

Faculté des sciences de la motricité

Les modalités et l'application du consentement en kinésithérapie

Autrice : Léonor Dispas
Promotrice : Laurence Deberdt
Année académique 2024-2025
Master en kinésithérapie et réadaptation [60.0] – KINE2M

UCLouvain FSM : Déclaration d'utilisation des aides et outils Intelligence Artificielle (IA)

J'ai utilisé l'IA pour ce projet : ☒ Oui
☐ Non

Si vous avez utilisé l'IA dans ce travail, veuillez préciser comment ci-dessous :

Texte (par exemple, vérification orthographique, génération de texte, production d'idées, ...)

Le cas échéant, veuillez résumer (500 caractères maximum):

recherche de synonymes, reformulation de phrases, traduction de texte de l'anglais vers le français

Images

Le cas échéant, veuillez résumer (500 caractères maximum):

non applicable

Code, aide à la programmation, ou algorithmes

Le cas échéant, veuillez résumer (500 caractères maximum):

non applicable

Autres utilisations

Le cas échéant, veuillez résumer (500 caractères maximum):

Je connais les règles de l'UCLouvain en matière d'intelligence artificielle. Je déclare que toute utilisation d'aides ou d'outils d'intelligence artificielle est explicitement mentionnée dans le présent formulaire de déclaration.

Nom	Dispas	Prénom	Léonor
-----	--------	--------	--------



Remerciements

Au terme de ce mémoire, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée dans la réflexion et la réalisation de ce travail de près ou de loin.

Premièrement, je suis particulièrement reconnaissante envers ma promotrice Laurence Deberdt pour sa disponibilité et ses conseils de qualité afin me pousser dans mon raisonnement.

Ses conseils ont été d'une aide précieuse tout au long de la rédaction de ce travail.

Deuxièmement, je tiens à remercier ma maman pour ses conseils et relectures.

Enfin, merci à toutes les femmes qui m'entourent et qui, par nos échanges, m'ont poussée à questionner plus profondément les rapports de pouvoir, le respect du corps et la notion de consentement dans la pratique de la kinésithérapie.

1. Table des matières

Remerciements	3
1. Table des matières	4
2. Introduction	6
3. Matériel et méthodes.....	8
3.1. Sources d'informations.....	8
3.2. Stratégie de recherche	8
3.3. Critères d'éligibilité	8
4. Cadre théorique.....	10
4.1. Définition du consentement	10
4.1.1. Définitions	10
4.1.2. Notion de consentement éclairé	11
4.1.3. Histoire du consentement	12
5. Développement.....	20
5.1. Éthique médicale.....	20
5.1.1. Le paternalisme	20
5.1.2. Autonomie du·de la patient·e.....	21
5.1.3. Les effets de cadrages.....	21
5.2. Le consentement en kinésithérapie	22
5.2.1. Relation patient·e-kinésithérapeute	22
5.2.2. Le·la kinésithérapeute dans le rôle de l'agresseur·euse	23
5.2.3. Place du consentement dans la prise en charge en kinésithérapie.....	25
5.2.4. Consentement lors des interactions physiques en kinésithérapie	27
5.2.5. Les modalités pratiques : le consentement selon les contextes	30
5.2.6. Les défis et obstacles liés à la mise en application	40
5.3. Le consentement réciproque.....	43
6. Discussion	45
6.1. Convergences dans la littérature.....	45

6.2.	Divergences	46
6.3.	Limites des recherches existantes	47
6.4.	Défis actuels à la mise en place.....	48
6.5.	Consentement comme outil, comment le mettre en place en pratique ?.....	49
6.5.1.	Le consentement comme outil pour les kinésithérapeutes	50
6.5.2.	Lien entre consentement, alliance thérapeutique et adhérence au traitement	51
6.5.3.	Cadre du consentement dans un ordre kinésithérapeutique en Belgique ? ...	52
6.6.	Biais	52
7.	<i>Conclusion</i>.....	55
8.	<i>Bibliographie</i>	57

2. Introduction

« S'il est une chose absolument certaine, c'est qu'il sera possible d'écrire sur le consentement aussi longtemps qu'il y aura des Hommes, le consentement — et le refus de consentir — étant une des expressions les plus complètes de la liberté. »
(Porcher, 2019, p. 8) (1)

Bien que le consentement éclairé puisse apparaître comme un principe fondamental, il reste un sujet de questionnements et de discussions, tant sur son importance que sur son application dans divers contextes, dont les domaines médical et paramédical.

Le consentement est indispensable dans le monde de la kinésithérapie. En effet cette pratique est assez spécifique par sa proximité entre les thérapeutes et leurs patient·es. Le consentement a donc un rôle important à jouer afin que les deux parties se sentent en sécurité et dans un cadre bienveillant, lors de la prise en charge. La kinésithérapie comprend également des pratiques incluant un contact physique, ce qui demande une attention particulière : en fonction du contexte et des personnes concernées, ce toucher peut être interprété de manières différentes.

Le consentement en kinésithérapie est organisé selon deux grands axes, un axe juridique et un axe éthique. L'axe juridique établit un cadre que les kinésithérapeutes doivent respecter afin de se conformer aux lois établies par l'Etat dans lequel iels exercent. En dehors de la protection juridique, le consentement a une dimension éthique très présente. Il est en effet difficile de dissocier les deux.

Nous débuterons cette étude par un état des lieux des lois en application concernant le consentement. Quoiqu'encore très actuel, les premiers textes de lois concernant le consentement remontent à l'après deuxième guerre mondiale et ont considérablement évolué jusqu'à aujourd'hui. Par la suite, nous analyserons ce consentement en fonction de différents contextes qui peuvent faire varier l'application de celui-ci. Enfin, bien que le cadre théorique du consentement en

kinésithérapie soit de plus en plus défini, il reste cependant un écart entre la théorie et sa réelle application dans la prise en charge en kinésithérapie.

Le but de cette recherche est de mettre en évidence la place et l'influence d'un consentement éclairé lors de la prise en charge en kinésithérapie. Ce travail permettra également de définir les modalités pratiques de l'application du consentement éclairé en kinésithérapie, au regard des évidences scientifiques actuelles.

3. Matériel et méthodes

3.1. Sources d'informations

Afin d'écrire cette revue narrative, la recherche de littérature a été réalisée sur les bases de données suivantes : Pedro, PubMed, Science direct. Certains documents viennent également de rapports institutionnels disponibles sur le SPF santé.

3.2. Stratégie de recherche

Les mots clefs utilisés pour cette recherche sont : « informed consent, physiotherapy, ethics, physical therapy, physical touch, patient law ».

Tout type d'article scientifique a été inclus à cette étude (revue systématique, méta-analyse, revue narrative, etc).

3.3. Critères d'éligibilité

Les études sélectionnées pour cette revue narrative sont écrites en français ou en anglais, abordent le sujet du consentement dans le monde médical et paramédical ainsi que le consentement de manière plus large par ses aspects juridiques et ses applications dans la société et ont été publiées entre les années 1995 et 2025.

