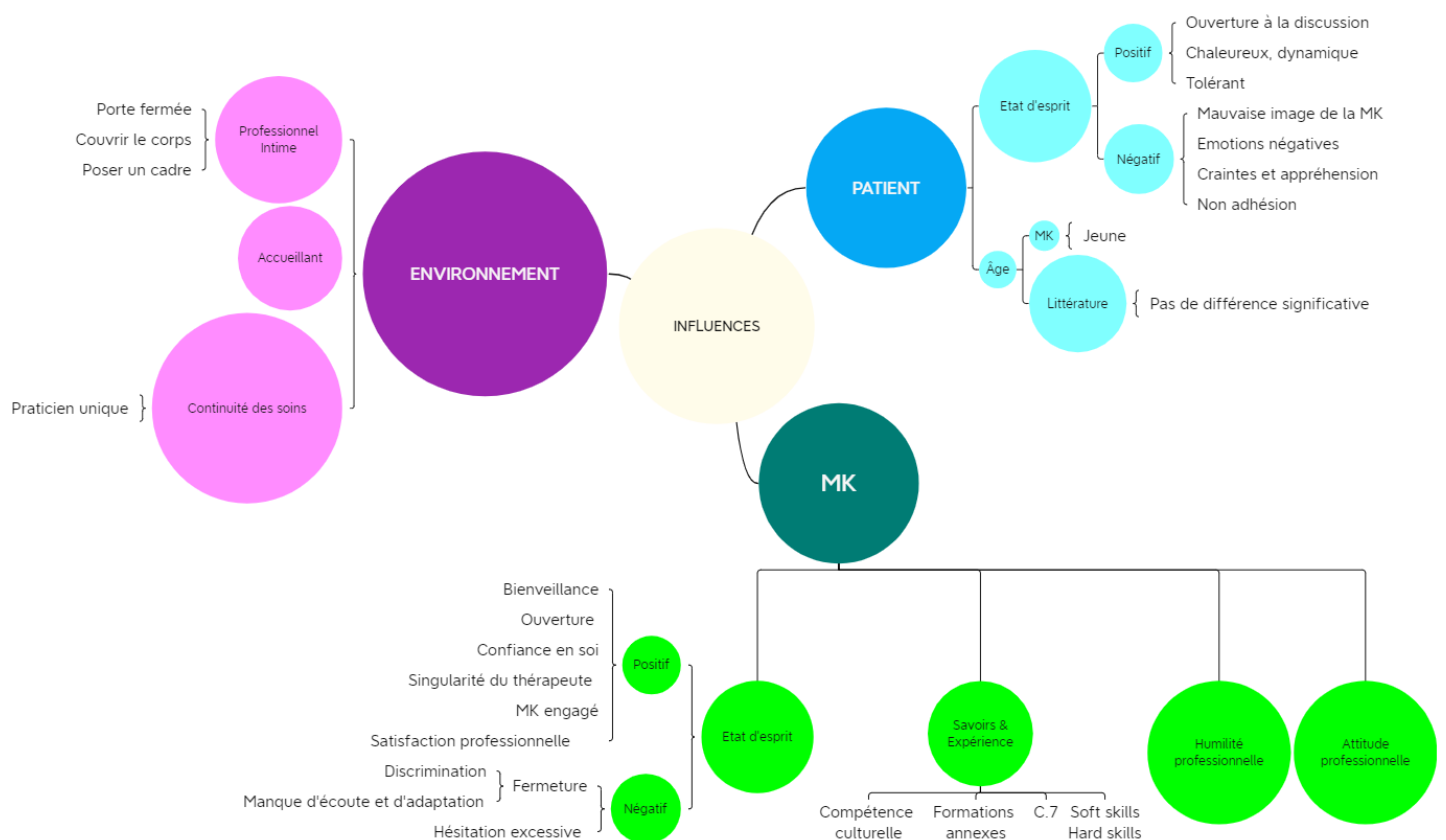


Figure 23 : Facteurs d'influences sur l'AT

Afin de construire cette alliance, plusieurs moyens très généraux pour la kinésithérapie libérale en France, s'offrent aux MK (Figure 24).

<sup>11</sup> Cette méthode encourage le professionnalisme chez les étudiants en physiothérapie. Cependant, il sera nécessaire d'évaluer ce qu'est concrètement le professionnalisme en MK.

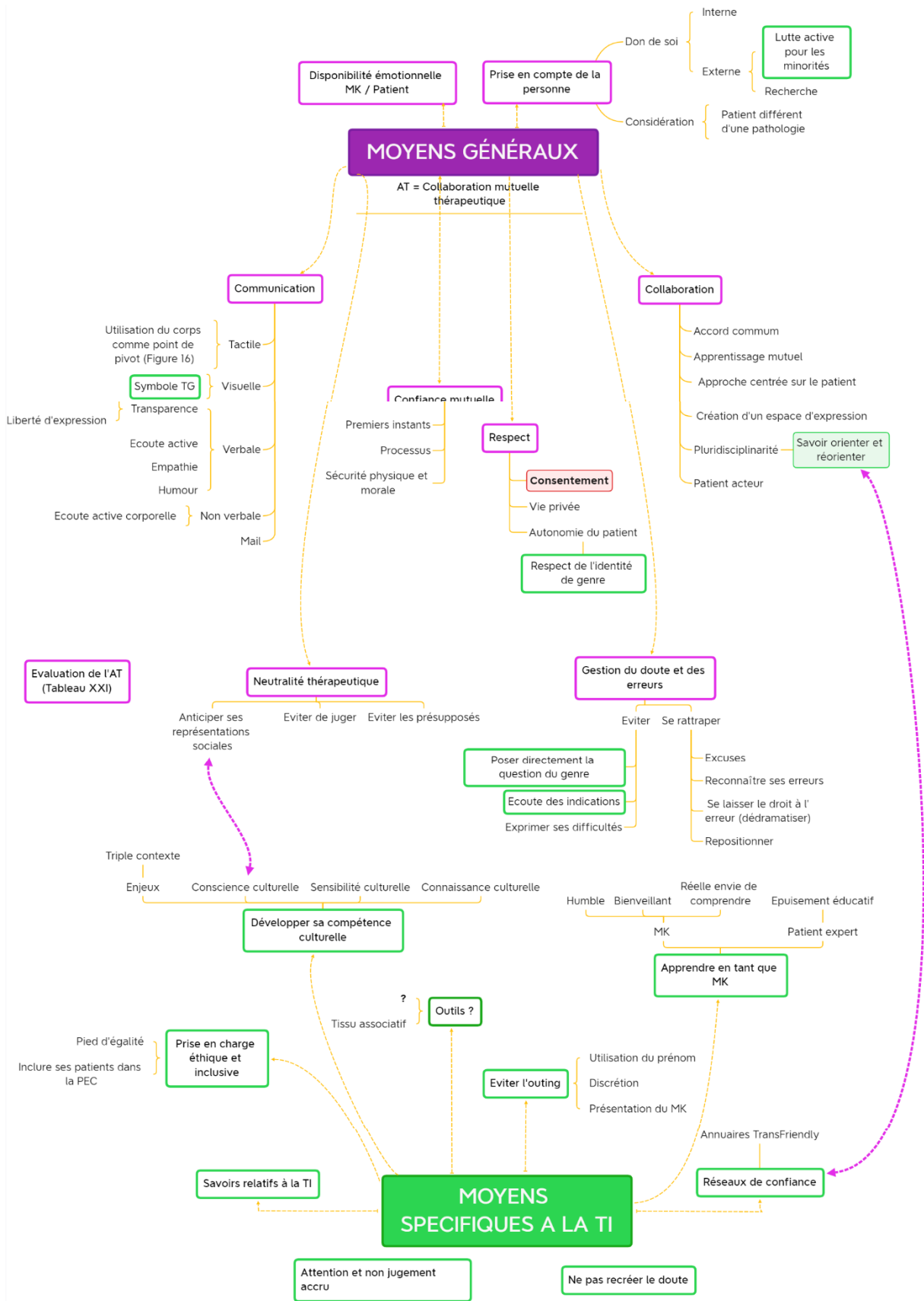


Figure 24 : Schématisation des moyens de créer une AT avec un patient transgenre en kinésithérapie libérale en France

Nos résultats démontrent que la plupart des moyens de créer une AT avec la patientèle transgenre en kinésithérapie libérale en France reprennent tous les codes d'une AT en MK. Une relation de soin réussie sera donc basée sur la communication, une collaboration horizontale, une reconnaissance de la douleur aussi bien physique que psychique du patient, le don de soi, la considération du patient en tant que personne, une confiance mutuelle, le respect, une bonne gestion émotionnelle du MK lui permettant d'être disponible mentalement, une gestion du doute et des erreurs adéquate, une neutralité thérapeutique et l'humour. On y retrouve aussi la notion de concept dynamique car l'AT est influencée par le MK, le patient et l'environnement. D'autre part, nos résultats démontrent une spécificité dans les moyens de créer cette AT dans ce contexte. Une relation thérapeutique réussie avec un patient TG intègre tous les codes de bases en y ajoutant le respect de l'identité de genre - que le MK va pouvoir respecter au plus vite en posant la question directement -, les stratégies pour éviter l'outing, ne pas recréer le doute chez son patient, démontrer une attention et un non jugement accru, proposer une PEC éthique et inclusive en développant notamment sa compétence culturelle. De plus, nous sommes face à une communauté qui va se référer à des réseaux de confiance dont il faudra connaître l'existence et peut-être y être inscrit. Enfin, le moyen spécifique à la MK est la relation au corps qui peut être stressante chez cette population. La dysphorie peut ralentir une rééducation. Ce à quoi, au travers du toucher thérapeutique et d'une capacité d'adaptation, le MK pourra créer un lien solide avec son patient en légitimant sa douleur encore une fois aussi bien physique que psychique et en communiquant son empathie. De façon générale, évaluer le niveau de l'AT donne lieu à un réajustement de la relation de soin pouvant l'optimiser dans le temps.

Dans le cadre de la kinésithérapie libérale en France, la PEC des patients TG est assez similaire à celle des patients cisgenres d'un point de vue éthique, déontologique et de savoir-faire. Il faut tout de même garder à l'esprit que la question de la TI touche à une construction sociale du genre. Cette construction, nous l'avons tous intégrée et imprégnée depuis notre naissance. C'est d'ailleurs ce que nous dit le MK 5 lors de notre échange : « *Il ne faut pas oublier que cette identité est marquée par les représentations sociales, individuelles et collectives* », il évoque aussi la difficulté à se détacher de ses schémas de pensées « *Mais c'est vrai que ce n'est pas facile, même pour moi qui suis quelqu'un qui, sur des années, a été sensibilisé à la question* ».

Dès la naissance, nous sommes assignés à un genre masculin ou féminin, souvent avant même de savoir si nous allons bien ou non. Cette attribution de genre est considérée comme une information primordiale et est présente dans de nombreux aspects de notre vie quotidienne.

Par exemple, lors de la réalisation de documents administratifs, nous sommes souvent d'abord interrogés sur notre genre, avant d'aborder d'autres informations. Cette construction mentale binaire du genre est profondément enracinée dans notre société, et nous avons tendance à nous conformer à cette norme sans même nous en rendre compte.

Dans le contexte des services bancaires, par exemple, il existe des différences dans la manière dont les hommes et les femmes sont traités. Des stéréotypes de genre peuvent influencer les services proposés, tels que des offres de crédit ou d'investissement. Les femmes peuvent être perçues comme moins compétentes sur le plan financier, ce qui peut entraîner des inégalités dans l'accès aux services bancaires et aux opportunités financières (Malavasi & Rossi, 2016).

De façon plus générale, l'être humain est formaté par la pression sociale. Son formatage s'effectue de manière autonome au cours des expériences physiques et émotionnelles qu'il éprouve tout au long de sa vie. A travers des scripts, nous anticipons des réactions, des situations. Bien souvent nos premières pensées sont en lien avec cette construction mentale. C'est en cela que la compétence culturelle en devient pertinente. Elle interroge cette construction en nous demandant de la décortiquer afin de pouvoir prendre du recul sur nos réactions primaires.

La construction sociale du genre a également un impact significatif sur la vie quotidienne des personnes TG. Les attentes sociales, les normes de comportement et les préjugés liés au genre peuvent créer des obstacles pour les personnes TG dans leur accès aux soins de santé, à l'emploi, au logement et à d'autres domaines de la vie. Elles peuvent faire face à des discriminations, des préjugés et des violences, ce qui peut avoir des conséquences négatives sur leur bien-être physique et psychologique.

Le MK 5 apporte une perspective éclairante sur le travail de déconstruction nécessaire. Il souligne l'importance de prendre conscience de nos propres filtres afin de les anticiper et de fournir des soins éthiques, inclusifs et dépourvus de jugement. Cependant, il est essentiel de souligner que la déconstruction et l'anticipation ne signifient pas la suppression totale de ces représentations. En effet, cela serait pratiquement impossible à réaliser et, même si cela était possible, cela perdrait de son intérêt. Ces représentations font partie intégrante de notre identité et de notre construction personnelle. Elles contribuent à nos singularités et à nos caractéristiques intrinsèques, qui, comme nous l'avons vu, jouent un rôle crucial dans l'établissement d'une AT. De plus, l'une des dimensions du don de soi implique une certaine révélation personnelle de la part du MK. Si le MK se présente comme "lisse" ou dépourvu de toute individualité, cela pourrait compromettre l'engagement bilatéral entre les acteurs de la relation de soin, où seul le

patient se dévoile. Tout comme un environnement impersonnel a un impact négatif sur l'AT, un MK impersonnel aurait un effet similaire.

A travers les entretiens, la posture du MK et du patient dans l'apport de connaissances mutuel a été discuté. Nous avons fait face à deux discours sur la posture éducative du patient : d'un côté l'épuisement éducatif, de l'autre un plaisir à partager. La limite réside dans la posture du MK (Tableau XXII).

