

Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen
Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la
Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino
della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: - (1963)

Heft: 191

Artikel: Le contact humain base essentielle de la Kinésithérapie

Autor: Douin, J.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929911>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 30.06.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Le contact humain base essentielle de la Kinésithérapie

Communiqué au XVI^e Congrès National de Kinésithérapie, Paris (17 Juin 1962)
par Mr le Dr J. DOUIN

Nous avons choisi ce titre à dessein, pour insister sur l'une de nos préoccupations majeures : notre devoir de rester des *thérapeutes* dont le rôle est de soulager un «homme», malade ou blessé.

Si certains considèrent le *sujet* de ce rapport comme étant éculé, c'est qu'ils sont d'accord avec nous. Et si même nous enfonçons des portes ouvertes, il n'est pas inutile parfois de les *maintenir* ouvertes !

Depuis quelques années, la multiplication des techniques (que ce soit l'électrothérapie, la vertébrothérapie, la massothérapie, la rééducation, l'ergothérapie, le reclassement professionnel), leur perfectionnement et leur complexité imposent au kinésithérapeute un labeur constant pour les utiliser correctement et souvent, une *sélection* dans le choix des techniques à assimiler.

Dans nos centres de médecine physique, il n'est pas rare que le patient soit traité d'abord par un kinésithérapeute chargé de l'électrothérapie puis par le masseur, puis par le rééducateur et enfin l'ergothérapeute; entre temps, un psychologue lui aura peut-être fait subir «des tests» spéciaux qui viendront s'ajouter au «testing musculaire».

A l'échelon médical, le patient passe chez le radiologue, l'orthopédiste ou le rhumatologue, le physiothérapeute et parfois chez le biologiste et l'interniste. Le médecin-traitant, le médecin-conseil de l'Assurance ou de la Mutuelle, le médecin d'usine, et parfois même un ou deux avocats, ajoutent leur grain de sel... ou de sable !...

«Chacun en a sa part... mais quelqu'un l'a-t-il tout entier ?!»

Il y a trente ans, la médecine a subi la même évolution (ou involution ?); les progrès techniques d'investigation et de traitement ont abouti au *morcellement* de la médecine et de la chirurgie en *spécialités multiples*, selon l'organe ou l'appareil à traiter !

Cette spécialisation à outrance a imposé automatiquement la *médecine d'équipe*,

en soi excellente, mais oublieuse parfois de l'*indivisibilité* du patient.

Dans la recherche de la *perfection technique*, certains centres se sont *spécialisés* en outre dans le traitement de l'une ou l'autre affection, à l'exclusion des autres maladies. Dès lors, certains kinésithérapeutes, non seulement ont consacré la majeure partie de leur temps à assimiler une *technique* déterminée, mais en plus sont voués à traiter toute leur vie la même maladie.

Une réaction s'est faite depuis peu en vue d'éviter que les médecins ne deviennent des *techniciens spécialisés*; il faut à mon sens rester très vigilants, si nous voulons que les kinésithérapeutes demeurent des *auxiliaires médicaux* et ne deviennent pas uniquement des *rouages* d'une *équipe dépersonnalisée*. Cette évolution médicale était *inéluçtable* dans l'état actuel de l'avancement des sciences, mais la personnalité humaine, tant du médecin que du patient, y a-t-elle gagné ?

Même si chacun d'entre nous a ses *préférences*, son *orientation propre*, il faut que nous gardions un certain éclectisme sous peine de verser facilement dans le *dogmatisme* et la *routine* engendrant la stagnation !

Bien des années après que Lucas de la Championnière ait affirmé : «le mouvement, c'est la vie», la recherche d'une *réparation anatomique parfaite* restait cependant le souci primordial de la plupart des médecins.

Les idées de Leriche, une meilleure connaissance de la pathogénie des troubles physiopathiques ont amené au premier plan le respect et la préservation de la *mobilité articulaire*, non seulement de l'articulation blessée, mais de toutes les articulations voisines.

