

De la nécessité, lorsqu'on exerce la kiné dans un pays qui n'est pas le sien, d'être attentif... aux banquettes du métro !¹

VIRGIL BRU

My French Physio London

Kinésithérapeute & ostéopathe

virgil@myfrenchphysio.london

Responsable : Jean-François Stoffel

RÉSUMÉ. – À une époque où l'on parle régulièrement de globalisation, de multiculturalisme ou bien encore de racisme et de repli sur soi, il paraît essentiel d'essayer de comprendre l'impact de ces phénomènes sur notre profession. Aussi bien pour le thérapeute qui parcourt le monde et arrive dans un environnement culturel différent que pour celui qui décide de rester dans son pays de naissance, il paraît illusoire qu'il puisse s'imaginer n'être jamais confronté, au moins une fois dans sa carrière, à un patient possédant une culture différente de la sienne. Au travers de mon expérience et d'exemples concrets, je vais tenter de montrer comment la culture de nos patients impacte notre approche thérapeutique et vais essayer de souligner toute l'importance de prendre en compte cette culture.

ABSTRACT. – Nowadays, in a time when globalization, multiculturalism, xenophobia and even racism are frequent topics of discussion, exploring the impact of these phenomena on our profession is of ever-increasing importance. This concerns not only travelling physiotherapists immersed in a new culture, but also native therapists who will almost certainly find themselves confronted by a patient with a different cultural background at least once during their career. Using both concrete examples as well as those drawn from my own personal experience, I will endeavor to demonstrate how and why the culture of a patient could and should have an impact on our therapeutic approach.

MOTS CLÉS. – Relation thérapeutique — Patient (culture du) — Soignant (culture du) — Kinésithérapie (pratique de la)

-
1. Ce texte est issu d'une causerie délivrée dans le cadre du cours d'*Anthropologie philosophique* de Jean-François Stoffel, donnée le 17 mars 2018 au Département paramédical de Montignies-sur-Sambre de la Helha, et ayant pour thème les paradigmes dans le monde médical et dans celui de la recherche.

La problématique de l'influence de la culture sur la relation thérapeutique est au centre de ma pratique professionnelle, mais aussi de mon parcours d'étudiant. La kinésithérapie n'a pas été une vocation pour moi. Le choix de ces études s'est fait relativement tard, à 18 ans après mon baccalauréat, à la suite d'un stage chez des kinésithérapeutes en Sarthe (France), à une époque où je ne savais pas très bien dans quelle direction m'orienter. C'est sur leurs conseils — « la ville de Charleroi n'est pas parfaite [j'allais découvrir par la suite que c'était un euphémisme], mais l'école excellente ! » — que j'ai émigré en Belgique en 2007 pour intégrer la HELHa qu'à mon époque nous appelions l'IESCA.

C'est probablement le meilleur conseil que j'ai reçu. En effet, grâce au très bon niveau d'enseignement et à l'ouverture d'esprit de cette école, j'ai pu obtenir un diplôme avec une bonne reconnaissance européenne, mais également faire un stage Erasmus en Espagne et réaliser un mémoire historique sur la posture assise. Ce type de mémoire, comme j'ai pu m'en apercevoir par la suite de mes études, n'aurait pas été possible dans bien d'autres établissements !

Bien que j'eusse déjà été confronté à des différences culturelles entre la France et la Belgique, ce stage en Espagne a été ma première expérience de l'impact de la culture sur mon travail, avec comme principale difficulté la barrière de la langue. Grâce au savoir alors acquis, en l'occurrence la maîtrise de l'espagnol et de l'anglais, mais aussi et surtout une certaine aptitude à m'adapter à des patients relevant d'une culture différente, j'ai pu ensuite entreprendre un second master à Londres, en ostéopathie cette fois, à la British School of Osteopathy.

Là encore, j'ai pu expérimenter par moi-même comment la culture influençait non seulement le traitement thérapeutique (en parallèle de mes études, je travaillais comme kiné en cabinet privé), mais aussi la manière d'enseigner avec des avantages (un rapport beaucoup plus égalitaire avec les professeurs et une prise en compte plus importante de nos remarques), mais aussi des inconvénients (beaucoup moins de liberté). C'est précisément en raison de ce manque de liberté que, malheureusement, je n'ai pas pu poursuivre mes recherches historiques initiées au cours de mon master à la HELHa et que j'ai dû me résoudre à faire une étude plus conventionnelle de l'assis en étudiant l'influence de l'angle du siège sur le corps.