Tableau XXII : Limites de la place du patient en tant qu'éducateur

<b>POSITION DU PATIENT EDUCATEUR</b>		
	<b>PLAISIR D'ÉCHANGER</b>	<b>ÉPUISEMENT EDUCATIF</b>
<b>Attitude du MK</b>	Bienveillance	Attitude non verbale jugeante
	Besoin de compréhension	Fait exprès de ne pas comprendre
	Intérêt sain	Le patient doit tout le temps se justifier
	Respect de la vie privée	Questions indiscrettes
<b>Influence positive</b>	Echange de connaissances mutuelles	
	Plus-value du MK	

Ensuite, il est à rappeler que chaque thérapeute ne peut s'intéresser à toutes thématiques, notamment à la TI. Nous avons tous nos spécificités, nos centres d'intérêts. Ce serait dépourvu de sens d'imposer à tous de s'engager et dans une moindre mesure de s'intéresser à cette cause. Cela se place au même titre que de vouloir que tous les MK fassent de la pédiatrie. Le tout est de laisser la profession libre de ses choix de par les sensibilités de chacun. Le point à respecter est simplement de mettre des moyens en place, de manière équitable, pour offrir une rééducation éthique, inclusive et professionnelle. Si le MK ne se sent pas capable d'atteindre cet objectif, il se doit de réorienter la personne (LégiFrance, 2022).

Au cours des entretiens, il a été suggéré que les MK ont un rôle dans la visibilité aussi bien des réseaux de confiance que des minorités telles que la TI. Bien entendu, dans les limites des



sensibilités et intérêts de chaque professionnel de santé. C'est un sujet qui pourrait être étudié dans une autre recherche.

Pour finir, une proposition laisse entendre que l'AT, que ce soit sa réussite ou son échec, serait plus du fait du MK que du patient TG. Au vu des résultats de cette étude, il en ressort une grande part de responsabilité de la part du MK. Néanmoins, l'AT est un concept dynamique avec de nombreux facteurs d'influence.

## 1. Intérêts et limites de cette étude

Ce mémoire de recherche s'inscrit dans la continuité des études naissantes concernant la qualité de soin TG en MK.

Nos résultats démontrent que pour créer une AT avec une patientèle TG en MK libérale en France, il faut à la fois se servir de tous les moyens pour une AT en MK décrit dans la littérature en y ajoutant les moyens spécifiques à la TI. Concernant nos hard-skills et soft-skills, la personne TG se place au même niveau qu'une population exposée à l'insécurité que ce soit physique et/ou morale (femme battue, situations précaires, obésité, homosexualité, maladies psychiatriques). Nous pouvons également faire le parallèle avec des pathologies rares que nous ne connaissons pas ou encore des opérations très spécifiques. C'est-à-dire que les compétences techniques et non techniques déployées par le MK seront les mêmes que pour tout le monde. La différence réside dans le contexte de PEC et tout le bagage personnel du patient.

Au travers de nos résultats et au cours de nos entretiens, nous avons vu qu'un MK sans expérience ni connaissance sur la TI pourra créer une AT.

Cette étude avait pour but d'amener des moyens bruts dans cette création spécifique d'AT. Il s'avère qu'elle nous apporte un éclairage plus large en soulevant plusieurs questions pour la suite. Nos résultats amènent tout un contexte de PEC, avec des enjeux à la fois cliniques et sociétales. Ils soulèvent la question de nos capacités de savoir-être sur ce qui sort de notre norme française, en tant que MK. Elle remet en perspective nos schémas de fonctionnement, aussi bien personnels que professionnels, selon nos représentations. L'intérêt de cette étude est d'établir une ébauche de règle de conduite pour la création d'une AT avec une population TG dans la PEC MK libérale en France. Le tout est de proposer des pistes pour améliorer la facilitation de l'accès aux soins des TG. Ces moyens présentent l'avantage d'être déjà intégrés dans nos pratiques quotidiennes de construction d'une AT, ainsi que dans nos principes déontologiques et éthiques. Les quelques pistes données peuvent permettre aux MK de ne pas se sentir démunis

en cas de difficultés. Elles donnent également une petite base de réflexion aux MK souhaitant prendre en charge cette population.

Bien sûr, cette liste n'est pas exhaustive et non généralisable au vu du nombre d'entretiens réalisés (7 MK au total). De plus, le thème IV a été abordé par une toute petite minorité de MK. Néanmoins, elle nous donne tout de même une certaine base à développer.

En recherche qualitative, les critères de validité d'une étude font débat parmi les auteurs. Mucchielli (1996) considère que la validité est fonction de la capacité de produire des résultats ayant "une valeur dans la mesure où ils contribuent de façon significative à mieux comprendre une réalité, un phénomène étudié". Dans le Tableau XXIII (repris de Pelaccia, 2018) sont présentés les critères de scientificité de notre recherche.

Tableau XXIII : Critères de validité de notre étude qualitative

Critère	Définition	Stratégies		
		Principe	Acquis	Non acquis
Crédibilité	Capacité de la recherche à rendre compte de la réalité vécue par les sujets inclus dans l'étude	Triangulation des données et triangulation méthodologique		X
		Soumission du verbatim interprété à l'interviewé		X
		Co-Codage		X
Transférabilité	Possibilité d'appliquer les résultats de la recherche à d'autres contextes que celui dans lequel les données ont été recueillies	Echantillonnage permettant de recruter des sujets aux points de vue variés	X	
		Recherche de la saturation des données		X
		Description approfondie du contexte de recueil des données et des sujets inclus dans l'étude	X	
		Discussion de la façon dont les résultats peuvent enrichir la compréhension d'un phénomène dans des contextes différents, voire la construction d'une théorie	X	
Fiabilité	Caractère indépendant des analyses et interprétations du chercheur par rapport à ses représentations à ses croyances	Triangulation des données et des chercheurs		X
		Exposition des présupposés des chercheurs et de ses liens avec les sujets inclus dans l'étude		X
		Cohérence entre la question de recherche et les résultats	X	
		Caractère explicite de la démarche d'analyse des données	X	

## 2. Critique du dispositif de recherche

### 2.1 Biais liés à l'échantillon : sélection, participation et généralisation

En recherche qualitative, le critère indiquant la fin du recrutement des participants est la saturation des données, c'est-à-dire lorsque les entretiens ne nous apportent plus de nouvelles informations. On peut alors considérer que l'ensemble du phénomène a été abordé (Demers, 2020). Concernant mon étude, j'ai eu certes une concordance sur certains points, mais je n'ai **pas obtenu la saturation de toutes les données**. D'une part, mon échantillon interrogé était trop restreint (7 contre 12 espéré) et d'autre part, l'arrêt des entretiens s'est fait par manque de temps pour les poursuivre. De plus, dans la création de mes thèmes d'analyse, le thème IV a majoritairement été abordé par une petite minorité de MK, renforçant le biais de subjectivité. Si on regarde la sélection de mon échantillon, la majorité de mes MK ont été contacté via un seul réseau de santé TransFriendly (BDDTrans). Bien que mon questionnaire ait été diffusé sur une plateforme de réseaux sociaux, via un réseau interne du RKS en plus d'un recrutement sur le BDDTrans, une recherche sur d'autres réseaux pour diversifier mon panel de MK aurait été pertinente. De plus, seule une minorité de mes MK exercent à la Réunion contre une majorité en métropole ayant toujours exercé là-bas. Bien que le contexte socio-économique ait été peu abordé, c'est une réalité à prendre en compte quand on veut réaliser une étude généralisable à toute la France. **Les résultats obtenus ne sont donc pas généralisables** à tout le territoire. Parmi les critères d'inclusion, j'ai fait le choix de ne sélectionner que les MK ayant au minimum 5 ans d'expérience en kiné libérale et ayant déjà pris en charge un ou plusieurs patients TG avec qui une AT s'est créée. Choix, certes, justifié par une envie de rendre mes résultats les plus fiables mais qui a exclu plusieurs MK volontaires. J'ai potentiellement écarté des expériences plus récentes qui auraient pu être intéressantes. Nous pouvons également aborder le **biais de participation** qui est que l'échantillon peut être biaisé par le fait que les kinés, qui ont accepté de participer, peuvent être différents de ceux qui ont refusé de participer. En voulant sélectionner des MK ayant créée une AT avec des TG, j'ai potentiellement écarté des expériences d'échec qui auraient pu m'apporter un autre regard sur les obstacles à cette AT.

## 2.2 Biais liés au chercheur : chercheuse novice

En tant qu'étudiante, je débute dans la recherche scientifique et ce **manque d'expérience** peut se percevoir sous divers aspects. N'ayant pas pris le temps d'une introspection sur mes **représentations** et **a priori** sur ce sujet jugé récent et quelque peu tabou, j'ai pu d'une façon **inconsciente** influencer les MK lors de mes entretiens ou l'interprétation de mes résultats. De plus, au cours de mes 2 premiers entretiens, ne souhaitant pas induire les réponses des MK je posais des questions assez larges. Les réponses données n'étaient donc pas forcément en lien avec le sujet. Lorsque les MK s'en éloignaient, je ne parvenais pas à recadrer l'entretien. Par la suite j'ai choisi de cibler plus précisément mes questions, pour obtenir des réponses précises sur certains thèmes, tout en faisant mon possible pour rester le plus neutre possible. Je pense y être parvenue la majorité du temps mais j'ai tout de même fait quelques erreurs d'inattention en induisant les réponses. En posant ce cadre, basé sur ma perception de comment répondre à ma question de recherche, j'ai probablement **manqué d'ouverture** sur des éléments autres que les MK auraient pu m'apporter.

## 2.3 Biais liés à la méthodologie et à l'outil

J'ai été **seule** à mener cette étude qualitative, il ne s'agit donc que de mon interprétation des données et je n'ai pas confronté mon point de vue à celui d'un ou plusieurs autres chercheurs. C'est un **biais de subjectivité**. De plus, les résultats n'ont pas été communiqués aux participants, ceux-ci n'ont donc pas évalué la véracité de mes propos. La quasi-totalité de mes entretiens se sont fait en visio-conférence m'enlevant sûrement des notions paraverbaux des MK pouvant s'avérer riches d'informations. À propos de l'outil, ma grille d'entretien est restée relativement stable dès le 3ème entretien. Cependant, en ciblant mes questions j'ai pu trop orienter l'échange sur les sujets que je souhaitais aborder. Cela n'a pas forcément laissé suffisamment d'ouverture aux MK pour s'exprimer et évoquer des éléments nouveaux qui auraient pu m'être utiles. Concernant l'analyse des données brutes, j'ai tout de même fait émerger plusieurs notions mais beaucoup par une très petite portion de MK ayant développé au maximum leurs réponses. Enfin, n'ayant pas fait d'avant-propos à l'introduction de mes entretiens sur l'absence de jugement du chercheur, les réponses peuvent être biaisées par une volonté de réponse **socialement acceptable** de la part du MK.

### 3. Perspectives de recherche

Afin d'améliorer cette étude, il est essentiel de **limiter les biais** identifiés ci-dessus. Tout d'abord, il est recommandé de réaliser un **travail de déconstruction** personnel pour éviter d'influencer inconsciemment les répondants. En ce qui concerne l'influence sur les MK interrogés, il aurait été pertinent de retravailler le guide d'entretien pour **poser moins de questions**, mais qu'elles soient plus **justes**. Bien que je m'y suis appliquée, il aurait été utile de se détacher de l'ordre des questions pour laisser plus de liberté et de fluidité dans les entretiens. À propos de la validité de la méthode, si l'analyse et l'interprétation sont faites par **plusieurs chercheurs**, et que celles-ci sont communiquées aux participants, cela permettrait d'obtenir des résultats plus **objectifs** et non uniquement basés sur la vision d'une seule personne. Ensuite, le **biais de généralisation** peut être limité en prolongeant les entretiens jusqu'à saturation des résultats. Il serait également judicieux de recruter davantage de MK issus d'origines différentes pour **couvrir tout le territoire** français. Les MK interrogés dans cette étude sont majoritairement issus de la métropole, ce qui limite la représentativité géographique et socio-culturelle de l'échantillon souhaité. Enfin, bien que cette étude ait visé à interroger des MK ayant une expertise dans le milieu libéral et étant diplômés depuis au moins cinq ans, elle a peut-être manqué des informations et des expériences importantes. En effet, les générations plus jeunes semblent être de plus en plus sensibilisées à ces thématiques et apportent un autre regard sur la question de recherche. Il aurait été possible d'interroger également des organismes de formation TG tels que le ReST ou OuTrans, dans lesquels des personnes TG sont également formateurs.

## VIII. CONCLUSION DE RECHERCHE

Ce mémoire avait pour objectif de répondre à la question de recherche suivante : *Quels sont les moyens de créer une AT avec les patients TG en kiné libérale en France ?* Les participants à l'étude, MK libéraux exerçant sur l'Île de la Réunion et en Métropole, nous ont permis d'aborder les moyens pour créer cette relation, le cadre de cette PEC ainsi que les besoins de la profession pour œuvrer dans ce sens. Les résultats ne sont certes pas exhaustifs, mais ils amènent la possibilité d'approfondir les recherches sur le sujet de la PEC du patient TG en kinésithérapie dont la posture éthique et de réflexivité est essentielle.

## 1. Perspectives scientifiques

Bien qu'un article sur les besoins et préoccupations du patient TG dans le soin MK ait été publié aux JFK, l'étude menée dans ce mémoire fait partie des premières sur ce sujet en MK libérale en France. Dans la littérature sont retrouvés beaucoup d'articles traitant de la TI d'une part et de l'AT d'autre part. Également, de nombreuses études ont vu le jour ces dernières années sur la discrimination dans le soin TG, sur leurs raisons et comment répondre aux besoins de cette population. Cependant, ces études sont souvent dirigées vers les soins infirmiers et psychologiques. Toutefois, ces études concernent peu la France, touchant un contexte socio-culturel différent.

Pour aller plus loin, une étude conjointe entre les MK et les TG pourrait permettre de mettre en perspective un outil de recommandation pour la PEC des TG dans le milieu de la MK. Cette étude pourrait également aborder la question de la dysphorie de genre, un cas plus spécifique de la TI qui impacte directement le corps, outil principal de notre profession. Enfin, nous pourrions interroger la profession sur sa capacité à appliquer sa compétence culturelle dans le soin.