Ce n'est que bien plus tard que fut prise en considération l'importance du *moteur*, c'est-à-dire *l'état de la musculature*.

Récupérer la mobilité articulaire, restaurer la puissance musculaire apparut bientôt insuffisant; les problèmes d'équi-

libre musculaire et de coordination motrice, c'est-à-dire le rétablissement des réflexes simples innés mais aussi la *recréation* des *réflexes conditionnés* faisant appel aux centres supérieurs, prirent le pas sur toutes les autres questions.

Il fallait non seulement «pouvoir» mais encore «savoir» !

C'est avec l'idée de recréer de *nouvelles images motrices* qu'est née la véritable *rééducation* : rééducation du geste, des attitudes, de la marche, etc.

Mais l'homme n'est pas mû uniquement par des *réflexes conditionnés* et ne peut être comparé à un animal de cirque... du moins pas encore !

L'homme est un *être pensant*; il a de son état, sa propre appréciation et est en fait le dernier juge du résultat obtenu. Logiquement, il ne s'estimera satisfait que s'il a repris *sa place* dans la famille, dans la société. Si la notion d'une *diminution de ses capacités d'homme* reste dernière sentence, nous ne pourrons jamais parler d'un résultat parfait !

En plus de la mobilisation passive et active, en plus de la rééducation, il faut donc *réintégrer* le patient dans la société, c'est-à-dire le *réadapter*.

En fait, «réadapter un patient» est une affirmation inexacte; un patient *doit «se» réadapter* et c'est ici que nous retrouvons le troisième terme de l'assertion de Leroy: en plus de *pouvoir* et *savoir*, il faut *vouloir*.

Ce désir de guérir, cette volonté de réadaptation dépend cependant de bien des choses ! Ce désir doit bien souvent être attisé, surtout s'il est impossible de rendre au patient sa place d'autrefois ! Sa volonté sera bien plus déficiente, s'il perçoit d'emblée qu'une certaine gamme d'activités lui est désormais interdite.

Lorsqu'un *reclassement* s'impose, il faut par tous les moyens empêcher le patient de le considérer comme un «*déclassement*» évitant ainsi le développement d'un *complexe d'infériorité*, source de revendication.

La restauration fonctionnelle, la rééducation et la réadaptation répondent en fait au *souci majeur* de la médecine : rendre au patient «*l'intégrité de sa personnalité*». (Remarquons en passant que nous sommes

bien loin et bien au-dessus des problèmes techniques !...)

Les structures actuelles de la société ont contribué largement à compliquer le problème et l'*optique de la personnalité humaine* varie, non seulement d'un méridien à l'autre, mais dans un même pays selon que l'on considère l'*Individu* avec l'œil de l'employeur ou l'œil de l'employé, avec l'œil de l'assureur ou l'œil de l'assuré, avec l'œil du médecin d'assurance ou l'œil du médecin-traitant !

Il y a cent ans, le blessé ou le malade reprenait le travail dès que possible et se réadaptait comme il pouvait... ou bien *disparaissait* parce que trop faible. Cette reprise du travail souvent précoce était cependant parfois très nuisible à la santé de l'individu et à la qualité de la guérison ! Mais à l'époque, personne ne s'en préoccupait et la *mendicité* représentait la seule forme de reclassement !

Aujourd'hui, si nous comparons par exemple les résultats du traitement des hernies discales chez les accidentés du travail, les assurés sociaux et les indépendants, il apparaît qu'un patient atteint de sciatique reprend ses activités beaucoup plus tôt s'il est indépendant, c'est-à-dire non assuré (sa subsistance dépendant uniquement de son travail) et que l'assuré social, ne percevant qu'une *partie* de son salaire en cas de maladie, reprend beaucoup plus tôt encore que l'accidenté du travail dont la perte de salaire est compensée à 100% par les assurances !

Il est donc évident que *plus un patient est protégé, moins la récupération est rapide* !

Mais, est-ce sa faute à lui ?...