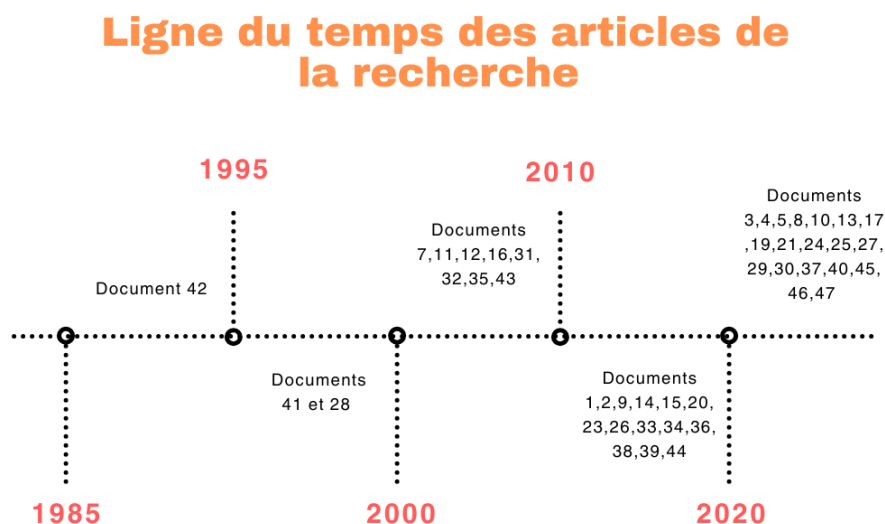


Figure 1. Ligne du temps des articles de la recherche (élaboré par l'autrice)

Cette ligne du temps met en évidence la répartition des documents utilisés lors de l'étude. Nous remarquons que la majorité des études utilisées sont datées entre 2010 et 2025, ce qui permet de se rendre compte de l'actualité de la thématique. Un article antérieur à 1995 a cependant été inclus à l'étude afin d'approfondir la question du harcèlement dans le cadre du non-respect du consentement, et ainsi apporter une lecture plus nuancée de cette analyse.

Tous les doublons, les études ne concernant pas le domaine de la santé, de la kinésithérapie, du consentement, antérieures à l'année 1995, écrites dans une autre langue que le français ou l'anglais, ainsi que les textes n'étant pas en libre accès, ont été exclus de cette recherche. Les guidelines « SANRA » ont été respectées pour l'écriture de cette revue narrative. Cette échelle d'évaluation des revues narratives comprend 6 critères évalués de 0 à 2, soit un score total sur 12. (2)

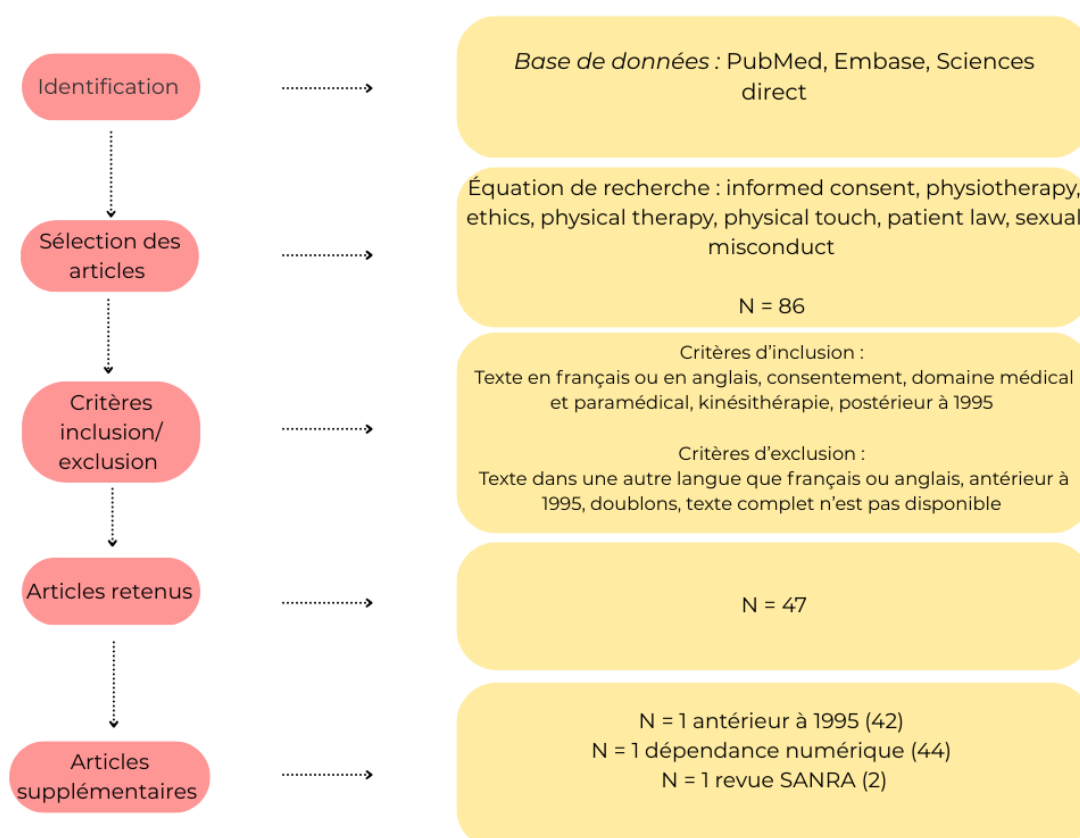


Figure 2. Flowchart (élaboré par l'autrice)

4. Cadre théorique

4.1. Définition du consentement

Dans ce premier point, nous posons le cadre du consentement dans les soins de santé au sens large et la notion de consentement éclairé ; nous retracerons un bref historique du consentement ; et enfin, nous nous pencherons sur la notion d'éthique médicale.

4.1.1. Définitions

Le Larousse définit le consentement comme « *action de donner son accord pour un projet* ». Exemple : location de bail, mariage (3)

Dans le domaine médical, le consentement est caractérisé de « libre et éclairé ». L'aspect de liberté signifie que la décision de consentir est prise hors de toute contrainte. Le terme éclairé suppose que les informations ont été données de manière claire au·à la patient·e et comprises par ce·tte dernier·ère. (1)

Selon le Larousse à nouveau, le consentement éclairé est défini comme suivant.

« Consentement éclairé, accord que donne un patient, majeur et pleinement lucide, pour recevoir un traitement médical ou chirurgical après avoir été clairement informé par un médecin des risques encourus et des conséquences possibles. (L'information préalable au consentement éclairé est aujourd'hui une obligation légale.) » (4)

Le consentement éclairé, ou valide, comme défini dans le domaine médical, possède une histoire ancrée dans le droit, l'éthique et la pratique clinique et de recherche. Dans le cadre de la pratique clinique, il repose sur plusieurs éléments clés : la transmission d'informations par le·la professionnel·le de santé, la compréhension et l'adhésion du·de la patient·e, ainsi que des conditions préalables telles que sa compétence et son consentement libre et volontaire. (5)

Le consentement dans les soins de santé repose sur des principes éthiques et juridiques fondamentaux qui soutiennent l'autonomie et les droits des patient·es. Il existe plusieurs aspects clés de ce concept : nous pouvons entre autres observer son application dans différents domaines médicaux, ses modalités pratiques et les défis et obstacles liés à sa mise en application. (1)

Nous nous attarderons sur ces aspects dans le point 5, en étudiant le consentement dans le domaine de la kinésithérapie.

4.1.2. Notion de consentement éclairé

Il existe dans la juridiction belge actuelle plusieurs sortes de consentement. La définition du consentement varie selon ses domaines d'application. En effet, nous distinguons dans la loi belge, le consentement en matière sexuelle, le consentement contractuel ainsi que le consentement éclairé dans le domaine de la santé. (6)

Le consentement éclairé est un principe fondamental dans le monde médical et paramédical, établi pour respecter l'autonomie des individus et leur permettre de faire des choix éclairés et volontaires quant à leur participation à des traitements. (7) Le consentement éclairé implique que la personne comprenne les implications de ce qui lui est présenté. Dans le cadre des soins de santé, cela consiste donc à expliquer de manière claire et complète au·à la patient·e les implications de la pathologie et de la prise en charge proposée.