## 2. Perspectives professionnelles

Cette étude nous offre un nouveau point de vue sur notre formation initiale de masseur-kinésithérapeute en mettant en évidence l'importance de la compétence culturelle dans la pratique de notre profession. Bien que nous soyons formés à la recherche et à l'éthique, une compétence d'analyse de nos pratiques ainsi qu'un code de déontologie, il est apparu que notre formation ne suffit pas pour garantir l'égalité de soins à toutes les populations. Cette recherche a révélé une inégalité de soins qui touche certaines populations, et a proposé des stratégies pour y remédier.

La compétence culturelle ne repose pas sur une connaissance exhaustive de toutes les particularités culturelles, mais plutôt sur la capacité à remettre en question notre propre ethnocentrisme couplé à l'application des principes éthiques. Les cas cliniques en formation pourraient donc être diversifiés pour permettre une prise de conscience de la dimension culturelle chez les étudiants et favoriser des soins plus inclusifs. Ainsi, nous pourrions faire bouger les lignes sans avoir besoin de réformer l'Institut.

En fin de compte, ce mémoire offre davantage une base de réflexion éthique et une prise de conscience de la dimension culturelle qui nous conduit à acquérir une compétence culturelle, plutôt qu'un guide de stratégies très spécifiques pour la création d'une AT avec un patient TG, bien qu'il en présente certaines.

Personnellement, à l'issue de cette recherche, je reconnais que ma compréhension de la TI s'est largement améliorée, bien que je ne sois toujours pas au fait de tous les tenants et aboutissants de cette approche. J'ai conscience que la réalité de la TI se trouve sur le terrain et que sa maîtrise ne s'acquiert pas uniquement à travers les ouvrages théoriques. Comme l'a souligné un des praticiens interrogés, il est nécessaire de passer par une mise en pratique effective. Le tissu associatif est une piste proposée par ce même MK, mais il convient d'explorer d'autres options. Enfin, cette étude a suscité en moi une réflexion sur mes propres représentations personnelles et culturelles. Cette prise de conscience me permettra, dans ma pratique future, d'être plus attentive à mes comportements et de mieux accueillir les différents profils de patients, dans une perspective de qualité de soins accrue.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

J'évolue depuis 5 années dans un Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) ayant une politique exigeante. Ce dernier pousse ses étudiants vers une posture professionnelle qui se veut autonome, responsable et réflexive. Je considère cet IFMK de la Réunion comme un tremplin pour ma pratique future, m'inscrivant dans une dynamique d'ouverture de conscience tout en gardant un esprit critique. Pour ces raisons et d'autres personnelles, j'ai souhaité m'intéresser à une communauté de plus en plus visible ces dernières années : la communauté LGBT et plus précisément Transgenre. C'est en écoutant le podcast de Ben Nevert sur la TI que le sujet de mon mémoire m'est apparu comme une évidence. C'est un sujet d'intérêt très personnel, d'actualité, touchant à des constructions sociales ancrées et induisant une réflexion sur ma posture personnelle mais aussi et surtout professionnelle. Ce sont ces réflexions, ainsi qu'un travail de recherche qui m'ont fait m'intéresser plus particulièrement aux moyens de créer une AT avec le patient transgenre en kinésithérapie libérale en France (DROM-COM et Métropole). En effet, en formation académique, nous abordons les softs-skills et hard-skills en proportion déséquilibrée. Les instituts se focalisent plus sur le savoir-faire plutôt que sur le savoir-être afin de former les étudiants, de façon complète, à répondre aux besoins du patient sur les CT (Girish & Amaravadi, 2022). Or, les deux compétences ne peuvent pas fonctionner de manière isolée. Dans ma formation j'ai le sentiment d'avoir beaucoup abordé le côté biologique du patient, un peu le côté psychologique et d'être face à un manque du point de vue social. C'est en stage que j'ai compris l'intérêt concret de ces deux derniers versants. Le modèle Bio-Psycho-Social du patient est à prendre en compte dans son entièreté au vu de l'impact sur l'AT et la qualité de PEC<sup>12/13</sup>.

D'un point de vue professionnel, ce mémoire m'a permis de comprendre concrètement que le code de déontologie, les principes éthiques et le référentiel de compétence MK sont de vrais outils sur lesquels nous pouvons nous reposer. De plus, à travers cette étude, j'ai constaté que

---

<sup>12</sup> Par exemple, une mère célibataire active ayant deux enfants à charge aura peut-être plus de mal à être observante qu'un sportif de haut niveau préparant une compétition. Ce n'est qu'un exemple basé sur une représentation sociale. Ce n'est en aucun cas généralisable.

<sup>13</sup> Néanmoins, prendre en compte le versant psychosocial ne signifie pas devenir psychologue et/ou assistante sociale. La réflexion ici est de se dire que c'est un facteur d'influence, qu'il peut impacter notre rééducation et qu'il faut savoir réagir face à nos limites. En tant que MK, notre objectif est d'amener le patient vers l'autonomie de sa santé.



le MK est un professionnel en mesure de prendre tous types de patients. Cependant, il doit être à même de se connaître lui en tant qu'individu mais également lui en tant que thérapeute : ses compétences et ses limites. Il se doit de rester humble. Peut-être que le MK serait un meilleur thérapeute si les instituts de formations incluaient plus de visibilités dans les diversités de profils de patients que nous rencontrons. Peut-être que nous serions plus équipés pour prendre le bio-psycho-social de façon réellement complète dans notre PEC. Ce sont des hypothèses qui n'ont aucune valeur sauf de poser la question.

D'un point de vue personnel, ce mémoire m'a fait gagner en confiance. Comme l'assurance que j'ai pu acquérir au fur et à mesure de ces 5 ans et de mes stages, la rédaction de ce mémoire cette dernière année d'étude m'a permis de m'affirmer sur mes choix. Cela m'a donné l'occasion de discuter d'un sujet que j'affectionne avec des MK expérimentés et pour la plupart passionnés. Entendre la version de chacun d'entre eux a ouvert ma vision des soins sur la personne transgenre et m'a rappelé à quel point l'humilité professionnelle était importante. Ces échanges m'ont remis face aux nombreuses façons d'aborder un soin en Kinésithérapie. De même qu'en tant qu'être humain, nous sommes toujours en perpétuelle construction et déconstruction de nos scripts.

Rien n'est acquis.

L'initiation à la recherche, bien qu'elle fût parfois difficilement vécue à cause des incertitudes et de la vaste étendue de la littérature, m'a appris à sélectionner les informations qui me sont utiles, à mener à mon échelle et en autonomie une étude dans son entièreté, et à exposer les résultats obtenus. La réflexion et l'organisation demandées par le mémoire m'ont également fait relativiser sur l'importance accordée à chaque chose.

Je suis donc parvenue à mon but qui était de traiter d'un sujet important pour moi, en apportant des idées qui pourront m'être utiles à moi et je l'espère, aux autres étudiants ou MK qui en auraient besoin. Grâce à ce travail, j'ai évolué dans mes réflexions personnelles et professionnelles, ce qui ne pourrait être que bénéfique pour ma future vie de Kinésithérapeute.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171-185. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.2.171>
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Alodaibi, F., Beneciuk, J., Holmes, R., Kareha, S., Hayes, D., & Fritz, J. (2021). The Relationship of the Therapeutic Alliance to Patient Characteristics and Functional Outcome During an Episode of Physical Therapy Care for Patients With Low Back Pain: An Observational Study. *Physical Therapy*, 101(4), pzab026. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab026>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anadón, M. et Guillemette, F. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive ? *Recherches Qualitatives, Hors Séries* (5), p26-37.
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A-M., Imbert, P., Letrilliart, L. et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone GROUM-F. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *La revue française de médecine générale*, 19 (84), p142-145.
- Baldwin, A., Dodge, B., Schick, V. R., Light, B., Scharrs, P. W., Herbenick, D., & Fortenberry, J. D. (2018). Transgender and Genderqueer Individuals' Experiences with Health Care Providers: What's Working, What's Not, and Where Do We Go from Here? *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 29(4), 1300-1318. <https://doi.org/10.1353/hpu.2018.0097>

- Baribeau, C., & Royer, C. (2013). L'entretien individuel en recherche qualitative : Usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23-45. <https://doi.org/10.7202/1016748ar>
- Baudoux, N., & Bourson, Q. (2021). *Analyse de la place de l'empathie et du toucher comme moyen de communication au sein de l'alliance thérapeutique entre kinésithérapeute et patient atteint de fibromyalgie*. Faculté des sciences de la motricité. Université catholique de Louvain.
- Baudry, J.-F. (2020). Déontologie, care et vertus : L'éthique du soin au vu de l'invisible douceur: *Revue française d'éthique appliquée*, N° 8(2), 129-141. <https://doi.org/10.3917/rfeap.008.0129>
- Beauchamp, T. L., Childress, J. F., & Fisbach, M. (2008). *Les principes de l'éthique biomédicale*. les Belles lettres.
- Blanton, S., Pullen, S., Lieberman, R., & Zajax-Cox, L. (2011). INCREASING CULTURAL COMPETENCY AMONG HEALTHCARE PROVIDERS FOR LESBIAN, GAY, BISEXUAL AND TRANSGENDER INDIVIDUALS: A PILOT PROGRAM. *Physiotherapy*, 97, eS1416-eS1638. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2011.04.003>
- Boudrahem, S., & Morel-Lab, V. (2021). Conduite éthique de la relation en masso-kinésithérapie dans le respect du droit. *Kinésithérapie, la Revue*, 21(230), 51-57. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2020.11.013>
- Bristowe, K., Hodson, M., Wee, B., Almack, K., Johnson, K., Daveson, B. A., Koffman, J., McEnhill, L., & Harding, R. (2018). Recommendations to reduce inequalities for LGBT people facing advanced illness : ACCESSCare national qualitative interview study. *Palliative Medicine*, 32(1), 23-35. <https://doi.org/10.1177/0269216317705102>

- Brun-Cottan, N., McMillian, D., & Hastings, J. (2020). Defending the art of physical therapy : Expanding inquiry and crafting culture in support of therapeutic alliance. *Physiotherapy Theory and Practice*, 36(6), 669-678. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1492656>
- Bull, M. S., Rebecca. (2006). *Psychotherapy with HIV+, lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals : A survey examining the therapeutic alliance and therapist characteristics*. unav.
- Butler, M., McCreedy, E., Schwer, N., Burgess, D., Call, K., Przedworski, J., Rosser, S., Larson, S., Allen, M., Fu, S., & Kane, R. L. (2016). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations. In *Improving Cultural Competence to Reduce Health Disparities [Internet]*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361118/>
- Colin, E. (2015). Clinical Care for Transgender Women. *Where Reflection And Practice Meet*, 14, 13. [https://www.academia.edu/download/55674099/Praxis\\_Volume\\_14.pdf](https://www.academia.edu/download/55674099/Praxis_Volume_14.pdf)
- Caillol, M., Le Coz, P., Aubry, R., & Bréchat, P.-H. (2011). Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques: *Santé Publique*, Vol. 22(6), 625-636. <https://doi.org/10.3917/spub.106.0625>
- Chong, L. S. H., Kerklaan, J., Clarke, S., Kohn, M., Baumgart, A., Guha, C., Tunnicliffe, D. J., Hanson, C. S., Craig, J. C., & Tong, A. (2021). Experiences and Perspectives of Transgender Youths in Accessing Health Care : A Systematic Review. *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1159. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2061>
- Combessie, J.-C. (2007). *La méthode en sociologie: La Découverte*. <https://doi.org/10.3917/dec.combe.2007.01>
- CNRTL. (2012). *TRAVESTIE : Définition de TRAVESTIE*. <https://www.cnrtl.fr/definition/travestie>
- Dekeuwer, C., Chvetzoff, R., Clouzeau, C., & Kopp, N. (2011). Réflexion éthique et institutionnalisation de l'éthique. *Éthique & Santé*, 8(3), 125-131. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2010.10.004>

- Craquelin, M., Delfosse, C., Idoux, J., Trentesaux, T., & Marquillier, T. (2023). Le discours du soignant sur la relation de soin, vers un impact positif? Une revue de la littérature. *Éthique & Santé*, 20(1), 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2022.09.006>
- Crepeau & Blesedell. (2016). "I need someone to keep an eye on me:" the power of attention in patient-practitioner interactions. *Disability and Rehabilitation*, 38(24), 2419-2427. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1129443>
- Davies, S. (2007). *Challenging Gender Norms : Five Genders among Bugis in Indonesia*. Gale Cengage. <https://research.monash.edu/en/publications/challenging-gender-norms-five-genders-among-bugis-in-indonesia>
- De Ketele, J-M. et Roegiers, X. (1996), *Méthodologie du recueil d'informations. Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents. Méthodes en sciences humaines*. 3e édition, Paris : De Boeck Université.
- Défenseurs des droits - République Française (Éd.). (2019, 7 janvier). *Discriminations et accès aux soins*. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/discriminations-et-acces-aux-soins/>
- Del Giacco, L., Anguera, M. T., & Salcuni, S. (2020). The Action of Verbal and Non-verbal Communication in the Therapeutic Alliance Construction : A Mixed Methods Approach to Assess the Initial Interactions With Depressed Patients. *Frontiers in Psychology*, 11, 234. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00234>
- Demony, A. (2016). La recherche qualitative : Introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie, la Revue*, 16(180), 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.004>
- Deslauriers, J.-P. (1987). L'analyse en recherche qualitative. *Cahiers de recherche sociologique*, 5(2), 145. <https://doi.org/10.7202/1002031ar>
- DILCRAH & TRANSAT. (2021). Comprendre les transidentités : Un guide à l'usage des personnes cis-genres. *dilcrah.fr*. Consulté le 1 mai 2023, à l'adresse

[https://www.dilcrah.fr/wp-content/uploads/2022/02/GUIDE\\_COMPRENDRE-LES-TRANSIDENTITES-TRANSAT-NUMERIQUE-27-12-2021.pdf](https://www.dilcrah.fr/wp-content/uploads/2022/02/GUIDE_COMPRENDRE-LES-TRANSIDENTITES-TRANSAT-NUMERIQUE-27-12-2021.pdf)