La loi sur les accidents du travail, l'assurance-maladie obligatoire, prélevant bon gré mal gré une part appréciable du salaire, ont développé chez le patient, blessé ou malade, la *notion d'un droit à la réparation* ! Pourquoi n'en serait-il pas ainsi ?

Il ne faut pas non plus minimiser le rôle de l'*instruction obligatoire* dans cet état de choses; il y a cent ans, le manoeuvre illettré n'avait qu'un seul souci : assurer sa subsistance et celle de sa famille et qu'un seul plaisir..., faire des gosses !

«Aimer, boire et chanter» représentait la seule distraction possible !

Peut-on exiger du manœuvre d'aujourd'hui, ayant suivi les cours scolaires jusqu'à 14 ans et bientôt jusqu'à 15 ans, lisant les journaux, écoutant la radio et regardant la télévision, *et surtout préservé de la misère réelle*, qu'il manifeste un enthousiasme particulier à la pensée de charger du minerai toute la journée ou de pousser des wagonnets de charbon ?

L'ouvrier qualifié lui-même, du fait de la mécanisation, du travail à la chaîne, s'est vu réduit de plus en plus au rôle de *robot bien conditionné*.

En regard de l'élévation très importante du *niveau intellectuel* de nos populations, il faut admettre que le travail, tel qu'il est conçu, ne peut offrir le même attrait qu'autrefois.

L'individu perçoit de plus en plus que son labeur n'ajoute rien ou peu à ses qualités d'homme, et que s'il le désire ses loisirs bien choisis apporteront beaucoup plus au développement de sa personnalité !

Le patient n'a donc plus les mêmes raisons impérieuses et vitales de reprendre son travail; ses qualités intellectuelles nettement plus développées et son affectivité sensibilisée ne l'y poussent pas davantage.

Ajoutons enfin qu'en cas de blessure ou de maladie, il sera beaucoup plus sensible qu'autrefois à une *dépréciation* de ses capacités et sera beaucoup plus exigeant quant à la qualité de la réparation.

En regardant le paysage par l'autre bout de la lorgnette, le problème apparaît tout différent. Le fonctionnement de l'assurance-maladie-invalidité a imposé la création de l'emploi de médecin-contrôleur dans le but d'éviter le gaspillage. Mais à quel niveau finit la libéralité pour devenir gaspillage... ou parcimonie ?...

La loi sur le salaire hebdomadaire garanti a nécessité un contrôle supplémentaire par le médecin d'usine.

La loi sur les accidents de travail impose à l'employeur de compenser la perte de salaire subie par l'employé et de payer les frais du traitement.

L'employeur est couvert par des contrats d'assurance et souvent il a fondé son *propre dispensaire de soins*, dont le

but n'est pas nécessairement philanthropique !

Pour certaines catégories de travailleurs un «*règlement d'atelier*» restreint le *libre choix* à l'un ou l'autre établissement de soins.

Le patient est dès lors orienté, bon gré mal gré, vers un médecin (employé du patron ou de l'assurance, ou dépendant de ceux-ci) qui doit d'une part lui distribuer les soins nécessaires à son état mais, d'autre part, doit également décider de sa capacité de travail !

Comment un blessé pourrait-il abandonner toute sa confiance au médecin qui le soigne et voir en lui l'allié, le défenseur, l'ami alors qu'à ses yeux il reste *l'ennemi en puissance* pouvant décider de son sort.

Théoriquement destinées à assurer au patient une guérison qualitativement meilleure, la rééducation et la réadaptation (et tous les moyens employés à cet effet) n'ont pas toujours été conçues et mises en œuvre dans ce seul et unique but.

A la notion primitive de rendre à l'individu son intégrité fonctionnelle la plus complète possible et de le réadapter à la place qu'il occupait, et ce pour son plus grand bien, s'est ajoutée *et même parfois substituée* la notion de récupérer au plus tôt le patient pour le bien de la société, c'est-à-dire *d'écourter au maximum la période d'invalidité* !

Le souci, tout à fait légitime, de réduire les frais occasionnés par la durée et le taux d'une invalidité doit cependant rester secondaire; *le bien du patient* doit passer avant *le bien de la société* et doit rester le premier but de tout thérapeute.