Ce principe de consentement repose sur deux valeurs éthiques principales : premièrement, l'autonomie, qui implique que chaque personne a le droit de contrôler les décisions concernant sa propre santé. Ensuite, le respect de la personne, qui exige des professionnel·les de la santé de considérer les patient·es non seulement comme des bénéficiaires de soins, mais comme des acteur·ices ayant des valeurs et des objectifs personnels. (7)

Sur le plan philosophique, l'autonomie puise ses racines dans les éthiques déontologique et utilitariste, principalement exposées dans les travaux d'Immanuel Kant et de Jeremy Bentham. « Kant a basé son interprétation de la morale sur la

capacité de raisonner des êtres humains. Il existe selon lui des lois du comportement éthique qui disent que l'être humain doit agir en accord avec la loi, la déontologie, etc. » (8)

4.1.3. Histoire du consentement

4.1.3.1. *Histoire juridique*

L'histoire du consentement en Europe a été marquée par différents éléments (procès, loi, mouvements) que nous détaillerons ci-dessous afin d'avoir une vision d'ensemble de l'état des lieux actuel du consentement dans le domaine médical. (9)

Le droit et la médecine sont fortement liés, ce sont deux disciplines humanistes ayant pour objectif commun la protection de la personne. En effet, le consentement est reconnu dans la profession médicale comme : « le devoir le plus fondamental du médecin, imposé par l'exigence du respect de la personne humaine. » (Bergoignan-Esper & Sargos, 2021) (10)

L'imposition du consentement dans le domaine médical ne s'est pas faite en un jour. En 1932, des études sur la syphilis ont été réalisées, dont l'étude « Tuskegee » pour laquelle les patient·es n'étaient pas au courant de la nature des expériences. Lors de la seconde guerre mondiale également, les Nazis ont réalisé des expériences médicales sur les prisonnier·ères de l'époque contre leur gré. Tout cela a mené au questionnement de la place du consentement, à un intérêt grandissant de celui-ci et de son application dans le monde médical. (9)

En 1942, une décision marquante dans l'histoire du consentement médical sera prononcée par la Cour de cassation de Bordeaux le 28 janvier avec l'arrêt Teyssier. Cet arrêt repose sur un principe important du droit médical : le devoir d'information du·de la soignant·e envers son·sa patient·e. Monsieur Teyssier ayant été victime d'un accident de la route, a par la suite attaqué son chirurgien en justice, en expliquant que celui-ci ne l'a pas informé sur la nature de la procédure et d'avoir utilisé une greffe à destination d'un·e autre patient·e. (11)

Cela marquera un premier pas vers le consentement éclairé dans le domaine médical. Cet arrêt précède de plusieurs décennies l'arrivée du consentement dans la loi française. (11)

En 1947, le code Nuremberg a également été créé pour donner suite aux actes médicaux non consentis durant la seconde guerre mondiale, permettant de condamner certains des médecins nazis de l'époque et d'établir la liste des principes fondamentaux du respect de la personne. (10) Celui-ci établi :

« Le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel. Cela signifie que la personne doit avoir la capacité juridique de donner son consentement ; doit être dans une situation telle qu'elle puisse exercer un libre choix, sans l'intervention d'aucun élément de force, de fraude, de tromperie, de contrainte, de surenchère ou de toute autre forme de contrainte ou d'abus ; et avoir une connaissance et une compréhension suffisantes des éléments de la matière en cause pour lui permettre de prendre une décision compréhensive et éclairée ». (Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10, 1949). (9)

Ce texte marque donc la première loi sur le consentement médical aux États-Unis. Plusieurs grands procès ont marqué l'avancée du consentement dans le milieu médical à travers le monde.

Le code Nuremberg s'est limité à la recherche sur des adultes en bonne santé et a interdit celle impliquant des enfants, estimés dépourvus de capacité juridique. En 1964, la déclaration d'Helsinki a remplacé le code Nuremberg concernant les droits des volontaires sains impliqués dans la recherche médicale. A partir de 1983, la déclaration d'Helsinki affirme que le consentement des enfants doit être obtenu en plus du consentement du tuteur légal. Cette déclaration a été revisitée par la suite à plusieurs reprises notamment en 2000 en indiquant que les parents doivent prendre très au sérieux le refus ou la résistance des enfants, même très jeunes, lorsqu'il s'agit de recherches ne concernant pas un traitement médical. (12)

Avec le code Nuremberg, deux termes sont ressortis de tout cela. Le paternalisme qui désigne le fait d'omettre certaines informations en décidant à la place du·de la patient·e que celle-ci ne sont pas nécessaires à la prise de décision. Et l'autonomie qui dit que le·la patient·e doit être capable de prendre ses décisions de manière autonome en connaissant tous les éléments nécessaires à la prise de décision. (9) Ces deux termes seront approfondis par la suite dans la section éthique médicale.

Historiquement donc, le consentement éclairé a énormément évolué au cours du 20^e siècle, passant de la simple acceptation des soins de santé à une norme juridique établie dans de nombreux pays.

L'affaire Montgomery vs. Lanarkshire Health Board (2015) au Royaume-Uni a marqué un tournant, en mettant l'accent sur la perspective du·de la patient·e et en instaurant le concept de "patient·e raisonnable". Cette décision a légitimé la nécessité pour les professionnel·les de santé de partager toute information qu'un·e patient·e pourrait juger pertinente redéfinissant ainsi le cadre juridique et éthique du consentement éclairé. (13)

En effet, la décision de la Cour à la suite de l'affaire Montgomery a remis en question la définition de « consentement éclairé ».

Le degré d'information que doit présenter un·e clinicien·ne à son·sa patient·e est passé d'un « consensus de la profession médicale » à « ce qu'une personne raisonnable voudrait avoir comme informations ».

Le jugement comprenait le paragraphe suivant : « Le médecin est tenu de prendre des précautions raisonnables pour s'assurer que le patient est conscient des risques matériels liés à tout traitement recommandé, et de toute alternative ou variante raisonnable des traitements. Le critère de matérialité est de savoir si, dans les circonstances du cas particulier, une personne raisonnable dans la situation du patient serait susceptible d'attacher de l'importance au risque, ou si le médecin est en mesure d'évaluer qu'un patient particulier serait susceptible d'y attacher de l'importance ». (Spencer v Hillingdon Hospital NHS Trust, 2015) (9)

Dans le cas de l'affaire Montgomery, le médecin n'a pas évoqué le risque de luxation de l'épaule du nouveau-né à la naissance, craignant que la patiente

demande alors une césarienne qui selon lui n'était pas dans le meilleur intérêt de la mère.

Le fait de ne pas discuter avec une patiente diabétique des risques d'une naissance par voie basse car cela pourrait mener à la décision d'une césarienne, peut être alors considéré comme paternaliste. (9)

L'affaire *Montgomery v Lanarkshire Health Board* a entraîné une évolution du droit concernant les informations devant être communiquées aux patient·es dans le cadre de l'obtention de leur consentement éclairé.

Ce changement juridique au Royaume-Uni est salué comme une avancée positive vers l'autonomisation des patient·es et une approche plus centrée sur leurs besoins. En réponse à ce changement juridique, la Chartered Society of Physiotherapy (CSP) a publié des recommandations détaillées dans un récent document d'information sur le consentement et la pratique kinésithérapique. (14)

Ce procès a permis la mise en lumière du Shared Decision Making (SDM) grâce à la validation de ses principes lors du procès. Le SDM est un modèle qui incite les professionnel·les de santé à travailler en collaboration avec les patient·es dans le processus décisionnel, en s'appuyant sur des données empiriques et en adoptant une approche individualisée centrée sur le·la patient·e. En pratique, le SDM facilite le dialogue entre le·la thérapeute et le·la patient·e, notamment lorsqu'il s'agit de proposer différentes options de traitement. Il prend en compte les valeurs personnelles du·de la patient·e et l'effet que chaque choix pourrait avoir sur sa santé. (5)

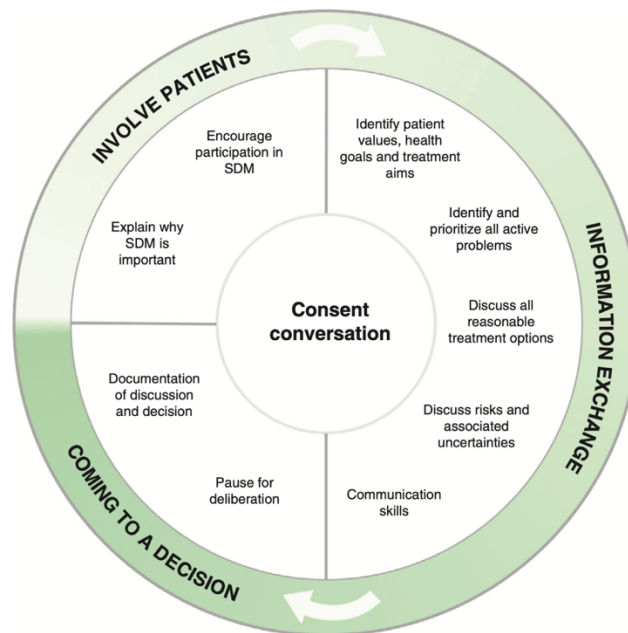


Figure 3. Modèle de prise de décision SDM (5)

Ce modèle sous forme de cercle synthétise le processus recommandé par le modèle SDM. Celui-ci démontre bien que le consentement est inclus dans un processus dynamique de discussion et d'information du·de la patient·e afin de rendre le·la patient·e acteur·ice de sa prise en charge.