- Dolan, I. J., Strauss, P., Winter, S., & Lin, A. (2020). Misgendering and experiences of stigma in health care settings for transgender people. *Medical Journal of Australia*, 212(4), 150. <https://doi.org/10.5694/mja2.50497>
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance : An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167-1187. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.04.002>
- Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S., & Nieder, T. O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare : A non-clinical online survey. *PLOS ONE*, 12(8), e0183014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183014>
- Fayn, M.-G., Des Garets, V., & Rivière, A. (2017). Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient: *Recherches en Sciences de Gestion*, N° 119(2), 55-73. <https://doi.org/10.3917/resg.119.0055>
- FNEK & ODMK. (2019). REFERENTIEL DE COMPETENCES. *FNEK*. Consulté le 1 mai 2023, à l'adresse <http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2019/12/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-comp%C3%A9tences.pdf>
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27(4), 623-641. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(96\)80047-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80047-5)
- Gard, G., & Gyllensten, A. L. (2000). The Importance of Emotions in Physiotherapeutic Practice. *Physical Therapy Reviews*, 5(3), 155-160. <https://doi.org/10.1179/ptr.2000.5.3.155>

- Gaskins, L. C., & McClain, C. R. (2021). Visible name changes promote inequity for transgender researchers. *PLOS Biology*, *19*(3), e3001104. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.3001104>
- Girish, S., & Amaravadi, S. K. (2022). Guest Editorial : Acquiring Soft Skills for Physiotherapy and Its Professional Competencies Evaluation. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*, *34*(3), v-vii. <https://doi.org/10.1615/CritRevPhysRehabilMed.2022045246>
- Gomez, A. M., Hooker, N., Olip-Booth, R., Woerner, P., & Ratliff, G. A. (2021). “It’s Being Compassionate, Not Making Assumptions” : Transmasculine and Nonbinary Young Adults’ Experiences of “Women’s” Health Care Settings. *Women’s Health Issues*, *31*(4), 324-331. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2021.02.008>
- Gómez Jiménez, F. R., Court, L., & Vasey, P. L. (2020). A Retrospective Study of Childhood Sex-Typed Behavior in Istmo Zapotec Men, Women, and Muxes. *Archives of Sexual Behavior*, *49*(2), 467-477. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01544-6>
- Gonzales, G., & Henning-Smith, C. (2017). Barriers to Care Among Transgender and Gender Nonconforming Adults : Barriers to Care Among Transgender and GNC Adults. *The Milbank Quarterly*, *95*(4), 726-748. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12297>
- Gyllensten, A. L., Hansson, L., & Ekdahl, C. (2003). Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, *7*(3), 173-183. [https://doi.org/10.1016/S1360-8592\(02\)00068-2](https://doi.org/10.1016/S1360-8592(02)00068-2)
- Grant, J., Motter, L. A., JD, & Tanis, J. D. (2011). Injustice at Every Turn : A Report of the National Transgender Discrimination Survey. *Sociology*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Injustice-at-Every-Turn%3A-A-Report-of-the-National-Grant-Motter/0d2215528d2687e79db63a5381580de92d383090>

- Gobeil, S. (2020, 9 juillet). *The therapeutic alliance : a must for clinical practice*.  
<https://corpus.ulaval.ca/entities/publication/0b217abd-06dd-4a49-9381-99283c4b25fa>
- Haas, J. S., Cook, E. F., Puopolo, A. L., Burstin, H. R., Cleary, P. D., & Brennan, T. A. (2000).  
 Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction?  
*Journal of General Internal Medicine*, 15(2), 122-128. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.02219.x>
- Hann, M., Ivester, R., & Denton, G. D. (2017). *Ethical Issues in the Care of Transgender Patients*. 2.
- Harman, K., MacRae, M., Vallis, M., & Bassett, R. (2014). Working with People to Make Changes : A Behavioural Change Approach Used in Chronic Low Back Pain Rehabilitation. *Physiotherapy Canada*, 66(1), 82-90. <https://doi.org/10.3138/ptc.2012-56BC>
- Harmon, K., & Donohue, G. (2018). ‘Not Becoming Mother’ : A Phenomenological Exploration of the Therapeutic Relationship with Transgender Clients. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(1), 53-58. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1395932>
- HAS. (2023). *Parcours de transition des personnes transgenres*.
- Haynes, A., Sherrington, C., Ramsay, E., Kirkham, C., Manning, S., Wallbank, G., Hassett, L., & Tiedemann, A. (2022). “Sharing Success with Someone” : Building therapeutic alliance in physiotherapist-delivered physical activity coaching for healthy aging. *Physiotherapy Theory and Practice*, 38(13), 2771-2787. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1946872>
- Hennebo, N. (2009). Guide du bon usage de l’analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. Repéré à [https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources\\_utiles\\_pour\\_recherche/guide\\_theorisation\\_ancree.pdf](https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utiles_pour_recherche/guide_theorisation_ancree.pdf)



- Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. *APA PsychNet*. <http://psycnet.apa.org/record/1994-97518-003>
- Hiller, A., Delany, C., & Guillemin, M. (2015). The communicative power of touch in the patient–physiotherapist interaction. *Physiotherapy*, *101*, e565-e566. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2015.03.3383>
- Horton, J. (2002). Principles of biomedical ethics. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, *96*(1), 107. [https://doi.org/10.1016/S0035-9203\(02\)90265-8](https://doi.org/10.1016/S0035-9203(02)90265-8)
- Husserl, E. (1999). *The Idea of Phenomenology*. Springer Science & Business Media.
- Human Rights Campaign. (2003). *Glossary of Terms*. Human Rights Campaign. <https://www.hrc.org/resources/glossary-of-terms>
- Imbert, G. (2010). L’entretien semi-directif: À la frontière de la santé publique et de l’anthropologie: *Recherche en soins infirmiers*, *N° 102*(3), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- Intissar, S., & Rabe, C. (2015). Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d’analyse : La théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d’analyse qualitative de Miles et Huberman et l’analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, *1*(3), 161-168. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2015.07.002>
- Johansson, P., Oléni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care : A literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *16*(4), 337-344. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00094.x>
- Jünger, S., Payne, S. A., Brine, J., Radbruch, L., & Brearley, S. G. (2017). Guidance on Conducting and REporting DElphi Studies (CREDES) in palliative care : Recommendations based on a methodological systematic review. *Palliative Medicine*, *31*(8), 684-706. <https://doi.org/10.1177/0269216317690685>

- Kcomt, L. (2019). Profound health-care discrimination experienced by transgender people : Rapid systematic review. *Social Work in Health Care*, 58(2), 201-219. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1532941>
- Kim, E., Mukerji, S., Debryn, D., Price, R., Streed, C., & Nozari, A. (2022). Oxygen desaturation in a transgender man : Initial concerns and recommendations regarding the practice of chest binding: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 16(1), 333. <https://doi.org/10.1186/s13256-022-03527-z>
- Kivlighan, D. M., Marmarosh, C. L., & Hilsenroth, M. J. (2014). Client and therapist therapeutic alliance, session evaluation, and client reliable change : A moderated actor–partner interdependence model. *Journal of Counseling Psychology*, 61(1), 15-23. <https://doi.org/10.1037/a0034939>
- Knutson, D., Koch, J. M., & Goldbach, C. (2019). Recommended terminology, pronouns, and documentation for work with transgender and non-binary populations. *Practice Innovations*, 4(4), 214-224. <https://doi.org/10.1037/pri0000098>
- Le Marec, F. (2007). Morale, éthique et déontologie en kinésithérapie, tentatives de définition. *Kinésithérapie, la Revue*, 7(64), 43-46. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(07\)70374-1](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(07)70374-1)
- Leclercq, I. (2019). La bienveillance et l’alliance thérapeutique font-elles partie du traitement de kinésithérapie ? *Kinésithérapie, la Revue*, 19(216), 1. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.10.009>
- Article 1—Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l’annexe figurant à l’article D. 322-1 du code de la sécurité sociale relative aux critères médicaux utilisés pour la définition de l’affection de longue durée « affections psychiatriques de longue durée »—Légifrance, (2010) (testimony of LégiFrance).*

[https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000021801918?r=vpzetPST9z](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000021801918?r=vpzetPST9z)

LégiFrance. (2022). *Section 1 : Des discriminations (Articles 225-1 à 225-4)*—Légifrance [Site gouvernemental Français]. LégiFrance.  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006165298?init=true&nomCode=M94xeQ%3D%3D&page=1&query=Article+225-1&searchField=ALL&tab\\_selection=code&anchor=LEGIARTI000045391831#LEGIARTI000045391831](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006165298?init=true&nomCode=M94xeQ%3D%3D&page=1&query=Article+225-1&searchField=ALL&tab_selection=code&anchor=LEGIARTI000045391831#LEGIARTI000045391831)

Lemma, A., & Savulescu, J. (2021). To be, or not to be ? The role of the unconscious in transgender transitioning : identity, autonomy and well-being. *Journal of Medical Ethics*, 49(1), 65-72. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107397>

Lee, A., & Kanji, Z. (2017). Queering the health care system : Experiences of the lesbian, gay, bisexual, transgender community. *The Canadian Journal of Dental Hygiene*, 2, 51. <https://files.cdha.ca/profession/journal/2259.pdf>

Lev, A. I. (2013). Gender Dysphoria : Two Steps Forward, One Step Back. *Clinical Social Work Journal*, 41(3), 288-296. <https://doi.org/10.1007/s10615-013-0447-0>

Livian, Y. (2015). Initiation à la méthodologie de recherche en SHS : réussir son mémoire ou sa thèse. Repéré à <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01102083>

Lynch, K. A., Austria, M. D., Le, T., Walters, C. B., Vickers, A., Roche, K. L., Atkinson, T. M., & Carlsson, S. V. (2023). Suggestions for modifications to the Female Sexual Function Index based on cognitive interviews with sexual and gender minority individuals and cisgender, heterosexual persons. *The Journal of Sexual Medicine*, qdad042. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad042>

- MacAllister, L., Zimring, C., & Ryherd, E. (2016). Environmental Variables That Influence Patient Satisfaction : A Review of the Literature. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 10(1), 155-169. <https://doi.org/10.1177/1937586716660825>
- Malavasi, R., & Rossi, S. P. S. (Éds.). (2016). *Financial Crisis, Bank Behaviour and Credit Crunch* (1st ed. 2016). Springer International Publishing : Imprint: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-17413-6>
- Mazzetti, M., & Blondel, A. (2016). Apprendre aux trainees à faire des erreurs: *Actualités en analyse transactionnelle*, n° 156(4), 6-24. <https://doi.org/10.3917/aatc.156.0006>
- McCabe, E., Miciak, M., Roduta Roberts, M., Sun, H. (Linda), Kleiner, M. J., Holt, C. J., & Gross, D. P. (2022). Development of the Physiotherapy Therapeutic Relationship Measure. *European Journal of Physiotherapy*, 24(5), 287-296. <https://doi.org/10.1080/21679169.2020.1868572>
- McFadden, C. (2020). Discrimination Against Transgender Employees and Jobseekers. In K. F. Zimmermann (Éd.), *Handbook of Labor, Human Resources and Population Economics* (p. 1-14). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-57365-6\\_35-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-57365-6_35-1)
- MAURY, J. (2021). Le Parcours de Soins des Patients Trans : Entre Théorie et Réalité. *Faculté de Pharmacie de Lille*. [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Pharma/2021/2021LILUE062.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Pharma/2021/2021LILUE062.pdf)
- Martin, A., & Hupin, A. (2018). Analyse de la communication non-verbale : Recensement des outils codant la communication non-verbale dans le domaine médical. *Digital Master Theses*. Consulté le 19 avril 2023, à l'adresse <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/en/object/thesis%3A13693>

- McParlin, Z., Cerritelli, F., Friston, K. J., & Esteves, J. E. (2022). Therapeutic Alliance as Active Inference : The Role of Therapeutic Touch and Synchrony. *Frontiers in Psychology, 13*, 783694. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.783694>
- Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A. S., & Gross, D. P. (2019). A framework for establishing connections in physiotherapy practice. *Physiotherapy Theory and Practice, 35*(1), 40-56. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1434707>
- Mocarski, R., King, R., Butler, S., Holt, N. R., Huit, T. Z., Hope, D. A., Meyer, H. M., & Woodruff, N. (2019). The Rise of Transgender and Gender Diverse Representation in the Media : Impacts on the Population. *Communication, Culture and Critique, 12*(3), 416-433. <https://doi.org/10.1093/ccc/tcz031>
- Moquet-Anger, M.-L., Cordonnier, M., & Goujon, J.-F. (1996). Éthique et Code de déontologie médicale. *Revue juridique de l'Ouest, 9*(1), 75-86. <https://doi.org/10.3406/juro.1996.2272>
- Moncrieff, M., & Lienard, P. (2017). A Natural History of the Drag Queen Phenomenon. *Evolutionary Psychology, 15*(2), 1474704917707591. <https://doi.org/10.1177/1474704917707591>
- Mucchielli, A. (1996). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Colin, Paris. 275p.
- Muriel, D. (2022). *Parcours de transition des personnes transgenres*. 19.
- Nguyen, P. V., Naleppa, M., & Lopez, Y. (2021). Cultural competence and cultural humility : A complete practice. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work, 30*(3), 273-281. <https://doi.org/10.1080/15313204.2020.1753617>
- Nicolas de Chanaud. (s.d.). L'analyse en recherche qualitative. Repéré à <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quali/#gtm>
- Mouté, P. B. (2009). CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES LIEES A L'ETHIQUE DES SOINS ET A LA DEONTOLOGIE MEDICALE CHEZ LES

- Nolan, I. T., Kuhner, C. J., & Dy, G. W. (2019). Demographic and temporal trends in transgender identities and gender confirming surgery. *Translational Andrology and Urology*, 8(3), 184-190. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.04.09>
- O’Cathain, A., Murphy, E., & Nicholl, J. (2007). Why, and how, mixed methods research is undertaken in health services research in England : A mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 7(1), 85. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-85>
- ODMK. (2022). *Code de déontologie*. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Consulté le 1 mai 2023, à l’adresse <https://www.ordremk.fr/code-de-deontologie/>
- O’Shaughnessy, D. F., & Tilki, M. (2007). Cultural competency in physiotherapy : A model for training. *Physiotherapy*, 93(1), 69-77. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2006.07.001>
- Patel, D. P., Goodwin, I. A., Acar, O., Kocjancic, E., & Hotaling, J. M. (2021). Masculinizing gender-affirming surgery for trans men and non-binary individuals : What you should know. *Fertility and Sterility*, 116(4), 924-930. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.07.004>
- Pinto, R. Z., Ferreira, M. L., Oliveira, V. C., Franco, M. R., Adams, R., Maher, C. G., & Ferreira, P. H. (2012). Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance : A systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 58(2), 77-87. [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(12\)70087-5](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70087-5)
- Pope, C., & Mays, N. (1995). Qualitative Research : Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*, 311(6996), 42-45. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6996.42>
- Posadzki, P., & Parekh, S. (2009). Yoga and physiotherapy : A speculative review and conceptual synthesis. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, 15(1), 66-72. <https://doi.org/10.1007/s11655-009-0066-0>