La HELHa m'a donc permis non seulement d'avoir un diplôme qui m'a ouvert de nombreuses portes, mais elle m'a aussi et surtout donné la possibilité de réaliser des projets qui me tenaient à cœur et pour lesquels, par conséquent,

je me suis beaucoup investi (j'ai toujours été un étudiant moyen et c'est seulement à mon mémoire que, pour la première fois, j'ai « brillé »).

Ce mémoire atypique dans un département de kinésithérapie — il suffit de lire son titre pour s'en rendre compte : *Plaidoyer pour une étude de l'assis occidental révélant comment et pourquoi s'est installée l'hégémonie du siège conduisant à notre dépendance actuelle : étude historique du néolithique à l'an 391 (civilisations pré-indoeuropéenne, égyptienne, grecque, celte et romaine)* ! — a aussi été pour moi l'occasion de me rendre compte que j'avais un goût pour la recherche et de développer une méthode de travail qui s'est révélée essentielle pour mettre en œuvre des projets complexes comme la création d'un cabinet à Londres (milieu extrêmement concurrentiel). Toujours avec l'aide de la HELHa — on va croire que j'exagère, mais c'est la stricte vérité ! — cet intérêt pour la recherche a pu se concrétiser par différentes publications et l'opportunité annuelle de parler, aux étudiants kinés d'aujourd'hui, de ce qui me passionne. C'est précisément de l'une de ces interventions, relative à l'influence de la culture sur la relation entre un patient et son thérapeute, que je trouvais quelque peu vous entretenir.

Quand j'aborde ce sujet, mes interlocuteurs pensent souvent à des différences dues à la religion ou à une culture non-occidentale, comme s'il fallait inévitablement changer *radicalement* de milieu culturel pour que celui-ci ait une incidence sur la relation thérapeutique. Pourtant, j'ai pu me rendre compte, à travers ma pratique de kinésithérapeute dans divers pays européens, qu'il n'était pas nécessaire d'aller « très loin » pour être obligé de revoir drastiquement son approche thérapeutique.

Prenons le Royaume-Uni par exemple. Bien qu'il soit proche géographiquement et historiquement de mon pays de naissance, on peut déjà y déceler des différences majeures entre la prise en charge thérapeutique d'un patient selon qu'il est anglais ou français (je fais ici des généralités, chaque patient étant évidemment unique).

Ces différences résultent de la divergence du rapport au corps qui existe entre ces deux pays. Pour s'en convaincre, il suffit de comparer une rame de métro à Paris et à Londres en tant que cet espace de promiscuité est particulièrement révélateur du rapport aux corps des uns et des autres. L'Anglais a besoin d'un plus grand espace personnel que le Français, besoin qui résulte de sa répulsion pour tout contact physique avec une personne inconnue. Dans

ce contexte, chaque micro-effleurement est, immédiatement et inmanquablement, suivi d'un « *sorry* » qui manifeste qu'une frontière a été franchie, même involontairement, et qu'il convient donc de s'en excuser. Dans le métro donc, faisons attention aux accoudoirs qui constituent la manifestation la plus perceptible de cette divergence : alors qu'en France, ils n'existent tout simplement pas, ils servent, en Angleterre, à délimiter précisément l'espace personnel de chaque place assise.



Métro parisien



Métro Londonien

Loin de se limiter au métro, la différence du rapport au toucher se marque aussi lors du rituel du « bonjour ». En France, il est courant, en arrivant au travail ou en rejoignant des amis, de « faire la bise » ou du moins de serrer la main à toutes les personnes présente. La salutation française implique donc l'établissement d'un contact physique. Outre-Manche, un « *hi* » ou un « *morning* », sans plus de fioriture, est amplement suffisant. Quant à la « bise », elle est quasi inexistante. Même le serrage de main est réservé uniquement à la première rencontre ; les amis, eux, se verront gratifier d'un « *hug* » qui est cependant loin d'être systématique.