C'est en méconnaissant ces grands principes de base, en exagérant le souci d'économie, qu'on aboutit parfois à une véritable *caricature* : la rééducation devient alors du *dressage* et la réadaptation une *remise aux travaux forcés* !

Comment ne pas considérer comme un *abus d'autorité* le fait d'imposer à un blessé l'hospitalisation à 50 kilomètres de chez lui, alors qu'il était judicieusement traité tout près de son domicile !

Extraire un patient de son milieu familial, sans raison médicale valable, interdire les visites, supprimer la permission du dimanche pour susciter le désir de reprise

du travail... sont-ce là des actes médicaux à classer dans la rééducation ?

Faut-il abonder dans le sens de certains commanditaires qui insistent pour que l'érgothérapie soit la plus ennuyeuse possible ?!!! On aboutirait facilement à diviser les individus confrontés à ces problèmes en deux grands groupes : d'une part les *sinistrosés* et d'autre part les *sinistrophobes* !

Certes, le tableau est loin d'être toujours aussi noir mais c'est souvent dans un climat tourmenté de *méfiance mutuelle latente* que se déroule l'action rééducative.

Que nous le voulions ou non, lorsqu'un patient arrive auprès du kinésithérapeute, il a déjà subi divers *contacts* dont certains peuvent l'avoir hérissé. Ce n'est pas lui qui doit provoquer notre sympathie (en principe accordée à tous) mais bien nous qui devons *gagner sa confiance* ! Le problème est encore bien plus difficile lorsque le kinésithérapeute est l'auxiliaire du médecin-contrôleur.

En juin 1961, lors de votre 10^e Congrès international tenu à Liège, nous avons décrit le *syndrome rachialgique et polyalgique d'adaptation*; « nous le considérons comme un syndrome d'*hypersensibilité*, d'*alarme constante*, d'*anxiété permanente* chez des patients mal adaptés à la vie qu'ils mènent ou craignant de l'être ».

En considérant le domaine qui nous occupe aujourd'hui, on peut dire qu'à différents degrés, la plupart de nos patients sont *conditionnés dans l'anxiété* et nous apportent tous leurs problèmes en même temps que leur dommage physique.

En poussant quelque peu l'observation, on trouvera que le patient a peur qu'on le fasse souffrir,

peur d'être incompris,

peur d'être considéré comme douillet ou paresseux,

peur d'être hospitalisé ou opéré,

peur d'être remis trop tôt au travail,

peur de perdre sa place,

peur de ne pas guérir,

peur de subir des comparaisons défavorables avec d'autres blessés !

L'anxiété d'un patient, sa sensibilité variable à la douleur, sa résistance aux chocs émotionnels dépendent de multiples fac-

teurs : éducation, instruction, race, sexe, chocs antérieurs, etc., etc.

Ses *facultés de réadaptation* seront *tributaires*, non seulement de qualités personnelles, mais dépendront du dommage subi, de l'appréciation de ce dommage, du métier exercé, d'une promotion professionnelle encore possible et de la position sociale.

Les premiers contacts d'un patient avec le kinésithérapeute seront dès lors absolument *décisifs*; c'est au cours des premières séances qu'il doit vaincre une certaine méfiance possible et *gagner toute la confiance* du patient... sous peine d'être considéré comme appartenant au clan adverse !

Tout en étudiant le problème lésionnel et fonctionnel, le kinésithérapeute devra pénétrer plus avant dans la personnalité du sujet.

Il appréciera la sensibilité à la douleur et restera bien en deça de l'action efficace pour éviter à tout prix qu'une première séance trop douloureuse ne déclenche de nouvelles appréhensions.

En quelques séances, le kinésithérapeute connaîtra les appréhensions du patient, ses angoisses, ses doutes, ses craintes, ses rancœurs, ses espoirs; il aura appris l'existence éventuelle de litiges juridiques susceptibles de « hérissier » le patient; il s'informer de sa situation familiale, sociale et professionnelle; bref, *il fera le tour de la personnalité* du patient qu'il doit traiter, et estimera l'importance des éléments extrinsèques qui peuvent influencer les facultés individuelles de réadaptation.