- Primeau, C. A., Vader, K., Philpott, H. T., & Xiong, Y. (2022). La nécessité d'insister davantage sur la santé LGBTQI2SA+ chez les physiothérapeutes au Canada. *Physiotherapy Canada*, 74(2), 121-125. <https://doi.org/10.3138/ptc-2021-0107-gef>
- Puckett, J. A., Aboussouan, A. B., Ralston, A. L., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2023). Systems of cissexism and the daily production of stress for transgender and gender diverse people. *International Journal of Transgender Health*, 24(1), 113-126. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1937437>
- Révah-Lévy, A., & Verneuil, L. (2016). *Docteur, écoutez !*
- Rivera, A. P., Maisto, S. A., Connors, G. J., & Schlauch, R. C. (2023). Therapists' first impression of treatment motivation moderates the relationship between the client-rated therapeutic alliance and drinking outcomes during treatment. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 47(4), 806-821. <https://doi.org/10.1111/acer.15040>
- Robertson, K. (2005). Active listening: More than just paying attention. *Australian Family Physician*, 34(12), 1053-1055.
- Ross, M. H., & Setchell, J. (2019). People who identify as LGBTIQ+ can experience assumptions, discomfort, some discrimination, and a lack of knowledge while attending physiotherapy: A survey. *Journal of Physiotherapy*, 65(2), 99-105. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.02.002>
- Safer, J. D., & Tangpricha, V. (2019). Care of Transgender Persons. *New England Journal of Medicine*, 381(25), 2451-2460. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1903650>
- Scott, J. G., Sochalski, J., & Aiken, L. (1999). Review of Magnet Hospital Research Findings and Implications for Professional Nursing Practice. *The Journal of Nursing Administration (JONA)*. [https://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/1999/01000/Review\\_of\\_Magnet\\_Hospital\\_Research\\_\\_Findings\\_and.3.aspx](https://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/1999/01000/Review_of_Magnet_Hospital_Research__Findings_and.3.aspx)

- Selvaggi, G., & Giordano, S. (2014). The Role of Mental Health Professionals in Gender Reassignment Surgeries : Unjust Discrimination or Responsible Care? *Aesthetic Plastic Surgery*, 38(6), 1177-1183. <https://doi.org/10.1007/s00266-014-0409-0>
- Society for Adolescent Health and Medicine (Éd.). (2020). Promoting Health Equality and Nondiscrimination for Transgender and Gender-Diverse Youth. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 761-765. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.016>
- SOS Homophobie. (2022). Rapport LGBTIphobies. *SOS Homophobie*. Consulté le 19 mai 2023, à l'adresse <https://www.sos-homophobie.org/informer/rapport-annuel-lgbtiphobies>
- Søndenå, P., Dalusio-King, G., & Hebron, C. (2020). Conceptualisation of the therapeutic alliance in physiotherapy : Is it adequate? *Musculoskeletal Science and Practice*, 46, 102131. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2020.102131>
- Sundus, A., Shahzad, S., & Younas, A. (2021). Ethical and culturally competent care of transgender patients : A scoping review. *Nursing Ethics*, 28(6), 1041-1060. <https://doi.org/10.1177/0969733020988307>
- Tschuschke, V., Koemeda-Lutz, M., Von Wyl, A., Cramer, A., & Schulthess, P. (2020). The Impact of Patients' and Therapists' Views of the Therapeutic Alliance on Treatment Outcome in Psychotherapy. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 208(1), 56-64. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001111>
- Valentine, S. E., & Shepherd, J. C. (2018). A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clinical Psychology Review*, 66, 24-38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.003>
- Valot, L., & Lalau, J.-D. (2020). L'alliance thérapeutique. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 14(8), 761-767. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2020.09.005>



- Varkey, B. (2021). Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Medical Principles and Practice*, 30(1), 17-28. <https://doi.org/10.1159/000509119>
- Vasquez & Melba. (2007). Cultural difference and the therapeutic alliance : An evidence-based analysis. *American Psychologist*, 62(8), 878-885. <https://doi.org/10.1037/0003-0>
- Vilanova, J. (2013). Morale, éthique et droit : Une nécessaire distinction Ethique médicale.66X.62.8.878
- Velter, A. (2021). *ENCORE TROP PEU D'ÉTUDES FRANÇAISES RENDENT COMPTE DE LA TRANSPHOBIE ET DE SES CONSÉQUENCES EN SANTÉ PUBLIQUE / TOO FEW STUDIES REPORT ON TRANSPHOBIA AND ITS IMPACTS ON PUBLIC HEALTH. 2.*
- Vupputuri, S., Daugherty, S., Yu, K., Truong, C., Wells, A., & Emanuel, E. W. (2021). The Quality of Care of Transgender and Gender Nonconforming Patients : The Provider Perspective. *The Permanente Journal*, 25(1), 1-1. <https://doi.org/10.7812/TPP/19.227>
- Walch, A., Davidge-Pitts, C., Safer, J. D., Lopez, X., Tangpricha, V., & Iwamoto, S. J. (2021). Proper Care of Transgender and Gender Diverse Persons in the Setting of Proposed Discrimination : A Policy Perspective\*. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(2), 305-308. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa816>
- Weingartner, L., Noonan, E. J., Bohnert, C., Potter, J., Shaw, M. A., & Holthouser, A. (2022). Gender-Affirming Care With Transgender and Genderqueer Patients : A Standardized Patient Case. *MedEdPORTAL*, 11249. [https://doi.org/10.15766/mep\\_2374-8265.11249](https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11249)
- Westra, H. A., Aviram, A., Connors, L., Kertes, A., & Ahmed, M. (2012). Therapist emotional reactions and client resistance in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy*, 49(2), 163-172. <https://doi.org/10.1037/a0023200>

- Whitman, C. N., & Han, H. (2017). Clinician competencies : Strengths and limitations for work with transgender and gender non-conforming (TGNC) clients. *International Journal of Transgenderism*, 18(2), 154-171. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1249818>
- Wiederholt, J. B., & Wiederholt, P. A. (1997). *The Patient : Our Teacher and Friend*. 61.
- Wilson, S., Chaloner, N., Osborn, M., & Gauntlett-Gilbert, J. (2017). Psychologically informed physiotherapy for chronic pain : Patient experiences of treatment and therapeutic process. *Physiotherapy*, 103(1), 98-105. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2015.11.005>
- Wustefeld, A.-C. (2018). *La communication en kinésithérapie : Clés pour une alliance thérapeutique optimale*.
- Zimman, L. (2009). Other kind of coming out : Transgender people and the coming out narrative genre. *Gender and Language*, 3(1), 53-80. <https://doi.org/10.1558/genl.v3i1.53>
- Zucker, K. J. (2015). The DSM-5 Diagnostic Criteria for Gender Dysphoria. In C. Trombetta, G. Liguori, & M. Bertolotto (Éds.), *Management of Gender Dysphoria* (p. 33-37). Springer Milan. [https://doi.org/10.1007/978-88-470-5696-1\\_4](https://doi.org/10.1007/978-88-470-5696-1_4)
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Marshall, M., & Bagby, M. R. (2007). Autonomous motivation for therapy : A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 17(2), 137-147. <https://doi.org/10.1080/10503300600919380>

## SOMMAIRE DES ANNEXES

<b>I. Annexe I : Article R.4321-83 du code de déontologie (ODMK, 2022)</b> .....	2
<b>II. Annexe II : Article R.4321-113 du code de déontologie (ODMK, 2022)</b> .....	2
<b>III. Annexe III : Article R.4321-62 du code de déontologie (ODMK, 2022)</b> .....	2
<b>IV. Annexe IV : Compétence 7 (FNEK &amp; ODMK, 2019)</b> .....	3
<b>V. Annexe V : Compétence 8 (FNEK &amp; ODMK, 2019)</b> .....	3
<b>VI. Annexe VI : Compétence 5 (FNEK &amp; ODMK, 2019)</b> .....	4
<b>VII. Annexe VII : Lexique (Lee &amp; Kanji, 2017)</b> .....	5
<b>VIII. Annexe VIII : Définition de l'éthique</b> .....	6
<b>IX. Annexe IX : 4 temps et 9 étapes de l'empowerment (Fayn et al., 2017)</b> .....	8
<b>X. Annexe X : Formulaire de consentement</b> .....	9
<b>XI. Annexe XI : Question de pré-inclusion sur le logiciel Sphinx</b> .....	10
<b>XII. Annexe XII : Guide d'entretien semi-directif</b> .....	12
<b>XIII. Annexe XIII : Retranscription de l'entretien avec le MK</b> .....	15

**I. Annexe I : Article R.4321-83 du code de déontologie (ODMK, 2022)**

**Article R. 4321-83**

Le masseur-kinésithérapeute, dans les limites de ses compétences, doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

**II. Annexe II : Article R.4321-113 du code de déontologie (ODMK, 2022)**

**Article R. 4321-113**

Tout masseur-kinésithérapeute est habilité à dispenser l'ensemble des actes réglementés. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni prescrire dans des domaines qui dépassent ses compétences, ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.

**III. Annexe III : Article R.4321-62 du code de déontologie (ODMK, 2022)**

**Article R. 4321-62**

Le masseur-kinésithérapeute prend toutes les dispositions nécessaires pour entretenir et perfectionner ses connaissances et compétences. Il doit notamment satisfaire à son obligation de développement professionnel continu.

#### **IV. Annexe IV : Compétence 7 (FNEK & ODMK, 2019)**

##### ***Compétence 7***

###### **Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle**

1. Développer son activité professionnelle avec un esprit critique et dans une démarche réflexive intégrant l'innovation.
2. Connaître et intégrer la démarche qualité à son activité professionnelle.
3. Identifier les tutelles, les organisations et structures administratives en charge de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la réglementation en la matière.
4. Identifier et suivre les évolutions des connaissances scientifiques et empiriques et des pratiques professionnelles.
5. Analyser sa pratique professionnelle au regard de l'actualisation des connaissances, des valeurs professionnelles, de l'éthique, de la déontologie, des priorités de santé publique, de l'évolution des politiques de santé et des évolutions sociétales.
6. Adapter sa pratique professionnelle et réajuster ses interventions thérapeutiques en fonction de l'analyse effectuée, des évolutions identifiées et des résultats de la démarche qualité.
7. Développer ses connaissances théoriques et techniques dans les domaines des sciences, des outils d'intervention et des nouvelles technologies de l'information et de la communication.
8. Adapter et transférer ses savoirs et ses compétences dans différents contextes professionnels et différents modes d'exercice.
9. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs, de l'équipe, ou d'autres professionnels.
10. Identifier les domaines de formation personnelle à développer visant l'amélioration de l'intervention en masso-kinésithérapie.
11. Rechercher les moyens de formation professionnelle et d'actualisation des connaissances, suivre des actions de formation afin d'optimiser sa pratique professionnelle, la qualité et la sécurité des soins, notamment des actions d'apprentissage collaboratif.
12. Analyser et évaluer sa formation.
13. Autoévaluer, mettre en lien et intégrer ses acquis.
14. Analyser les résultats et l'impact de la formation sur sa pratique professionnelle.

#### **V. Annexe V : Compétence 8 (FNEK & ODMK, 2019)**

##### ***Compétence 8***

###### **Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques**

1. Identifier, sélectionner et utiliser les bases de données scientifiques.
2. Conduire une recherche bibliographique.
3. Analyser et synthétiser les articles scientifiques et évaluer leur impact potentiel sur sa pratique professionnelle ou sur la recherche conduite.
4. Formuler un questionnement scientifique, permettant de dégager les objectifs de la recherche.
5. Élaborer un protocole de recherche.
6. Identifier les organismes à consulter et les rôles des partenaires mobilisables dans la cadre de la recherche.
7. Planifier et conduire une action de recherche de manière individuelle et en groupe.
8. Élaborer une communication orale et rédiger un rapport et un mémoire de recherche.
9. Communiquer en français et en langue étrangère par écrit et par oral sur la recherche réalisée.

**VI. Annexe VI : Compétence 5 (FNEK & ODMK, 2019)**

***Compétence 5***

**Établir et entretenir une relation et une communication  
dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie**

1. Accueillir, écouter et instaurer une relation de confiance avec le patient, son entourage ou le groupe.
2. Développer une relation de partenariat avec la personne soignée.
3. Adapter sa communication, la nature des informations communiquées au patient et son comportement en fonction des caractéristiques du patient, de son état psychologique et de sa motivation.
4. Expliquer au patient les effets attendus, les risques et les limites de l'intervention en masso-kinésithérapie, en prenant en compte sa pathologie, son niveau de connaissances, ses représentations, son environnement social, professionnel et culturel, son niveau de langage, ses attentes pronostiques et son état psychologique.
5. Expliquer le déroulement de la prise en charge masso-kinésithérapique et s'assurer de sa compréhension par le patient et son entourage.
6. Négocier et construire les modalités de l'intervention avec le patient et/ou son entourage en fonction des objectifs du projet thérapeutique.
7. Faciliter, développer et analyser les interactions entre les participants d'une séance de groupe.
8. Rechercher et/ou maintenir les alliances thérapeutiques avec le patient tout au long de l'intervention.
9. Responsabiliser la personne, la famille, l'entourage quant à l'importance de leur participation à la prise en charge thérapeutique et établir une relation de partenariat.
10. Soutenir la personne, la famille et/ou l'entourage tout au long de la prise en charge thérapeutique.
11. Établir une relation d'aide vis-à-vis du patient.