Ce modèle met l'accent sur la collaboration entre le·la patient·e et le·la kinésithérapeute ou autre professionnel·le de santé. Les 3 points clés de ce processus étant l'implication du·de la patient·e, l'échange d'information et la prise de décision en collaboration avec le·la patient·e. (5)

4.1.3.2. *Le consentement en Europe*

Au niveau Européen, la convention Oviedo verra le jour en 1997. Cette convention est la première loi internationale de protection des droits humains dans le domaine biomédical.

Cette convention signée par le conseil d'état à Oviedo, met en avant la dignité humaine, ce principe étant inscrit dans de nombreux documents internationaux comme la déclaration universelle des droits humains du 10 novembre 1948. (15)

Cette convention étant une réelle avancée dans l'histoire du consentement et de l'éthique dans le monde médical, elle comporte cependant certains biais.

On lui reproche notamment le fait que le concept de « dignité humaine » bien que défini, reste flou et de ce fait difficile à mettre en application.

Deuxièmement, chaque état est « libre d'interprétation » face à cette convention, ce qui mène à un manque d'harmonisation entre les différents pays appliquant cette convention.

Pour terminer, cette convention ayant été signée en 1997, a été adoptée avant l'arrivée des nouvelles technologies dans le monde biomédical. Ce qui la rend sur certains points, obsolète. (15)

Plus récemment en Belgique, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient a vu le jour (loi de Kouchner). (16) Cette loi vise à garantir et renforcer les droits des patient·es dans leurs relations avec les professionnel·les de la santé en Belgique. (10) Elle établit des principes fondamentaux pour assurer une prise en charge respectueuse, transparente et sécurisée. (16)

Cette loi reprend les articles suivants :

1. Droit à une prestation de soin de qualité (Art. 5)
2. Droit au libre choix du praticien (Art.6)
3. Droit à l'information (Art. 7)
4. Droit au consentement libre et éclairé (Art. 8)
5. Droit au dossier médical et à son accès (Art. 9)
6. Droit au respect de la vie privée et au secret médical (Art. 10)
7. Droit à une médiation en cas de conflit (Art. 11) (16)

4.1.3.3. Plus récemment

Plus récemment encore, une étude a été menée en Allemagne en 2020 sur la prévalence de l'inconduite sexuelle professionnelle (PSM). Cette étude du nom #patientstoo a vu le jour dans un contexte de libération féministe à la suite du mouvement #metoo. En effet à la suite de ce mouvement, les études concernant le harcèlement sexuel dans le domaine médical se sont multipliées.

Entre février et avril 2020, 2503 personnes de plus de 14 ans ont été interrogées en Allemagne au sujet du harcèlement sexuel dans le milieu médical. Cette étude démontre des taux relativement élevés de fautes professionnelles à caractère sexuel. 4,5% des femmes et 1,4% des hommes ayant participé à cette étude disent avoir

subi une forme d'inconduite sexuelle par un·e professionnel·le de santé. Différentes disciplines du domaine médical et paramédical ont été citées dont les médecins, les psychothérapeutes, le staff infirmier et les kinésithérapeutes.

Les kinésithérapeutes se retrouvent en 4^e position des professionnel·les cité·es dans cette étude. La proximité avec le·la patient·e, ainsi que le contact physique pourraient « faciliter » la présence de mauvaise conduite de la part des professionnel·les. (17)

Une fois encore, ce genre d'étude fait retentir la sonnette d'alarme concernant la nécessité du consentement dans les soins de santé.

Le 6 février 2024, la loi belge relative aux droits du patient a été actualisée en apportant de nouveaux repères à propos de la relation professionnel·le de santé-patient·e, à propos du rôle des proches du·de la patient·e et à propos de la médiation. Cette loi met l'accent sur l'implication et le rôle actif du·de la patient·e dans ses soins de santé. Le but étant d'actualiser et de mettre à jour la relation entre les professionnel·les de santé et les patient·es. (18)

Le 13 février 2024, une « proposition de loi visant à intégrer la notion de consentement dans la définition pénale des infractions d'agression sexuelle et de viol, n° 2170 » a été introduite en France.

Cette proposition de loi n° 2170, déposée le 13 février 2024 lors de la 16^e législature, a pour objectif d'intégrer explicitement la notion de consentement dans la définition pénale des infractions d'agression sexuelle et de viol.

En effet, la définition du viol dans le code pénal français est à l'heure actuelle, la suivante « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol ».

Cette définition ne comprend pas explicitement la notion de consentement ce qui peut entraîner des interprétations différentes au moment des poursuites judiciaires. Cette proposition de loi permettrait donc de clarifier la législation en intégrant la notion du consentement dans la définition du viol et de l'agression sexuelle, afin de renforcer la protection des victimes. (19)

Cette loi permettrait également de légitimer les patient·es portant plainte pour donner suite à des fautes professionnelles à caractère sexuel provenant des professionnel·les de santé comme les kinésithérapeutes.

Tout ceci démontre la pertinence de se questionner sur le consentement dans les soins de santé, et plus particulièrement en kinésithérapie.

Dans le chapitre suivant, nous développerons et discuterons ce point en questionnant l'éthique médicale, le consentement en kinésithérapie en général et selon les différents contextes, et ensuite, nous aborderons le consentement réciproque. Enfin, nous aborderons le consentement comme outil.

5. Développement

5.1. Éthique médicale

D'un point de vue éthique, le consentement est influencé par plusieurs éléments. Il est difficile d'être 100% objectif étant donné que nous avons tous des biais liés à nos personnalités différentes. (20)

Parmi ces éléments, nous retrouvons le paternalisme médical, l'autonomie (évoqués dans l'historique) et les effets de cadrages.

5.1.1. Le paternalisme

Le concept de paternalisme médical décrit dans l'article « « Nudge » in the clinical consultation – an acceptable form of medical paternalism ? » (Aggarwal, A., Davies, J., & Sullivan, R. (2014)) est une pratique dans laquelle le choix du·de la patient·e est influencé par la manière dont le·la professionnel·le de santé transmet l'information quant aux possibilités de traitement. La prise de décision est généralement influencée par des biais, il est donc difficile qu'elle soit 100% rationnelle ou logique.