Enfin, un dernier élément culturel impactant fortement l'approche thérapeutique est le rapport à la nudité. Autant les Français sont connus pour leurs plages naturistes, autant les Anglais vont flouter tout sein ou tout sexe à la télévision.

Ces différences culturelles amènent parfois à des situations cocasses, voire à des incompréhensions totales. Une des plus frappantes à laquelle j'ai pu assister s'est passée une fois de plus dans le métro. Ce n'est guère étonnant : comme des millions de personnes venant d'horizons très variés s'y retrouvent dans un espace exigu, le risque d'interactions non désirées augmente forcément ! En sortant de la station, un groupe de touristes espagnols est visiblement perdu. Aussi, une des jeunes filles de ce groupe s'approche d'un agent de la sécurité qui lui tournait le dos pour requérir son aide. Tout naturellement — du moins pour elle ! —, elle lui prit le bras pour attirer son attention. Le colosse, qui faisait probablement 1 mètre 90 et plus de 100 kg, eut une réaction inattendue, du moins pour la petite Espagnole et moi. Visiblement choqué qu'une personne étrangère se permette de le toucher de manière si directe, il écarta immédiatement son bras pour couper court à ce contact physique ressenti comme une agression et, de sa voix de Stentor, il lâcha un terrible : « *Wahou ! Never ever touch me !* ». Surprise, la jeune fille fit deux pas en arrière et tomba sur ses fesses... Tout, dans cette situation, me paraissait disproportionné : la différence de taille entre la petite Espagnole et le géant anglais, mais également celle entre ce qui était pour la première un acte anodin et, pour le second, une agression caractérisée ! Cette incompréhension entre ces deux individus de ce qu'on peut faire et de ce qui ne se fait pas provenait tout simplement d'une manière différente, due à leur culture, de percevoir le toucher.

* * *

À ce point de la lecture, vous devez vous dire que je vous abreuve d'anecdotes, mais que je n'ai pas encore abordé mon sujet. Voyons donc comment

ces différents rapports au corps, au toucher et à la nudité se répercutent sur le traitement thérapeutique et sur les attentes du patient.

En arrivant à Londres, j'ai été très étonné de découvrir que certains patients n'avaient jamais envisagé un seul instant que je puisse les toucher lors de la séance. Notons que ceci n'est pas une particularité propre à quelques patients, mais bien une spécificité culturelle. Pour preuve, le National Hospital Services (NHS) développe le « *hands off therapy* » qui, comme son nom l'indique, consiste à soigner son patient... sans jamais le toucher ! Avant de pouvoir débiter n'importe quel examen physique d'un patient anglais, il est donc tout à fait fréquent de devoir passer plus de temps à parler avec lui qu'avec un autre patient afin d'établir une relation de confiance.

De la même manière que le toucher ne va pas de soi, se dévêtir lors d'une séance de kiné n'est pas non plus une évidence. Beaucoup d'Anglais ne se sont jamais mis en sous-vêtements devant un professionnel de la santé, que ce soit un kiné ou leur médecin généraliste. Par conséquent, leur demander de le faire risque de les déconcerter, voire même peut créer un mal-être important. En France, à l'inverse, le patient n'aura pas eu l'impression d'avoir été pris correctement en charge s'il n'a pas été examiné « sous toutes les coutures ». Il m'est même arrivé d'avoir des patients français qui, lors de la séance initiale, se déshabillaient avant même que je leur demande de le faire. À Londres en revanche, nombre de cliniques de kinésithérapeutes et d'ostéopathes proposent aux patients une blouse d'hôpital ou un short pour la séance.

Comme dans l'exemple de la petite Espagnole et du géant anglais, la rencontre de différentes cultures peut amener, dans le monde médical, à des incompréhensions, voire même à des ruptures complètes de communication entre un patient et son thérapeute ou entre des professionnels de santé. J'ai pu moi-même l'expérimenter.