VII. Annexe VII : Lexique (Lee & Kanji, 2017)

	Terme	Définition
Orientation sexuelle	Homosexualité (lesbienne, gay)	Attirance physique et/ou romantique pour des personnes du même genre
	Bisexualité	Attirance envers les deux genres
	Asexualité	Personne qui ne ressent pas d'attirance sexuelle envers les autres
Genre	Bispirituel	Identité culturelle et spirituelle utilisée par certains peuples des Premières nations pour décrire le fait d'avoir un esprit à la fois masculin et féminin.
Attributs physiques	Intersexe	L'intersexuation humaine consiste à présenter une ou plusieurs caractéristiques biologiques sexuelles innées qui ne sont pas considérées comme « typiquement mâles » ou « typiquement femelles »
	Androgyne	Personne qui présente dont les aspects physiques et où d'expression de genre ne permettent pas de savoir si c'est un homme ou une femme
Autre	En questionnement	Personne en questionnement de son orientation sexuelle et/ou de son identité de genre
	Autres	Les autres comme ceux qui encourage la cause
Habitudes de vies Performance	Drag-Queen Drag-King	Action de “déguiser une personne en lui faisant prendre l'habit de l'autre sexe, d'un autre âge ou d'une autre condition” (CNRTL, 2012).
	Travesti	Individus qui se parent de vêtements du genre opposé afin de se produire en public. On parle ici de performance (Moncrieff & Lienard, 2017). D'ailleurs ces 3 termes désignent tous des sujets différents.

Pour aller plus loin : <https://wikitrans.co/lexique/>

## VIII. Annexe VIII : Définition de l'éthique

*« Le plus grand danger, en morale, est l'absence de réflexion. » - Kant*

L'éthique est une science morale qui se concentre sur la nature de la morale et sur les choix moraux à faire. Elle examine les valeurs morales générales et tente de répondre à la question de savoir quelles normes morales pourraient guider la conduite humaine de manière efficace (Varkey, 2021). L'éthique dans le soin est une branche spécifique de l'éthique qui traite des questions éthiques liées à la pratique soignante. Elle est une partie inhérente et inséparable de la médecine clinique, car les médecins ont une obligation éthique d'apporter un bénéfice au patient, de minimiser les préjudices et de respecter les valeurs et les préférences du patient (Varkey, 2021). L'éthique dans le soin est une réflexion sur les relations de soins entre les médecins et les patients, qui ne peuvent être fondées sur la science seule (connaissance de la pathologie, traitements, etc.), mais doivent aussi prendre en compte les aspects personnels et intimes du patient ainsi que ses droits et sa dignité (Vilanova, 2013). Les soignants ont besoin de repères éthiques pour répondre à leur responsabilité juridique et morale et doivent maintenir un équilibre entre l'éthique et la morale pour éviter l'immoralité, l'inhumanité ou à contrario la bonne conscience qui rend aveugle aux vraies exigences de la moralité (Dekeuwer et al., 2011).

### i. Ethique dans le soin : 4 fondements.

*« Primum non nocere » - Hippocrate*

En 1979, Beauchamp et Childress définissent 4 fondements de l'éthique dans le soin : La justice, la bienfaisance, la non-malfaisance et l'autonomie. (Beauchamp et al., 2008)

Le principe de **bienfaisance** oblige les thérapeutes à agir dans l'intérêt des patients en protégeant leurs droits, prévenant les préjudices, aidant les personnes en situation de handicap et secourant les personnes en danger. Elle pousse à agir positivement, contrairement à la non-malfaisance qui empêche simplement de nuire. Les professionnels de la santé ont la responsabilité de fournir des soins de qualité en répondant aux besoins des patients, tout en impliquant ces derniers dans le processus de décision pour que les soins soient bénéfiques (Beauchamp et al., 2008; Horton, 2002; Varkey, 2021).

Le principe de **non-malfaisance** exige des professionnels de la santé qu'ils ne causent pas de tort ou de dommage à leurs patients. Ce principe implique que les thérapeutes sont conscients des avantages et inconvénients inhérents à leurs traitements et doivent en peser le



pour et le contre. Ce principe repose sur la maxime médicale "Primum non nocere", qui signifie "D'abord, ne pas nuire" (Beauchamp et al., 2008; Horton, 2002; Varkey, 2021).

La **justice** dans le domaine du soin est essentielle pour garantir des soins justes, éthiques et appropriés aux patients, et pour responsabiliser les professionnels de la santé à cet égard. La justice distributive est particulièrement pertinente pour l'éthique médicale, car elle garantit une distribution équitable des ressources de santé, afin que tous les patients aient un accès égal aux soins, quelle que soit leur situation socio-économique. Cette forme de justice repose sur cinq principes fondamentaux : l'égalité pour tous, la prise en compte des besoins individuels, des efforts fournis, des contributions apportées et des mérites acquis. Lorsqu'un avantage légitime est refusé à une personne sans raison valable ou qu'une charge indue est imposée, une injustice se produit (Beauchamp et al., 2008; Horton, 2002; Varkey, 2021).

**L'autonomie** personnelle se réfère à la capacité de prendre des décisions et de faire des choix rationnels et moraux sans interférences contrôlantes ou de limitations. Le principe du respect de l'autonomie est une obligation négative qui stipule que les actions autonomes ne doivent pas subir de contrôle de la part d'autrui. C'est aussi une obligation positive qui exige un respect dans la divulgation d'informations et l'aide à une prise de décision autonome. Ce principe soutient des règles spécifiques telles que dire la vérité, respecter la vie privée d'autrui, protéger les informations confidentielles, obtenir le consentement pour les interventions auprès des patients et aider les autres à prendre des décisions importantes.

Pour que le choix du patient soit autonome, il doit être volontaire, éclairé et le patient doit avoir la **capacité** de prendre des décisions. Le respect du principe d'autonomie oblige les thérapeutes à soutenir le **consentement éclairé**, la **vérité** et la **confidentialité**.

**IX. Annexe IX : 4 temps et 9 étapes de l'empowerment (Fayn et al., 2017)**



Mouvement dynamique augmentant d'intensité à chaque changement de phase, l'*empowerment* des patients est un processus qui se régénère, se renouvelle et se renforce. Les champs d'intervention s'élargissent en permanence telle une formation hélicoïdale en expansion.

X. Annexe X : Formulaire de consentement

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je, soussigné.e Mme/ M..... déclare accepter, librement et de façon éclairée de participer comme sujet au projet de recherche de fin d'étude de Mme Nunes Interviewer ayant comme question de recherche : « Quels sont les moyens de construire une alliance thérapeutique avec le patient transgenre en kinésithérapie libérale en France (DROM-COM et Métropolitaine) ? ».

**Investigatrice principale** : Mme. NUNES Interviewer étudiante en Master 2 à l'IFMK de la Réunion, promotion 2019-2023.

**Sous la direction de** : M. PERDRIX Yannick cadre de santé, formateur à l'IFMK de la Réunion et responsable pédagogique de la promotion 2019-2023.

En tant que participant, je m'engage à fournir avec exactitude les informations demandées à mon sujet. Je m'engage de plus à passer un entretien individuel enregistré d'une durée d'environ une heure. J'autorise la consultation et l'utilisation de mes données par les personnes soumises au secret professionnel collaborant à cette recherche, ainsi que l'utilisation de mes données anonymisées dans l'écrit de ce mémoire.

L'investigatrice s'engage à mener cette étude selon les dispositions éthiques et déontologiques et s'engage à assurer la confidentialité des informations recueillies, à les anonymiser et respecter la confidentialité de toutes les informations.

Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ou conséquence. Dans ce cas les données recueillies ne seront pas exploitées.

Fait à .....

Le ... / ... / ...

En deux exemplaires.

**Signatures : accompagné de la mention « Lu et approuvé »**

Signature du participant

Signature de l'investigatrice

## XI. Annexe XI : Question de pré-inclusion sur le logiciel Sphinx

### Questionnaire de pré-étude : inclusion

Le remplissage du questionnaire est strictement anonyme et le temps de réponse est de 5min maximum. Les questions sont à choix unique.

Bonjour,

Je m'appelle Chloé Nunes et je suis étudiante à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de la Réunion. Le questionnaire ci-présent est dans le cadre de mon mémoire de recherche de fin d'étude. Ce dernier aborde la question de **la construction d'une alliance thérapeutique avec le.a patient.e transgenre dans la prise en charge kiné libérale en France** (DROM-COM et métropolitaine).

Ce questionnaire constitue l'étape de recrutement des kinésithérapeutes qui participeront à l'élaboration de ce mémoire. Les kinésithérapeutes retenus seront invités à réaliser avec moi, un entretien oral d'une heure. Ces entretiens auront pour but d'interroger le savoir-être kinésithérapeute par rapport à la thématique concernée.

*A la question n°2 : A quel genre appartenez-vous ? ; il sera précisé entre parenthèse : cis(genre) ou trans(genre).*

*Pour définition : le terme **cisgenre** désigne une personne dont le genre donné à la naissance est en adéquation avec la représentation qu'il a de son genre (par exemple : une personne assignée femme à la naissance qui se sent femme). Le terme **transgenre** désigne une personne qui ne se reconnaît pas dans son genre donné à la naissance.*

**Je certifie avoir plus de 18ans et avoir le diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute (MKDE)**

- Oui  
 Non

*Si vous n'êtes pas en disposition de ces pré-requis, vous ne pourrez malheureusement pas participer à l'étude.*

**Question n°2 : Travaillez-vous en France ? (DROM-COM et Métropolitaine)**

- Oui  
 Non

**Question n°3 : Quel âge avez-vous ?**

**Question n°4 : A quel genre vous identifiez-vous ?**

- Femme (cis ou trans)  
 Homme (cis ou trans)  
 Non binaire  
 Autre.s

**Question n°5 : Comment souhaitez-vous être genré ? (pronoms, accords, etc)**

- Féminin  
 Masculin  
 Autre

*En sélectionnant "Autre", une question vous permettant de préciser s'affichera.*

**Question n°6 : Exercez-vous en cabinet libéral ou avez-vous exercé dans ce secteur pendant au moins 5ans ?**

- Oui, j'exerce en cabinet libéral depuis au moins 5ans  
 Oui, j'ai exercé en cabinet libéral pendant au moins 5ans  
 Je suis diplômé.e depuis moins de 5ans mais j'exerce en libéral depuis l'obtention de mon MKDE  
 Non, je n'ai jamais exercé en libéral

**Question n°7 : Avez-vous déjà pris en charge un.e ou plusieurs patient.e.s transgenres ?**

- Oui  
 Non

**Question n°7 : Avez-vous déjà pris en charge un.e ou plusieurs patient.e.s transgenres ?**

- Oui  
 Non

**Question n°8 : En 5ans, combien de patient.e.s transgenres avez-vous eu en soin en cabinet libéral ?**

- Moins de 5  
 Entre 5 et 10  
 Plus de 10

**Question n°9 : Estimez-vous avoir réussi à construire une alliance thérapeutique avec le.a ou les patient.e.s transgenres que vous avez eu en soin ?**

- Oui  
 Non

**Question n°10 : Disposez-vous d'1h afin de participer à un entretien sur le thème de :**

**Quels sont les moyens de construire une alliance thérapeutique dans la prise en charge MK de patients transgenres en France ?**

- Oui  
 Non

*Les entretiens auront lieu à la période de février-mars 2023. Les horaires de rendez-vous seront flexibles afin de faciliter la participation de chacun.*

**Question n°11 : Sur quelle adresse mail et/ou numéro de téléphone êtes-vous joignable pour la suite de l'étude?**

*Vos informations resteront confidentielles*

---

## GUIDE D'ENTRETIEN

---

### Cadre théorique

**Question de recherche :** Quels sont les moyens de construire une alliance thérapeutique avec le patient transgenre en kinésithérapie libérale en France (DROM-COM et Métropolitaine)

**Objectif de l'entretien :**

- Etablir une définition de l'alliance thérapeutique et de la transidentité
- Etablir des moyens favorisant et défavorisant la construction d'une alliance thérapeutique spécifique à la transidentité
- Comprendre la spécificité de la prise en charge de la personne transgenre

Bonjour,

Je m'appelle Chloé Nunes étudiante en dernière année de Masso-Kinésithérapie à l'IFMK de la Réunion. Je tiens à vous remercier de m'accorder votre temps pour la réalisation de cet entretien. Cet entretien a pour but d'échanger sur les différents moyens de construire une alliance thérapeutique avec des patients transgenres dans la prise en charge kiné libérale. Plus précisément de comprendre **les mécanismes et les stratégies de savoir-être** mises en place en libéral, dans un soin qui n'est pas exclusivement lié à un parcours de transition, afin de faciliter, à travers l'alliance thérapeutique, l'accès au soin de cette population.

Nous allons pouvoir débiter cet entretien. Je vous rappelle que cet échange est enregistré afin de pouvoir être retranscrit par la suite. Je m'engage à ce que les données recueillies soient anonymisées et utilisées uniquement dans le cadre de ce mémoire. Il vous est demandé de répondre aux questions de la façon la plus complète possible.

Souhaitez-vous toujours participer à l'étude ? Avez-vous des questions avant de commencer ?

---

## **Thème I : Présentation générale du sujet**

1. Pouvez-vous vous présenter et me décrire votre parcours en tant que kiné ?  
Réponses possibles : Année de diplôme, formations effectuées, spécialités

---

## **Thème II : Question de recherche – définition des termes**

2. Pouvez-vous me donner une définition de l'alliance thérapeutique ?
3. Pouvez-vous me donner une définition de la transidentité ?