Le paternalisme médical est perçu par certain·e comme une entrave à l'autonomie du·de la patient·e, dans la mesure où il·elle est exclu·e de la prise de décision. Toutefois, à l'inverse, certain·es patient·es expriment une difficulté à faire des choix éclairés lorsqu'on leur transmet une quantité trop importante d'informations ou trop d'options de traitement. Cette surcharge informationnelle peut générer de la confusion et du stress, qui peut amener le·la patient·e à ne plus savoir ou vouloir prendre une décision. Ce paradoxe souligne la nécessité d'un équilibre : fournir au·à la patient·e des informations claires, complètes mais ciblées, afin de soutenir son autonomie sans le·la submerger. (20)

5.1.2. Autonomie du·de la patient·e

Le concept d'autonomie est difficile à cerner et est sujet à différentes interprétations. (9)

Par définition, l'autonomie du·de la patient·e est décrite comme le respect de la capacité cette personne à prendre la bonne décision concernant son traitement après avoir reçu les informations nécessaires à la bonne compréhension de la pathologie et des traitements proposés. (7)

Ce qui rend le principe d'autonomie difficile à cerner et donc à appliquer est que l'être humain est par définition un « mauvais raisonneur ». Il a été démontré que les patient·es ont tendances à suivre leurs croyances en dépit des informations qui leur a été donné. La question à se poser est alors : les kinésithérapeutes doivent-ils laisser les patient·es suivre leurs croyances qui peuvent s'avérer fausse afin de leur laisser leur autonomie ? (9)

5.1.3. Les effets de cadrages

Nous pouvons également observer l'influence des effets de cadrage (« frame effects »). Ce phénomène désigne les différentes manières de présenter une information équivalente sur le plan logique, tout en impactant la prise de décision. La théorie des perspectives indique que, dans des situations risquées, souligner les pertes perçues liées à l'inaction incite davantage à agir que mettre en avant les gains potentiels. La présentation des pertes a donc un plus grand impact sur la prise de décision que la présentation des gains potentiels d'une certaine prise en charge. (20)

Dans cette partie nous observons que le paternalisme médical limite l'autonomie du·de la patient·e en dirigeant la prise de décision ou en prenant des décisions à la place de celui·celle-ci. Afin que l'autonomie soit préservée, une information claire et concise est nécessaire. Cependant, les effets de cadrage montrent que la manière dont l'information est présentée peut également influencer le choix du·de la patient·e, créant un paternalisme plus subtil.

5.2. Le consentement en kinésithérapie

Dans ce second point, nous ferons l'état des lieux sur le consentement appliqué en kinésithérapie, ses modalités pratiques et les défis et obstacles liés à sa mise en application.

5.2.1. Relation patient·e-kinésithérapeute

La relation patient·e-kinésithérapeute est essentielle pour la mise en place d'un consentement éclairé lors de la séance, pour cela nous allons mettre en évidence les points clé de cette relation.

La relation entre le·la kinésithérapeute et le·la patient·e est une relation particulière composée de différents éléments. (21)

Premièrement, nous avons la temporalité, qui est moins souvent présente dans les autres types de thérapies. Effectivement, dans le suivi en kinésithérapie, les séances de rééducation durent généralement 30 minutes et la prise en charge peut s'étendre sur plusieurs semaines ou mois, même années pour certaines pathologies. Ce qui fait que le·la kinésithérapeute et les patient·es interagissent sur une longue durée.

Deuxièmement, il y a l'aspect de la spatialité. Les kinésithérapeutes sont souvent proches physiquement de leurs patient·es et entrent dans l'espace privé physique mais également psychique pour la plupart.

Le·la kinésithérapeute a effectivement un contact parfois prolongé avec la peau, le corps de ses patient·es que ce soit à visée thérapeutique ou préventive. Il est important de rester vigilant·e pour ne pas sortir du cadre professionnel.

De plus, dans cette relation, il existe une asymétrie présente à plusieurs niveaux. Le·la kinésithérapeute est habillé·e alors que le·la patient·e est parfois uniquement en sous-vêtements, le·la kinésithérapeute est debout alors que le·la patient·e peut être couché·e et iel a le rôle de « connaisseur·euse » par rapport à ses patient·es. Tout cela crée donc une relation dite asymétrique entre les deux personnes.

Au vu de tout cela, il est important de poser les bases d'un cadre de travail strictement professionnel dans lequel les dimensions éthique et juridique de consentement sont au centre de la prise en charge.

Pour un·e kinésithérapeute acquérir des compétences techniques et des compétences non-techniques plus axées sur le bio-psycho-social est important. (21) Il est essentiel d'être capable de s'adapter à la singularité de chaque patient, tant au niveau de la pathologie qu'au niveau personnel. Chaque kinésithérapeute a appris des techniques spécifiques adaptées à chacune des pathologies et iel est également responsable de la manière dont iel les exécute. C'est au·à la thérapeute de s'assurer que le·la patient·e a bien compris le sens des gestes qu'iel exécute, d'autant plus si ces gestes sont proches de zones dites sensibles ou si le·la patient·e est déshabillé·e. (21)

C'est le rôle du·de la kinésithérapeute de se questionner sur les sensations et perceptions du·de la patient·e afin de s'assurer que sa thérapie ne comporte aucune ambiguïté et que le·la patient·e sache ce qu'il se passe et pourquoi.

La gestion de l'interaction sociale est donc une compétence non négligeable chez un·e kinésithérapeute.

Pour engager une discussion liée au consentement avec son·sa patient·e, le·la kinésithérapeute doit l'impliquer activement dans le processus de décision.

Il a pourtant été démontré que la plupart des clinicien·nes sont sceptiques par rapport à l'intérêt et la capacité de leurs patient·es à prendre une décision concernant leur prise en charge. (5)

5.2.2. Le·la kinésithérapeute dans le rôle de l'agresseur·euse

Bien que la relation thérapeutique repose sur la confiance, elle ne fait pas exception aux dérives potentielles, notamment en matière de comportements inappropriés.

Le droit prévoit que le·la kinésithérapeute est responsable d'obtenir le consentement éclairé de ses patient·es avant de réaliser un quelconque examen ou technique de révalidation sur un·e patient·e. (21) Gardons également à l'esprit que le silence d'un·e patient·e ne signifie pas qu'iel consente ou qu'iel acquiesce. Au moindre doute, c'est le rôle du·de la kinésithérapeute de poser des questions, de

s'informer sur les ressentis de son·sa patient·e et de s'assurer que la séance se déroule bien dans un consentement mutuel.

Dans cette relation patient·e-thérapeute, la communication est essentielle. La communication verbale mais également non verbale jouent un rôle dans l'instauration de ce climat professionnel et bienveillant. (21)

Le·la kinésithérapeute doit être attentif·ve aux ressentis et émotions de ses patient·es mais doit aussi prendre en considération ses propres émotions. Le·la kinésithérapeute peut se sentir dépassé·e dans certaines situations, ou éprouver un inconfort lié à son vécu ou aux émotions qu'une situation suscite.

Idéalement, les corps du·de la patient·e et du·de la kinésithérapeute doivent être asexués dans le contexte de la prise en charge. Si cette neutralité sexuelle n'est pas ou plus possible dans une certaine situation, le·la kinésithérapeute doit alors interrompre le traitement en cours et à l'avenir, référer le·la patient·e vers un·e confrère·soeur pour le reste de la prise en charge, sans aucune obligation d'en justifier la raison.

Toute ambiguïté doit être évitée : un simple compliment sur le physique peut être interpréter comme de la séduction selon le contexte et la personne qui reçoit le compliment. (21)

Selon la fédération Wallonie-Bruxelles, 20% des femmes ont été victimes de viol. 48% des victimes (F/H) ont été agressées avant leur 19 ans. « Dans 40 % des cas, elles n'ont entrepris aucune démarche de signalement auprès des services de police ou d'accompagnement psycho-sociaux. » (Fédération Wallonie-Bruxelles, s.d.). (22)

Les professionnel·les de santé comptent parmi elleux comme dans la société au sens global, des individus malveillants.