Un certain nombre de patients nous sont adressés avec des *étiquettes* lapidaires, telles que « *sinistrosé* », « *revendicateur* », « *tire au flanc* », « *carottier* », « *pusillanime* », etc.

A notre avis, ce sont là des assertions souvent beaucoup trop tranchées, toujours graves et qui ne doivent en aucun cas modifier notre comportement vis-à-vis d'un patient qui nous est confié et surtout qui se confie à nous.

La vérité, comme toujours, est beaucoup plus *nuancée* ! L'exemple des travailleurs étrangers engagés dans nos mines belges est particulièrement démonstratif.

Appâtés par des salaires élevés et un niveau de vie meilleur, ces hommes miséreux

se sont *expatriés* pour assurer leur subsistance et celle de leur famille. Cependant, bien peu étaient *préparés* au travail dans le fond de la mine : anciens militaires, cultivateurs, gardiens de troupeaux, artistes, ouvriers qualifiés, intellectuels se sont retrouvés dans un pays étranger, souvent séparés de leur famille, exécutant un travail lourd et insalubre qui n'a vraiment rien d'exaltant *mais qui leur permet* de ne pas mourir de faim !

Depuis leur arrivée en Belgique, ils savent que certaines dispositions légales font état d'une *prévention* des maladies professionnelles; en cas de silicose pulmonaire avérée, en cas de blessure, l'ouvrier-mineur peut obtenir la pension après dix ou quinze ans de travail, pension qui est l'une des plus élevées qu'un travailleur puisse obtenir.

Dans le *subconscient* de ces travailleurs, pourquoi n'aurait pas germé dès le début le *désir*, inavoué mais bien réel, de quitter un travail malsain pour s'établir dans une autre profession ou rentrer dans leur pays.

Qu'un tel travailleur soit victime d'un accident de travail, pouvons-nous lui demander le même désir de récupération qu'à un indépendant non assuré ?

Nous ne pensons pas que cette *lenteur dans la réadaptation* soit absolument volontaire et consciente; elle résulte du *conditionnement* de ces patients par une foule d'éléments extérieurs dont ils ne sont pas responsables.

Si l'on pénètre quelque peu la personnalité d'un tel patient, il s'avère alors *inutile* de multiplier les séances peu productives ou de recourir à une certaine brutalité qui conduit inéluctablement le patient à la revendication.

A moins de la pousser jusqu'au bout et d'employer des méthodes totalement inhumaines, la brutalité ne peut être un avantage, ni pour l'individu, ni pour la société.

Mais, dira-t-on, le médecin doit participer à ces investigations psychologiques ! Dans une certaine mesure, le médecin tentera de donner sa propre appréciation; mais en pratique, il voit le sujet beaucoup moins souvent que le kinésithérapeute, toujours d'un *abord plus facile*.

Il suffit de penser à tout ce que les patients racontent pendant le traitement

pour estimer qu'en fait il s'agit là d'une sorte de «défoulement».

On conçoit aisément que chaque patient, apportant une foule de problèmes différents, ne peut jamais être comparé à un autre patient et réclame de toute façon *une action individuelle*. C'est à notre avis l'écueil de la *médecine de groupes*, surtout lorsque ces groupes ont une composition trop disparate. Il n'est pas toujours salubre pour un patient d'être *comparé* à un patient arrivé à un stade plus avancé de sa réadaptation et peut-être mieux doué que lui.

L'émulation des salles de rééducation n'est pas toujours orientée dans le bon sens; un compagnon enthousiaste peut parler de ses progrès, de ses succès, de ses espoirs; son influence sera alors bénéfique; mais il peut aussi parler de ses craintes, de ses doutes, de ses litiges et du taux d'invalidité qu'il espère obtenir !

L'*influence* directe du kinésiste nous paraît beaucoup plus certaine et beaucoup plus stable et doit passer bien avant l'influence possible du groupe sur l'individu.