---

## **Thème IV : Alliance thérapeutique et ses facteurs influençant**

4. Vous avez évoqué avoir pris un ou des patients transgenres dans votre pratique. Est-ce qu'avant tout vous pourriez me dire combien vous en avez pris en charge et surtout dans quel cadre ?
5. Est-ce que vous pourriez me raconter une / plusieurs situations où vous avez construit une alliance thérapeutique avec un patient transgenre. Qu'est ce qui a impacté positivement la construction de cette alliance selon vous dans cette situation ?
6. Si vous deviez donner des moyens plus généraux pour construire une alliance thérapeutique avec des patients transgenres, quels seraient-ils ?  
*Relance : Utilisez-vous des outils spécifiques ? Avez-vous identifié des facteurs propres au patient transgenre ? Des facteurs propres au kinésithérapeute ? Des facteurs propres au lieu d'exercice ?*
7. Maintenant, est-ce que vous pourriez me raconter une situation où vous vous êtes retrouvé en difficulté face à cette patientèle ? Est-ce que ça a impacté l'alliance thérapeutique mise en place ? Qu'est-ce qui, dans cette situation, a impacté négativement cette alliance thérapeutique ?
8. A votre avis, comment nous pourrions nous retrouver en porte-à-faux face à cette patientèle ?  
*Relance : Quelles sont les stratégies pour éviter de se retrouver dans ces situations ? Les choses à éviter absolument ?  
Comment rétablir le lien en suivant ? Et si ça ne marche pas, qu'est ce qu'on peut essayer d'autre, que fait-on ?*
9. De façon plus générale, si vous deviez donner des facteurs défavorables et/ou limitants une création d'alliance thérapeutique avec le patient transgenre, quels seraient-ils ?  
*Relance : Avez-vous identifié des facteurs propres au patient transgenre ? Des facteurs propres au kinésithérapeute ? Des facteurs propres au lieu d'exercice ?*
10. Vous me parlez de ... et ... ce qui peut se référer à des qualités ou compétences du MK. Est-ce que pour vous le MK nécessite certaines qualités et compétences dans ce genre de prise en charge ?

*Relances : Selon vous, quelles sont les qualités intrinsèques, extrinsèques et les compétences professionnelles nécessaires ?*

---

Connaissez-vous la dysphorie ? Je peux vous donner une brève définition.

**Dysphorie** : *La dysphorie de genre est le sentiment de mal-être qui survient lorsque la personne est ramenée d'une façon ou d'une autre à ce qui symbolise son genre d'assignation. Elle peut être physique (non légitime à cause de son corps), sociale (apparence, comportement, façon d'être perçu), ou psychologique (façon d'être, d'agir et penser).*

11. Pensez-vous que dans le soin MK, la dysphorie de genre peut-être une barrière à la construction d'une alliance thérapeutique ? Pourquoi ?
12. Quels seraient les principes de PEC à appliquer afin de gérer la dysphorie dans la construction et/ou préservation de l'alliance thérapeutique avec le patient ?

---

### **Thème III : Prise en charge du patient transgenre**

13. Pouvez-vous me décrire comment vous abordez la prise en charge du patient transgenre dans votre pratique ?  
*Relances : Comment se déroulent les premiers instants ? / Avez-vous mis en place une stratégie de PEC inclusive ?*
14. Pour vous, est-ce important de construire une alliance thérapeutique avec cette patientèle : Pourquoi ? Quels sont les enjeux de cette prise en charge ?

---

### **Thème V : FORMATION**

15. Pensez-vous être suffisamment formé pour ce type de PEC ?  
*Relance : Qu'est ce qui serait intéressant de placer comme formation ? (Durant les études ou post-étude)*
  16. Souhaitez-vous approfondir une de vos réponses ou rajouter quelque chose avant de clôturer cet entretien ?
-



### **XIII. Annexe XIII : Retranscription de l'entretien avec le MK**

#### **RETRANSCRIPTION MK 4**

Interviewer : Alors pour commencer, je vais te demander de te présenter toi et ton parcours en tant que kiné

MK 4 : Diplômée d'état de la Réunion depuis 2016 j'ai fait des remplacements sur l'île pendant deux trois ans ensuite je me suis installée en assistanat pendant 6 mois et après j'ai déménagé en métropole donc fin 2019. Là j'ai repris les remplacements et ensuite je me suis installée en assistanat et c'est là du coup j'ai commencé à me spécialiser un petit peu et me former dans la prise en charge des femmes pour le cancer du sein et du coup voilà je fais aussi du périnée et des cours de Pilates.

Interviewer : D'accord. Tu as évoqué le fait d'avoir pris des patients transgenres. Est-ce que tu peux me dire combien et surtout pour quel type de prise en charge ?

MK 4 : J'en ai eu qu'un. C'est un patient du coup qui a fait sa transition du sexe féminin au masculin. Je sais pas trop comment dire. Il m'a trouvé sur le réseau du RKS et il m'a appelé dans ce contexte là.

Interviewer : Donc plutôt une prise en charge par rapport à une opération ?

MK 4 : Oui, c'était une double mastectomie dans le cadre de sa transition.

Interviewer : Je vais te noter ma question de recherche pour que tu puisses avoir sous les yeux. Ce qu'on va faire ensemble, ça va être d'essayer de définir les termes de ma question de recherche. Du coup pour toi, comment pourrais-tu définir une alliance thérapeutique ?

MK 4 : ça m'évoque le lien entre kiné et patient du coup la relation oui professionnelle que tu peux avoir avec ton patient. La confiance.

Interviewer : Ok, est-ce que tu souhaites ajouter quelque chose ?

MK 4 : Non, y'a que ça qui m'inspire.

Interviewer : comment est-ce que tu pourrais définir le mot transidentité ou transgenre ?

MK 4 : Je vais le définir comme un patient ou une personne qui a décidé de changer d'identité sexuelle

Interviewer : OK et alors comment est-ce que tu définirais le mot moyen ? Uniquement le mot moyen sans répondre à la question de recherche.

MK 4 : Moyen, pour moi c'est les outils que je vais mettre en place pour atteindre un objectif

Interviewer : Ok, est-ce que du coup tu peux me raconter une situation dans laquelle tu as construit une alliance thérapeutique avec un patient transgenre et ce qui pour toi a impacté positivement la création de cette alliance ?

MK 4 : Quelle alliance thérapeutique j'ai mis en place ?

Interviewer : Raconte-moi une situation concrète où tu as créé une alliance thérapeutique avec un patient transgenre et qu'est-ce qui a fait que ça a pu se mettre en place.

MK 4 : Je ne sais pas trop parce que du coup j'en ai eu qu'un. Du coup initialement c'était une fille qui s'est transformée en garçon. Bêtement je dirais déjà rien que le fait de l'appeler par son prénom. De discuter justement du changement du prénom féminin au prénom masculin et je pense le fait d'utiliser par exemple il au lieu d'elle monsieur au lieu de Madame parce que du coup au niveau de la prise de rendez-vous c'est vrai que je me rappelle il avait dit Madame il avait encore la voix féminine en fait avant les hormones et du coup je savais pas trop si j'allais appeler il ou elle et en passant la carte vitale du coup j'ai vu que c'était un prénom masculin. Donc j'ai initié la conversation par rapport à ça et ça s'est vu que ça lui a fait plaisir du coup qu'on parle de ça et qu'on l'affirme en tant que garçon.

Interviewer : du coup si je comprends bien il a appelé au téléphone en disant "je prends rendez-vous et je suis Madame untel" et quand il est arrivé au cabinet, sur la carte vitale, il y avait déjà eu un changement administratif avec son nom masculin?

MK 4 : C'est ça

Interviewer : d'accord et donc lui c'est un homme transgenre on est d'accord là-dessus et toi en ayant vu la "dissonance" entre la prise de rendez-vous féminine et la carte masculine, tu en as parlé de toi-même. Et ça pour toi ça a impacté positivement étant donné qu'il y a une prise en compte. C'est ça?

MK 4 : Ouais parce que du coup c'est pas moi l'avais eu directement au téléphone, c'était mon collègue qui l'avait eu. Et c'était noté : transition de genre. Donc je savais que ça allait être comme ça. En revanche, je ne savais pas dans quel sens était la transition. En voyant la personne au cabinet, j'ai vu que c'était la coupe à la garçonnette, puis avec l'anamnèse, je lui ai demandé si c'était son prénom masculin et effectivement il m'avait dit qu'il avait fait les démarches administratives. Je trouvais qu'il avait le sourire quand on discutait de ça en tous cas.

Interviewer : Ok, est-ce que tu veux ajouter quelque chose ?

MK 4 : Là tu me demandes sur un instant T mais c'est difficile pour moi de dire qu'il y a eu que ça qui a fait que l'alliance thérapeutique s'est mise en place. Pour moi, l'alliance thérapeutique se met en place au fur et à mesure des séances, quand tu commences à connaître davantage l'histoire de ton patient, la position en tant que kiné que tu mets, la relation de confiance que tu mets en place. C'est dur de dire qu'il y a que ça. Pour moi, il y a eu ça qui a fait qu'il s'est ouvert et qu'on a pu discuter de plein de choses. Il voyait sûrement le respect qu'il peut y avoir. Mais c'est dur de dire qu'il y a une seule chose.

Interviewer : Je ne demande pas une seule chose, je demande de façon continue sur cette situation là et après je demanderai de façon beaucoup plus générale. Mais voilà, si tu veux rajouter des choses parce que pour toi c'est incomplet, parce qu'il n'y a pas que le fait de bien genrer ou écouter...

MK 4 : Oui, comme tu dis le fait de bien genrer c'est important. C'est leur identité qui est touchée. Après, comme dans toutes relations, que ce soit transgenres ou pas, c'est le fait d'écouter ton patient, d'être à l'écoute de ses besoins, de pouvoir les rassurer par rapport à leurs inquiétudes. C'était un patient qui était jeune donc on avait cette facilité de discuter de ses loisirs. Je pense que c'est tout ça qui fait que l'alliance se crée et qu'il soit à l'aise par rapport à ça. Ça me fait penser aussi qu'on faisait des soins en salle en individuelle et qu'après je termine par des exercices sur plateau technique où il peut il pouvait y avoir d'autres patients. Et à la fin de la séance en individuel, je disais "voilà on va passer aux exercices à la grande salle" et lui il avait pas cette pudeur, c'est-à-dire qu'il y allait sans le t-shirt. Je me suis dit bon, je ne vais pas lui demander de remettre le t-shirt. Je pense que c'est peut-être aussi important pour lui de se dire que, même s'il y a d'autres patients qui voient cette partie de son corps, finalement ça ancre son identité, enfin je pense, hein. Je me suis dit : "je n'interfère pas. S'il a envie de rester sans t-shirt, il reste sans t-shirt et puis s'il a envie de le mettre, voilà". J'ai accepté aussi qu'il se promène un petit peu torse nu dans le cabinet.

Interviewer : Donc respect des envies du patient par rapport à l'ancrage identitaire lié à la transition.

Maintenant si tu devais me donner des moyens plus généraux de construire une alliance thérapeutique, ça serait quoi ?

MK 4 : Ce que j'ai dit avant peut-être. L'écoute de leurs besoins, connaître un peu leur évolution où est-ce qu'ils en sont, par exemple, dans la prise de traitement au niveau hormonal, est-ce que ils veulent continuer cette transition et aller plus loin. Les suivis psychologiques, savoir qui sont les autres thérapeutes. Il y a les soins kinés mais il y a d'autres soins aussi. Le soin psychologique je pense qu'il est important. Savoir leur donner un peu des tuyaux pour que la prise en charge soit globale et qu'il se sente bien physiquement et psychologiquement.

Interviewer : Donc savoir réorienter ou savoir si eux ils ont besoin d'un autre accompagnement. C'est ça que tu veux dire ?

MK 4 : C'est ça oui. Savoir écouter et en fonction de ce qu'ils disent, réorienter vers tel ou tel professionnel si nous même on ne peut pas répondre à leurs besoins.

Interviewer : Tu m'as parlé aussi de savoir où est-ce qu'ils en sont dans leur évolution et par rapport à leur transition. Est-ce que tu penses qu'on a besoin d'avoir des connaissances particulières par rapport à la transidentité ?

MK 4 : Je pense que c'est important parce qu'ils voient qu'on sait de quoi on parle, ils se sentent plus rassurés. Ils peuvent se dire "ok mon kiné sait de quoi il parle, elle est capable de m'accompagner, de répondre à mes questions, à mes peurs. Ou même, est-ce qu'il y a des conseils particuliers que le kiné peut donner en plus?". Je fais la relation avec le cancer du sein, c'est super important de savoir où est-ce qu'ils en sont dans le traitement en chimiothérapie, est-ce qu'ils prennent des hormones. C'est que ça joue sur notre rééducation. ça peut engendrer des douleurs, des effets secondaires. Je pense que tous traitements hormonaux dans cette transition peuvent aussi amener des effets secondaires ou des effets positifs. Par exemple, je pense à la prise musculaire. C'est important de savoir s'ils sont en prise hormonale, de les rassurer, de savoir où ils en sont. Vraiment de répondre à leurs besoins, je pense que c'est important.

Interviewer : d'accord et donc l'alliance thérapeutique est aussi impactée positivement par la connaissance du kiné par rapport à la situation précise du patient.

Est-ce que tu as identifié des facteurs propres au lieu d'exercices - en kiné libéral - qui pourrait favoriser la création de cette alliance thérapeutique ?

MK 4 : Est-ce que le milieu libéral par rapport à un milieu hospitalier favorise positivement l'alliance thérapeutique ?

Interviewer : Par exemple, ou qu'est-ce qui favorise en libéral sans faire forcément de comparatifs

MK 4 : Je pense que c'est un lieu neutre où ils peuvent... Enfin, je compare par rapport à l'Hospitalier parce que justement ça ne fait pas médical. On les voit deux à trois fois par semaine selon les besoins. On les voit au moins une demi-heure voir plus. C'est un moment privilégié parce qu'on les voit régulièrement. Ils peuvent s'ouvrir plus facilement que si on est dans un monde purement médical comme à l'hôpital. Ce n'est pas une place de malade. Ils ont une place normale dans la société et dans ce lieu en libéral.

Interviewer : Est-ce que tu as des facteurs, qui seraient propres aux patients, aidant la création de l'alliance ?

MK 4 : J'sais pas, son caractère déjà. La confiance que le patient peut mettre en toi, qu'il doute de toi, qu'il n'a pas confiance. S'il te fait confiance, qu'il est ouvert à ce que tu dis et qu'il n'a pas des idées arrêtées, l'alliance thérapeutique se fait mieux, il va mettre en pratique les conseils que tu peux lui donner. A contrario à un patient qui est totalement fermé, qui va croire que ce qu'il lit sur Internet par exemple, qui ne va pas faire forcément ce que tu lui dis.

Interviewer : Toi tu t'es déjà retrouvé du coup en difficulté par rapport à ton patient ?

MK 4 : Non. ça c'est toujours bien passé avec lui. Très fluide. Comme c'est un patient qui est assez jeune, très dynamique, qui est très ouvert et très chaleureux. Ça se passait relativement bien.