Dans l'affaire 02-03 2014, la Chambre Disciplinaire de Première Instance des kinésithérapeutes de la région Pays de Loire décide de : « *La sanction de l'interdiction d'exercer la profession de masseur-kinésithérapeute pendant une durée de trois ans, assortie d'un sursis de trente-trois mois (33 mois) est prononcée à l'encontre de M. V. (...) Considérant que par un jugement du 18 novembre 2013, le tribunal de grande instance du Mans, siégeant en tribunal correctionnel, a*

reconnu M. V coupable de faits d'agression sexuelle par surprise sur une patiente mineure commis entre le 1er août et le 17 septembre 2012 et d'exhibition sexuelle en présence de la victime commis le 17 septembre 2012 et l'a condamné à une peine d'emprisonnement de six mois avec sursis assortie d'une mise à l'épreuve de deux ans, à une obligation de suivi et de soins de la même durée ainsi que, pour la même durée, à l'interdiction d'entrer en contact avec des mineurs dans le cadre de son exercice professionnel. »

Cette affaire démontre encore une fois l'importance de la présence d'un consentement éclairé. Les kinésithérapeutes ne font effectivement pas exception à la loi et peuvent être condamnés par suite d'actes commis dans le cadre de leur profession. Les pratiques comme le toucher vaginal doivent être correctement justifiées auprès des patient·es et nécessitent d'autant plus un consentement éclairé au préalable. (21)

5.2.3. Place du consentement dans la prise en charge en kinésithérapie

En kinésithérapie, les questions d'éthique et de consentement sont présentes dès la première séance de la prise en charge mais la conscience de leurs enjeux varie considérablement d'un·e kinésithérapeute à l'autre.

Une étude Danoise a examiné les enjeux éthiques auxquels étaient confrontés les kinésithérapeutes lors de la première séance de la prise en charge en cabinet. Le but étant de mettre l'accent sur les premières interactions avec le·la patient·e. En effet la première séance est un moment clé dans la prise en charge car elle permet de créer une relation de confiance entre le·la thérapeute et son·sa patient·e qui sera bénéfique pour l'alliance thérapeutique. C'est donc au·à la thérapeute d'instaurer ce climat de confiance en abordant les sujets de manière éthique et respectueuse. Pour ce faire, les responsables de l'étude ont interrogé 21 kinésithérapeutes qui travaillent dans la pratique privée en cabinet, auquel·les iels ont fait passer 2 entretiens semi-structurés utilisant un cadre phénoménologique.

Dans les résultats de ces entretiens, cette étude constate que la plupart des praticien·nes considèrent l'éthique importante dans leur prise en charge sans réellement dire pourquoi. Pour elleux, la première séance est cruciale pour instaurer

la relation de confiance avec le·la patient·e, cette séance peut à elle seule influencer tout le reste de la prise en charge.

Le consentement est souvent considéré comme implicite plutôt qu'explicite. La plupart soulignent le manque de temps qui incite parfois à faire des séances plus générales et moins ciblées sur les besoins spécifiques du·de la patient·e. De plus, il semblerait que les kinésithérapeutes interrogé·es soulignent l'importance d'une formation éthique plus poussée dans le cursus des études de kinésithérapie. (23)

La question à se poser est : les kinésithérapeutes sont-ils supposé·es aider à prendre la bonne décision ? En effet, le·la kinésithérapeute se doit d'être neutre dans sa présentation mais iel a également le rôle de prendre soin et de faire preuve de son expertise.

Outre l'obligation morale de respecter l'autonomie de leurs patient·es, les kinésithérapeutes ont également un devoir de vigilance. En tant que professionnel·les de santé, iels portent une responsabilité légale et sociale visant à garantir que leurs patient·es bénéficient des meilleurs soins possibles, ce qui peut parfois les amener à adopter une approche paternaliste dans la prise en charge.

Cette approche paternaliste soulève quelques inquiétudes car bien qu'elle soit généralement utilisée dans le meilleur intérêt du·de la patient·e, rien n'empêcherait les professionnel·les de santé de l'utiliser différemment et d'influencer négativement les patient·es dans leurs choix.

Il est cependant normal que malgré leur formation professionnelle, le personnel médical présente et génère des biais, en raison de ses différentes croyances et opinions. (20)

Il est également pertinent de souligner l'importance de la « relation de pouvoir » dont les professionnel·les de santé comme les kinésithérapeutes font partie. En effet, une relation patient·e-soignant·e n'est jamais réellement une relation d'égalité. Cette relation est généralement caractérisée par un très haut degré de confiance, les patient·es mettent entre les mains des professionnel·les de santé, leur corps, leur mental et certaines informations intimes à propos de leur vie privée. De ce fait les patient·es sont plus « vulnérables » dans cette relation.

Cependant, l'utilisation de cette position de pouvoir de la part des professionnel·les de santé est strictement interdite. De plus, il est important de distinguer la

vulnérabilité des patient·es et leur volonté de consentir, ce sont deux éléments bien distincts. (17)

5.2.4. Consentement lors des interactions physiques en kinésithérapie

Le toucher est au cœur de la kinésithérapie, où manipulations et massages font partie intégrante de la prise en charge.

En effet, le toucher a une place cruciale dans la kinésithérapie sans pour autant y être principale. Bien que le toucher soit important, les avis divergent face à sa place dans la prise en charge.

Il existe deux grandes écoles dans le domaine de la kinésithérapie. La kinésithérapie dite « hands-on » représentant tout ce qui est lié à la thérapie manuelle et aux massages, impliquant donc un contact physique par le toucher. Et d'un autre côté la pratique « hands-off » étant principalement basée sur la thérapie par l'exercice, n'impliquant alors pas nécessairement de contact. (24)

Le toucher est présent en kinésithérapie lors de la prise en charge mais également lors de l'anamnèse afin d'aider au diagnostic. (24) (25)

Selon Bodiou (2016), « Rarement la perception d'un sens est isolée et si la vue est essentielle, elle est liée, lors de la consultation, au toucher. C'est le sens du proche, du contact avec l'intime car il implique le corps à corps par le biais des mains. » (26) Effectivement le toucher permet au·à la kinésithérapeute de voir des choses qu'il ne pourrait pas voir simplement avec les yeux.

5.2.4.1. *Le sens du toucher*

Bien que le toucher soit un acte physique il impacte également le psychique, ceux-ci ne pouvant jamais réellement être dissociés.

Selon Przybylski (2015) : « Le moi corporel constitue la forme la plus fondamentale de l'esprit conscient. »

Le toucher prend le sens que les personnes concernées lui donnent. En effet, le toucher peut signifier « donner » comme dans les soins, la tendresse, la sécurité

mais il peut aussi signifier « prendre » comme dans l'appropriation, la violence, la domination. (25)

Le toucher est omniprésent dans la kinésithérapie si bien que certain·es praticien·nes touchent leurs patient·es sans parfois même le conscientiser. Gardons en tête que ce rapport au toucher n'est pas le même pour tout le monde et qu'un geste même anodin pour une personne peut créer un inconfort pour une autre. (25)

Le respect de la dignité d'autrui est primordiale en kinésithérapie, ce qui suppose de préserver la pudeur des patient·es et de respecter la distance nécessaire aux bons soins, que ce soit pendant le diagnostic ou le traitement.

Le toucher dans la kinésithérapie peut prendre deux fonctions différentes. Dans un premier temps nous avons le contact thérapeutique, dont font partie le diagnostic, le traitement, le toucher informatif.

De l'autre côté nous avons le toucher dit non-thérapeutique, qui comprend le toucher pour prendre soin, rassurer, créer la relation thérapeutique. (25)

La temporalité du geste peut en changer tout son sens, un même geste, appliqué lors d'un exercice ou en dehors n'aura pas le même sens. Par exemple, une simple main sur l'épaule ou dans le dos lors d'un exercice afin d'expliquer la position adéquate ou appliquer une résistance, n'aura pas la même interprétation que la main sur l'épaule au moment de raccompagner le·la patient·e vers la sortie. (21)

La plupart des gestes et attitudes dépendent de leur contexte, il faut donc recontextualiser toutes les actions dans un contexte de soins afin d'éviter toute interprétation erronée.

En effet, un·e professionnel·le de santé amené·e à toucher un·e patient·e ou lui demander de se déshabiller, doit veiller à expliquer la raison de cet acte/demande ainsi que d'en demander le consentement. (24)

« Les professions de santé appelées à user du toucher dans leur pratique sont directement exposées à un risque d'équivoque » (Poirot-Mazères, I. 2023).