Toutes les techniques employées ne peuvent constituer que des adjuvants, des variations et doivent rester à tout moment sous la *surveillance effective* du kinésithérapeute. Jamais ces techniques ne pourront *supplanter* «la main pensante» du kinésithérapeute.

Le patient amène sa personnalité tout entière et c'est avec ses qualités d'homme que le kinésithérapeute pourra être le plus utile.

Les qualités exigées du kinésithérapeute sont donc multiples : les connaissances scientifiques et techniques sont *indispensables*, mais bien au-dessus, nous plaçons un jugement sain issu d'une pratique intelligente et surtout les qualités de cœur, de compassion, de compréhension, jointes à un caractère enthousiaste de *conducteur d'hommes*.

Dans la pratique médicale compartimentée d'aujourd'hui, c'est le kinésithérapeute qui peut garder les contacts les plus fréquents et plus étroits avec le patient et rester le plus *proche* de lui.

Evitons dès lors, autant que possible, de faire intervenir dans un traitement différentes personnes, pour concentrer au ma-

ximum l'action individuelle d'un seul homme.

Le *colloque singulier* médecin-malade (dont on parle tant) doit se transposer en un *colloque singulier* malade-kinésithérapeute.

Dominant les contingences techniques, participant à une meilleure connaissance

du patient, le rôle du kinésithérapeute doit être celui d'un *auxiliaire médical* et son action est et doit rester un acte thérapeutique : c'est-à-dire le soulagement physique et moral apporté à un individu par un autre individu.

J. Douin

Liège, ce 15 juin 1962

Wegen Todesfall des Inhabers günstig zu verkaufen

2 guterhaltene Massagebänke

gute Polsterung in abwaschbarem Kunstleder. Preis zusammen Fr. 400.—
Anfragen an:

Walter Bäni, Berg, Uerkheim AG

PHYSIOTHERAPEUTE (29)

avec 9 années pratique en Allemagne, Suède et Angleterre cherche place en Suisse romande

Ecrire sous chiffre 885



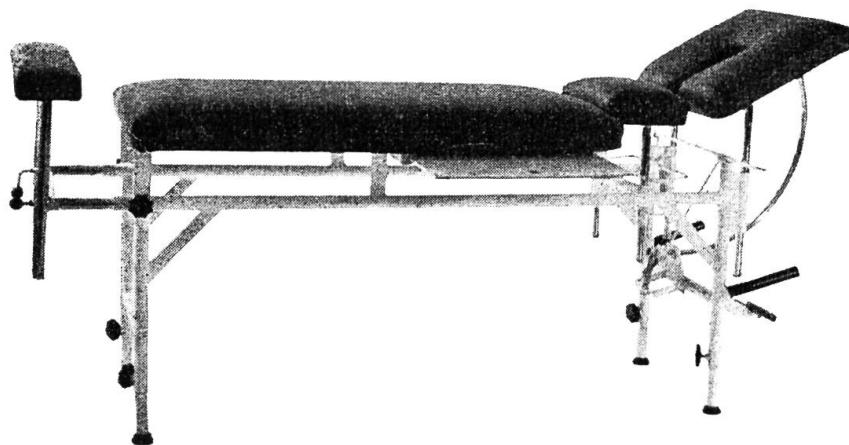
MASSAGE-OEL

Fordern Sie bitte
Gratismuster an!

belebt und erfrischt die Haut und hat einen unaufdringlichen sauberen Geruch. Es dringt ohne jegliche Schmierwirkung sofort und vollst. in die Haut ein.

PHAFAG AG., Pharm. Fabrik, Schaan (Liechtenstein)

Moderne Massagebänke und Repositionstische



Verstellbare Kopf- und Brustteile
ausziehbare und verstellbare Fussteile
Höhenschnellverstellung,
Gute Polsterung in abwaschbarem PVC-Kunstleder

Vorführung und Offerte durch

QUARZ AG.

Zürich 8

Othmarstr. 8, Tel. (051) 32 79 32