Interviewer : Comment est-ce qu'on pourrait se retrouver en porte-à-faux par rapport à ce type de patients ?

MK 4 : En porte-à-faux par rapport à quoi ?

Interviewer : Qu'est-ce qui pourrait faire qu'on puisse faire un faux pas? Comment on pourrait se retrouver mal à l'aise : S'il s'est passé quelque chose, on a dit quelque chose, s'il s'est passé un évènement.

MK 4 : Déjà le fait de se tromper entre il et elle. Je sais plus si je me suis trompé une fois. Mais j'me rattrapais vite en disant "il" au lieu de "elle". Après je me suis habituée mais c'est vrai que les premières séances, je ne savais pas trop comment faire. Par rapport à l'identité c'est ce que je vois, c'est le plus important à faire attention pour ne pas être mal à l'aise. C'est surtout une question de respect du genre du patient.

Interviewer : Est-ce que pour toi il y a des choses à éviter absolument à faire par rapport à eux?

MK 4 : Émettre un jugement. On n'est pas là pour juger. On accepte, enfin, on n'a pas à accepter ou pas leur choix. Ce que je veux dire, c'est respecter, pas poser de questions impersonnelles :

le motif de cette transition par exemple. Si le patient nous en parle, d'en parler. Éviter d'aller chercher ces questions-là qui peuvent être très pudiques et peut-être très très personnelles. Devoir ne pas manquer de respect par rapport à leur choix, à leurs genres, ne pas émettre de jugement et les traiter en fait comme un patient normal.

Interviewer : Tout à l'heure tu m'as dit que tu t'étais retrouvée en porte-à-faux parce que tu l'avais appelé "elle" à la place de "il". Comment as-tu réagi ? Comment rétablir le lien avec les patients juste après ?

MK 4 : Je me suis vite rattrapée, pour essayer de bien repositionner les choses. J'ai essayé de faire plus attention, de dire monsieur au lieu de madame, il au lieu de elle. Ça n'avait pas choqué. Je pense qu'il ne m'en a pas tenu rigueur. Du coup ça a aidé aussi je pense.

Interviewer : Ca serait de se rattraper au mieux, une augmentation de l'attention

MK 4 : Exactement. Savoir se repositionner en tant que thérapeute. On a fait une erreur, on se repositionne et on essaie de faire les choses de manière plus attentionnée.

Interviewer : Quand tu dis, te repositionner, tu entends quoi par-là?

MK 4 : Je veux dire par rapport à mon langage, savoir que c'est pas elle c'est il. Il faut que moi en tant que thérapeute je fasse attention à ça.

Interviewer : d'accord. De façon plus générale, si tu dois me donner des facteurs défavorables et/ou limitants pour la création d'une alliance thérapeutique, qu'est-ce que ça serait?

MK 4 : Ne pas respecter leur transition, d'émettre des jugements, de pas de pas faire attention à ce genre-là et de faire des erreurs dans notre langage.

Interviewer : Tu m'as parlé de savoir écouter, expliquer au patient ce qu'il peut traverser, savoir se repositionner. Tout ça se rapporte aux qualités et compétences du kiné. Est-ce que pour toi, le kiné nécessite certaines qualités ou compétences pour ce genre de prise en charge?

MK 4 : Oui, l'écoute est super important, l'adaptation. Moi j'ai eu qu'un patient en étant transgenre mais je le vois dans la prise en charge en sénologie. Tu as ce geste de mastectomie qu'il a eu mais une personne est différente par rapport à l'autre. C'est pas qu'une question de mettre des protocoles et de se dire qu'il faut faire-ci, il faut faire ça. Chacun a sa sensibilité, il faut justement qu'on fasse attention à tout ça. Ce n'est pas juste des gestes, on soigne d'abord une personne. Il faut être à l'écoute. Oui, l'écoute et l'adaptation sont super importantes dans notre métier. On soigne pas une pathologie, on soigne vraiment une personne. Il faut être très global en fonction des besoins du patient. Encore une fois, leurs objectifs et les nôtres diffèrent. Du coup savoir être à l'écoute de ce qu'eux veulent pour adapter nos moyens et nos objectifs de traitement.

Interviewer : Est-ce que tu sais ce que c'est la dysphorie ?

MK 4 : Non.

Interviewer : La dysphorie c'est la sensation de mal-être que quelqu'un éprouve quand il est ramené d'une façon ou d'une autre à ce qui symbolise son genre d'assignation (genre qui reçoit

la naissance). Elle peut être physique, à cause de son corps : le fait de voir des seins ou un pénis. Elle peut être sociale : l'apparence, le comportement, la façon d'être perçu. Ou bien psychologie : il se perçoit avec des stéréotypes du genre d'assignation qu'il a eu et pas forcément du genre auquel il s'identifie.

MK 4 : d'accord

Interviewer : Est-ce que pour toi la dysphorie peut être une barrière à la construction d'une alliance thérapeutique et pourquoi ?

MK 4 : Si lui-même ne s'accepte pas, c'est difficile de mettre en place une relation de confiance. Le fait qu'il ne s'accepte pas et qu'il y ait ce mal être, je pense que le patient ne va pas s'ouvrir, il ne va pas te dire forcément tout ce qu'il ressent, tous ses besoins. En tous cas, s'il est dans ce côté privatif où il ne va pas te le dire et que tu sais pas, l'alliance thérapeutique ne sera pas aussi bonne qu'un patient qui va te parler de ce mal-être et où tu vas pouvoir réorienter et être vraiment efficace dans ton traitement.

Interviewer : Tu pars du principe que le patient ne t'en parle pas ?

MK 4 : Oui, qu'il n'en parle pas et que ce soit pas honnête qu'il soit pas honnête. Je ne sais pas comment l'expliquer. Je pense que ça dépend aussi du degré de la dysphorie. Si le degré est pas trop fort et que ça n'impacte pas sa façon de bouger, sa façon de s'exprimer, je pense que l'alliance thérapeutique peut quand même se faire. Maintenant, sur quelque chose qui est vraiment plus embêtant, je pense que si c'est trop fort ça peut engendrer une limitation. Après je n'ai jamais été dans ce cas là.

Interviewer : Quels seraient pour toi, les principes de prise en charge à appliquer pour gérer cette dysphorie dans la construction et préservation de l'alliance ?

MK 4 : Déjà si on perçoit que le patient il est pas à l'aise avec son corps, c'est d'essayer d'en discuter avec lui. On travaille beaucoup sur l'image corporelle, sur le schéma corporel donc pourquoi pas lui proposer certaines séances qui permettent la réintégration du schéma corporel? Réorienter sur une prise en charge psychologique, au moins savoir s'il est suivi, s'il a envie d'être suivi, pour pouvoir pallier à ça.

Interviewer : Autre chose ?

MK 4 : Non rien ne me vient pour l'instant.

Interviewer : Du coup on a fini avec la dysphorie. Est-ce que tu pourrais décrire comment est-ce que tu abordes la prise en charge du patient transgenre dans ta pratique ?

MK 4 : Comment je l'aborde, c'est-à-dire ?

Interviewer : ça peut être comment se déroulent les premiers instants, est-ce que tu as mis en place une stratégie de prise en charge plus inclusive, ou est-ce qu'il y a des particularités ?

MK 4 : Pour les premières séances je l'ai abordé comme j'aborde les patients post mastectomie. C'est-à-dire que je suis allée regarder de manière globale quelles sont les limitations

fonctionnelles, quelles sont les demandes du patient au niveau des douleurs. On a mis en place les objectifs de traitement en accord avec le patient et selon ses besoins.

Interviewer : Au niveau de la prise de rendez-vous, est-ce qu'il y a quelque chose de particulier à dire?

MK 4 : Non, je suis en train de réfléchir à l'ordonnance... je sais plus ce qui avait écrit. Au niveau de la prise de rendez-vous, je lui ai demandé le motif, il me l'a expliqué comme il fallait et il n'y avait pas de spécificités. J'ai compris sa demande et j'ai essayé de ne pas faire de différence par rapport à un patient lambda.

Interviewer : est-ce que pour toi c'est important de créer une alliance thérapeutique avec cette patientèle et quels sont les enjeux de ce type de prise en charge?

MK 4 : j'ai envie de dire que oui, c'est plus important parce qu'au niveau psychologique, au niveau acceptation du corps c'est plus délicat qu'un autre patient. Des choses auxquelles il faut faire plus attention par rapport à notre discours en ce qui concerne le genre.

Interviewer : Les enjeux du coup de la prise en charge?

MK 4 : Au niveau psychologique il y a un peu plus d'enjeu qu'une prise en charge classique d'une PTG ou quoi. S'ils voient que c'est compliqué, ils peuvent peut-être arrêter plus facilement leur prise en charge parce qu'ils ne se sentent pas compris, pas écoutés, jugés

Interviewer : Il n'y aurait, alors, peut-être pas une notion d'errance thérapeutique mais une notion où ce serait plus difficile pour eux d'accepter le soin ?

MK 4 : Le risque d'abandon thérapeutique.

Interviewer : Tu as quelque chose d'autre à dire par rapport à cette question ?

MK 4 : Non.

Interviewer : Est-ce que tu penses être suffisamment formée pour ce type de prise en charge ?

MK 4 : D'un point de vue purement kiné, au niveau fonctionnel, au niveau des objectifs de récupération des épaules et tout, je suis suffisamment formée. Je suis en train de faire un DU sur la prise en charge du cancer du sein donc ça m'aide beaucoup. Surtout, dans le cadre d'une transition féminin à masculin. Donc je pense que oui. Après sur le versant plus psychologique, je pense qu'il y a des spécificités que je n'ai pas. Si j'étais formée par rapport à cette transition spécifique... je pense que je peux m'améliorer et que je peux être mieux formée là-dessus.

Interviewer : Qu'est-ce qui serait intéressant de placer comme formation ?

MK 4 : Justement sur le suivi psychologique de ses patients. Qu'est-ce que on doit avoir comme position, quel discours. Comme je te disais, de l'importance de savoir le parcours au niveau hormonal, au niveau ce qui se fait en fait. Savoir aussi les guider dans les reconstructions, ce qui peut se faire au niveau hormonal. Pouvoir répondre plus facilement à leurs questions et savoir les conseiller.

Interviewer : D'accord, est-ce que ça serait plutôt une formation à placer pendant les études de kiné ou alors plutôt en post-étude?

MK 4 : C'est une prise en charge très spécifique. A l'école on a cette vision globale. Comme ici c'est une prise en charge très spécifique, je pense qu'avoir une formation spécifique hors école ça peut être mieux.

Interviewer : Est-ce que tu souhaites approfondir une de tes réponses ou rajouter quelque chose avant de clôturer cet entretien?

MK 4 : Je pense qu'ils ont aussi besoin qu'on respecte leurs genre, qu'on fasse attention comme avec toutes autres personnes. Une dame tu vas pas l'appeler monsieur. Faut être compréhensif, respecter, les traiter de façon tout à fait normale comme un autre patient. Ne pas faire de différence. Vraiment traiter un patient comme un autre patient.

Interviewer : Les positionner comme un patient lambda, avoir le respect et le même intérêt que tout le monde. Tout en prenant en compte les spécificités liées à leurs transitions.

MK 4 : Respecter, savoir les conseiller. Avoir ce bagage là et de pas faire de fautes pour qu'ils ne sentent pas qu'on est perdu et qu'on les traite d'une façon différente.

Interviewer : Ne pas les mettre dans une case ?

MK 4 : Exactement

Interviewer : Il y a autre chose ?

MK 4 : Non c'est tout bon pour moi je pense.

Interviewer : Très bien, merci.





## **RESUME**

**Introduction** : A travers des recherches j'ai compris que la population transgenre fait l'objet de nombreuses discriminations. Elles se retrouvent dans le contexte du soin et même dans le milieu de la Kinésithérapie. Une des conséquences est la perte de confiance de cette population dans le système de santé. Cela m'a amené à m'intéresser aux savoir-être des MK et à l'aspect relationnel du soin afin de favoriser cette alliance thérapeutique avec cette patientèle.

**Objectif de l'étude** : L'objectif de ce mémoire est de déterminer les moyens de construire une alliance thérapeutique avec les patients transgenres en kinésithérapie libérale, en France ;

**Méthode** : Une méthodologie de recherche qualitative inductive a été utilisée. Après avoir sélectionné les MK à travers un questionnaire, des entretiens individuels ont été conduits à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif. Sept ont été effectués au total, tous sur *Zoom*, excepté un. Les participants sont des MK travaillant en libéral, en France, depuis au moins 5 ans, ayant déjà pris un ou plusieurs patients transgenres avec qui une AT s'est créée. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits manuellement. L'analyse des résultats s'est également faite manuellement. Elle a été réalisée selon un codage ouvert afin d'en faire ressortir les phénomènes émergents. Les retranscriptions ont été étudiées individuellement puis transversalement. Les codes relevés ont ensuite été associés en thèmes et sous-thèmes.

**Résultats** : Les résultats ont fait ressortir 4 thèmes : les facteurs d'influences, les moyens de construire une AT, l'approche du patient TG et une prise en charge éthique et inclusive. Les stratégies évoquées par les MK sont un entremêlement entre des moyens généraux et spécifiques de la TI. Une relation de soin réussie se base sur un positionnement mutuel où les deux parties sont en confiance et en sécurité morale et physique. Le corps est utilisé comme point de pivot afin de légitimer le vécu du patient. Le MK va devoir faire preuve d'humilité professionnelle, de respect de l'identité de genre, d'une PEC éthique et inclusive. Il devra également développer sa compétence culturelle, ses savoirs sur la TI et éviter d'outier.

**Discussion** : Cette étude répond au besoin d'établir des moyens pour l'AT à travers une réalité de terrain. D'autre part, ce mémoire offre davantage une base de réflexion éthique et une prise de conscience de la dimension culturelle qui nous conduit à acquérir une compétence culturelle, plutôt qu'un guide de stratégies très spécifiques pour la création d'une AT avec un patient TG, bien qu'il en présente certaines.

<p><b><u>Mots clés</u></b> : Transgenre / Transidentité / Alliance thérapeutique / Moyens / Recherche qualitative / Compétence culturelle et éthique</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------