Certains actes plus invasifs nécessitent une vigilance importante lors de leur réalisation, c'est le cas notamment des touchers pelviens dans la kinésithérapie périonéologique. Sans la présence d'un consentement éclairé, ces actes peuvent être

considérés comme une agression sexuelle ou un viol et peuvent faire le sujet d'une condamnation pénale. (24)

Proietti (2023) déclare « Le toucher mal compris et/ou non consenti peut entraîner une émotion de peur et/ou de colère et/ou d'humiliation conduisant la raison (cognition) du patient à déposer plainte pour agression sexuelle. »

Le·la patient·e doit être placé·e en sécurité au préalable, d'autant plus si la zone concernée est une zone plus sensible au toucher, comme les régions pubiennes, fessières ou mammaires. (27)

L'application du consentement dans ce contexte plus spécifique comme les prises en charge en kinésithérapie du périnée sera détaillée par la suite.

5.2.4.2. *L'éthique du toucher*

D'un point de vue plus philosophique, il est aussi intéressant de se questionner sur l'interprétation du toucher thérapeutique dans les principes d'éthique biomédicale. La kinésithérapie est ancrée dans des principes éthiques, et ceux-ci s'appliquent également au toucher et à son consentement.

Les 4 principes fondamentaux d'éthique médicale sont l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et le principe de justice.

La volonté d'autonomie est présente dans le consentement et s'exprime par une volonté ou non d'être touché.

Pour préserver cette autonomie, il est essentiel de demander l'accord du·de la patient·e avant et après le contact. Ce consentement éclairé n'est véritablement libre que s'il peut être refusé, sans pression d'ordre médical, culturel, politique ou religieux.

Si le·la patient·e peut accepter ou refuser certains touchers, le choix du plan de traitement reste au·à la kinésithérapeute. La responsabilité du recours au toucher repose donc sur le·la thérapeute, qui doit faire preuve de flexibilité afin d'adapter sa pratique aux besoins et aux limites de chacun·e, dans le respect du consentement. (29)

Le deuxième principe de l'éthique biomédicale et le principe de non-malfaisance. La question qui se pose alors est « est-ce que le toucher thérapeutique peut faire mal ? ».

Effectivement un toucher ou une manipulation mal effectuée peut aggraver le cas de certain·es patient·es. Les risques sont multiples : écarter les berges d'une cicatrice, un toucher avec trop de force, augmenter un lymphœdème, etc.

Samé (2023) affirme que « Se poser la question du « jusqu'où puis-je le toucher ? » est peut-être une des clés d'un comportement de respect du principe éthique fondamental de non-malfaisance. » (p.7)

Le troisième principe éthique est celui de la bienfaisance. La kinésithérapie réside dans une volonté de faire du bien. La bienfaisance peut être plus difficile à appliquer, éviter un toucher déplacé ou douloureux peut être parfois plus simple que de trouver le geste qui fera réellement du bien, qui sera efficace pour le traitement. (29)

Les normes techniques du toucher prennent alors toute leur importance. Les connaître et être capable de les appliquer permet d'assurer un toucher qui est bienfaisant.

Le quatrième et dernier principe fondamental de l'éthique biomédical est le principe de justice. Cette justice exprime que chaque patient·e a droit au même titre qu'un·e autre à être touché. Les patient·es doivent être traités avec la même attention et le même respect.

5.2.5. Les modalités pratiques : le consentement selon les contextes

Certaines situations sont particulières et posent question quant à l'application du consentement à celles-ci.

Effectivement, un consentement éclairé chez un·e adulte complètement lucide peut sembler évident et facile à mettre en place, mais qu'en est-il des situations où ces critères ne sont pas présents ?

5.2.5.1. *Consentement et patient·es âgé·es (>65 ans)*

Dans le cas des personnes âgées, la question fondamentale à se poser est de déterminer si la personne conserve une capacité réelle et effective à consentir, au

moment précis et dans les circonstances particulières de la situation dans laquelle elle se trouve. (30)

Une des difficultés à la mise en application de ce questionnement sont les stéréotypes associés à cette tranche d'âge. Les personnes âgées sont souvent perçues comme vulnérables : c'est une des conséquences du phénomène d'âgisme. (25)

Il ne faut également pas supposer que parce qu'une personne est affaiblie par la maladie ou confrontée à une détresse existentielle, elle n'est nécessairement plus libre d'exercer son droit à l'autonomie corporelle. (30)

Il se peut cependant qu'une personne soit jugée incapable de prendre des décisions pour elle-même. Dans le cadre de son droit à une information complète, permettant de donner ou de refuser son consentement à une intervention, le·la patient·e peut être accompagné·e par une personne de confiance ou demander que l'information soit également, voire exclusivement, transmise à cette dernière (article 11/1 de la loi). (30)

La loi belge met l'autonomie du·de la patient·e au centre de la prise de décision médicale et paramédicale même lors des prises de décisions concernant les soins de fin de vie.

Les personnes âgées représentent également des besoins plus spécifiques que certain·es autres patient·es qu'il faut considérer afin que celles-ci se sentent reconnues et respectées. Certain·es patient·es mettent en avant l'importance de « prendre soin » : le sentiment d'être pris en charge avec un·e kinésithérapeute qui est attentif·ve à leurs besoins et prend soin d'eux·elles, permet de créer un climat de confiance, favorable à une relation thérapeutique consentie.

Cela passe notamment par une explication claire de ce qui se déroulera lors de la prise en charge, laissant ainsi un espace pour pouvoir se préparer à ce qui se déroulera par la suite, mais également leur laisser la possibilité de s'y opposer si besoin. (25)

5.2.5.2. *Consentements et patient·es mineur·es*

Le consentement à un traitement médical chez les mineur·es est un sujet fortement controversé. (31)

La période de l'adolescence, est une période de changement où l'on passe doucement de l'enfance à l'autonomie de l'âge adulte. Cette période est éprouvante pour les adolescent·es mais également pour leurs parents et les professionnel·les de santé qui les accompagnent.

Alors que les lois sur la santé des adolescent·es continuent d'évoluer, il est essentiel de coordonner le besoin de confidentialité et l'implication parentale pour garantir des soins les plus adaptés possibles. (32)

L'âge légal du consentement au traitement médical varie d'un pays à l'autre entre 12 et 19 ans. Au Royaume-Uni (Angleterre et Pays de Galles), les personnes âgées de 16 ans et plus, disposent du droit légal de consentir à un traitement médical.

La loi (Section 8(1) of the Family Law Reform Act (FLRA)) stipule : « Le consentement d'un mineur ayant atteint l'âge de seize ans à tout traitement qui, en l'absence de consentement, constituerait une atteinte à sa personne, doit être aussi effectif qu'il le serait s'il était majeur ; et lorsqu'un mineur a donné un consentement effectif à un traitement, il n'est pas nécessaire d'obtenir le consentement de ses parents ou de son tuteur pour ce traitement. ». (Al-Samsam, 2008, p. 470) (31)

« La section 3 du MCA stipule que les personnes sont incapables de donner leur consentement si elles ne parviennent pas à : (a) comprendre les informations pertinentes pour la décision [lorsqu'elles sont présentées en utilisant « un langage simple, des aides visuelles ou tout autre moyen »] ; (b) retenir ces informations ; (c) les utiliser ou les évaluer dans le cadre du processus de prise de décision. » (Al-Samsam, 2008, p. 469)

Le MCA étant le « Mental Capacity Act » qui est une loi au Royaume-Uni qui détermine si une personne est apte ou non à prendre des décisions pour elle-même. Si ces 3 conditions sont réunies chez un·e mineur·e, alors cette personne est considérée légalement comme capable de répondre de son propre consentement ou non à un traitement médical. (31)

Jusqu'à récemment, on attendait l'obéissance des enfants plutôt que leur autonomie. Dans les pays du Commonwealth soumis au droit anglais, l'approche privilégie désormais la capacité individuelle à consentir plutôt qu'un âge fixé par la loi (Gillick, [1985] 3 All ER 423). En effet, l'arrêt Gillick indique qu'il n'y a pas d'âge précis pour devenir compétent mais il décrit plutôt les caractéristiques d'un·e enfant

qui serait considéré comme compétent. Un·e enfant compétent·e est donc un·e enfant qui : « atteint un niveau de compréhension et d'intelligence suffisant pour lui permettre de comprendre pleinement ce qui lui est proposé », et qui a « un pouvoir discrétionnaire suffisant pour lui permettre de faire un choix judicieux dans son propre intérêt ». (Gillick, [1985], 2 WLR 480)

De ce fait, lorsque l'enfant est qualifié·e de compétent·e, ce n'est plus la volonté des parents qui est appliquée mais celle de l'enfant.