Lors d'une formation à Londres de *K-tapping*, j'ai découvert à mon grand étonnement que nous n'allions pas nous dévêtir pour appliquer ces bandes thérapeutiques sur nos hanches ou sur nos ventres comme nous le ferions avec nos patients. Au contraire, nous allions les appliquer... sur nos vêtements pour éviter toute nudité et le malaise qui pourrait en résulter. Après avoir passé en sous-vêtement une grande partie de mes quatre années d'étude en Belgique et avoir été palpé par la grande majorité de ma promotion, le fait de ne pas me mettre dans les meilleures conditions pour l'apprentissage d'une technique au nom du malaise que pourrait susciter chez d'autres professionnels de santé le fait d'être dénudé me semblait tout simplement ridicule. Mais visiblement j'étais le seul

à trouver ça ridicule ! Heureusement pour moi, j'étais déjà à Londres depuis plusieurs années et j'avais donc déjà assimilé le fait qu'éviter toute gêne était une des priorités absolues de la culture anglo-saxonne. J'ai donc fait l'effort de m'adapter à une situation que je trouvais, de la part de professionnels de santé, quand même étonnante.

Pour pouvoir faire un tel effort, il faut déjà avoir pris conscience de ces différences culturelles et de l'impact qu'elles peuvent avoir. Parfois l'incompréhension ou le choc est trop grand, de sorte qu'un tel effort ne peut être fait ni dans un sens ni dans l'autre.

Lors d'une formation sur la rééducation périnéale à Londres, ma collègue a pu assister à une telle rupture. Un gynécologue italien, habitué à donner des cours dans différentes villes européennes, a eu le malheur de créer un malaise dans l'assemblée alors qu'il dispensait son savoir. Afin d'aider les mères à reprendre une vie normale après leur accouchement, une problématique fréquente est de savoir comment et quand reprendre une activité sexuelle. Il expliqua, entre autres choses, qu'elles sont les avantages et les inconvénients de certaines positions. Alors qu'assistaient à ce cours uniquement des kinésithérapeutes spécialisés en rééducation périnéale, plusieurs participantes anglaises furent choquées qu'un sujet aussi gênant soit abordé si crûment : elles quittèrent la salle. Le docteur resta bouche bée devant cette réaction inattendue et probablement extrême de son point de vue. Cet exemple illustre bien le fossé d'incompréhension qui peut se créer en raison de différences culturelles. Jugant légitimes ces informations qu'il dispense habituellement, le docteur s'est trouvé incapable de comprendre la réaction si brutale d'une partie de son auditoire. Tout aussi hallucinés que lui, mais pour une autre raison, les professionnels de santé anglais n'en revenaient pas qu'une personne aussi éduquée que lui puisse aborder un sujet si sensible de manière aussi directe et avec aussi peu de tact. Des deux côtés, on trouvait son attitude légitime ; de deux côtés, on se révélait incapable de comprendre le point de vue de l'autre. Si le médecin italien avait été sensibilisé à l'existence de ces différences culturelles et à leur impact, il aurait sans doute été attentif à surmonter cette incompréhension et aurait pu éviter une telle rupture complète de dialogue.

On le voit : les différences culturelles amènent parfois à des attentes carrément opposées et, en tout cas, modifient considérablement l'approche thérapeutique.

La première difficulté de ces règles culturelles est qu'elles sont tacites. À la différence d'une religion, elles ne sont pas regroupées dans des écrits ni en-

seignées. La seconde difficulté est qu'étant tacites et appliquées par toute une population, elles sont souvent considérées comme une évidence et ne sont donc jamais remises en question. Le risque est alors important que celui qui n'appartient pas à cette population ou à ce groupe provoque, simplement par méconnaissance de ces règles tacites, une incompréhension, voire un conflit.

Mon but n'était pas de porter un jugement sur la valeur intrinsèque de telle culture ou de telle manière de se comporter. Il n'était pas davantage de donner un « mode d'emploi » expliquant comment réagir vis-à-vis d'un patient porteur d'une culture différente de celle de son thérapeute. Il s'agissait plutôt de remettre en cause la pseudo-évidence de ces règles culturelles qui, en réalité, ne sont évidentes que pour ceux qui les partagent.

Prendre conscience de nos règles culturelles et de celles des autres permet assurément de se comporter plus adéquatement, mais également de prendre du recul par rapport à la tendance naturelle visant à les absolutiser. On découvre alors non seulement qui est l'autre, mais également... qui nous sommes !