Il est suggéré que les professionnel·les de santé traitant des enfants au-delà de 12 ans, impliquent les parents dans le processus décisionnel sans pour autant imposer la démarche. Ils doivent également prendre en considération le consentement ou non de l'enfant à la prise de décision. (12)

Bien que datant de 1985 l'arrêt Gillick est encore effectif à l'heure actuelle en Angleterre.

Dans l'imaginaire commun, les enfants sont souvent considéré·es comme étant ignorant·es, trop émotif·ves, dépendant·es, alors que les adultes sont défini·es comme stables, informé·es, rationnel·les, compétent·es. La réalité est cependant bien différente, il existe en effet, des enfants sages et compétent·es et des adultes insensé·es. Cela démontre que ces caractéristiques ne sont effectivement pas liées à un certain âge. (12)

Il est cependant nécessaire de s'adresser aux enfants et adolescent·es dans des termes qui leur sont adapté·es et qu'ils sont capables de comprendre.

Nous le voyons, le consentement chez les mineur·es est un sujet controversé qui repose sur l'équilibre entre les principes d'autonomie et de protection. Il est normal de vouloir protéger un·e enfant mais à quel point ? C'est donc le rôle des professionnel·les de santé d'évaluer la compétence ou non d'un·e enfant d'être responsable de son propre consentement à un traitement. (12)

5.2.5.2.1. Point de vue juridique belge

Concernant les droits des patient·es mineur·es et leur consentement aux soins de santé en Belgique, la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002 dit :

« Le mineur est jugé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts relatifs à sa santé : Dans ce cas de figure, le mineur exerce ses droits de patient personnellement et de manière autonome (art.12 §2).

- Le mineur n'est pas jugé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts relatifs à sa santé : Dans ce cas de figure, les droits fixés par la loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur (art.12 §1). » (Défense des Enfants International - Belgique, 2012, p. 7) (34)

Il est cependant précisé qu'en fonction de l'âge et la maturité de l'enfant, celui·celle-ci participe à l'exercice de ses droits.

En Belgique, les droits des patient·es mineur·es sont relativement similaires à ceux des adultes. Cette loi évalue la capacité de discernement des mineur·es afin de déterminer s'iel est ou non en mesure d'exercer seul·e ses droits en tant que patient·e.

Le·la patient·e mineur·e belge a donc également droit au consentement comme le stipule l'article 8 de la loi des patients de 2002. (34)

5.2.5.2.2. Point de vue des mineur·es

Une étude a été effectuée dans l'état du Minnesota aux Etats-Unis, afin de mettre en évidence les connaissances et le ressenti des adolescent·es face aux lois encadrant l'accès aux soins de santé pour les mineur·es (adolescent·es).

Une étude anonyme à propos des lois concernant le consentement et la confidentialité des jeunes a été menée avec des étudiant·es d'une école publique à Rochester. Cette étude comprenait des lois déjà existantes dans cet état et demandait aux étudiant·es de dire s'ils pensaient que cela pourrait être une bonne loi à mettre en place ou non. (32)

Les étudiant·es étaient globalement assez positif·ves face à ces affirmations. La plupart estiment que les lois permettant aux mineur·es d'avoir accès aux soins de santé sans l'accord d'un·e parent sont de bonnes lois.

Iels restent cependant assez conscient·es de l'importance du rôle des parents face aux soins de santé des mineur·es. (32)

Les adolescent·es sont pourtant pour la plupart très peu informé·es sur les lois concernant leurs droits dans les soins de santé. Cela permet de mettre en lumière,

le besoin d'éduquer les jeunes à ce sujet-là afin de leur permettre d'être au courant de ce à quoi iels ont droit. (32)

5.2.5.2.3. Point de vue des professionnel·les de santé

Une autre étude américaine a été menée pour explorer les connaissances et l'attitude des professionnel·les de santé face à la confidentialité dans les soins de santé pour les mineur·es. (33)

Cette étude a été réalisée auprès de stagiaires en médecine de l'université du Michigan via un formulaire en ligne anonyme.

Il a été démontré à la suite de cette étude, que la plupart des professionnel·les de santé sont mal informé·es. 56.6% ont répondu correctement aux questions concernant les connaissances légales.

Le scepticisme des parents face à la confidentialité des soins constitue un frein quant à l'accès des soins confidentiels de leurs enfants.

Un climat de confiance entre les professionnel·les de santé et les jeunes est cependant indispensable. Les jeunes qui renoncent aux soins de santé à cause des problèmes de confidentialité sont plus susceptibles d'adopter des comportements à risque ou de se retrouver dans des situations de détresse psychologique. (33)

5.2.5.3. *Le consentement et les patient-es qui ne sont plus responsables d'eux·elles-mêmes*

Appliquer un consentement éclairé avec ce genre de patient pose question. Comment consentir réellement à un traitement lorsque l'on ne sait plus parler, qu'on est atteint de démence, ou encore dans un état végétatif ?

Comment pouvons-nous assurer un traitement optimal de ces patient·es tout en s'assurant qu'iels sont consentant·es avec la prise en charge ? Un·e patient·e peut très bien ne pas s'avoir s'exprimer et ne pas consentir pour autant au traitement proposé.

« Comment consentir quand on n'est plus soi-même, quand la compréhension, le discours, la faculté de se projeter sont altérés ? » (Ricoeur, P. 2004, p.14).

Samé, M. affirme que « Un consentement peut s'exprimer autrement que par les mots usuels. ». En effet, nous parlons beaucoup de consentement éclairé qui passe par la parole, les explications de ce que l'on va faire, la bonne compréhension du traitement de la part du·de la patient·e, ainsi que l'expression ou non du consentement par le·la patient·e. Bien que tout cela soit primordial, il existe bien d'autres manières d'exprimer son accord ou refus de toucher. Il est nécessaire pour cela d'observer le langage corporel des patient·es. Un visage fermé, des grimaces, des cris, un mouvement de recul, sont tous de bons indicateurs qu'un toucher n'est pas le bienvenu.

Précisons également que ce n'est pas parce qu'un·e patient·e accepte un toucher à un certain moment dans un certain contexte que ce sera le cas lors de la prochaine séance. Le but est d'essayer de rester en accord avec les valeurs du·de la patient·e jour après jour, un jour à la fois. (29)

5.2.5.4. Le consentement et la périnéologie

Certains domaines de la kinésithérapie comme la rééducation du périnée demandent une attention plus particulière du consentement dû à leur caractère intime.

La pratique « evidence based » de la kinésithérapie est particulièrement importante dans des domaines comme celui-ci. Il est vrai, les praticien·nes en périnéologie doivent être bien informé·es sur la littérature concernant les traitements qu'ils proposent à leurs patient·es afin de s'assurer de pouvoir fournir toutes les informations nécessaires à leurs patient·es lors du processus de consentement éclairé. De plus, il est d'autant plus important de se tenir au courant des différentes méthodes existantes dans la littérature afin de permettre un traitement pertinent et individualisé à chaque patient·e. (35)

L'information complète pour ce genre de prise en charge passe également par une information et une éducation du·de la patient·e sur le potentiel matériel utilisé en séance ou à la maison.

Afin de permettre une bonne compréhension de la part des patient·es, différents supports audio-visuels peuvent être utilisés pour s'assurer que le processus ait bien

été compris, chaque personne ayant une compréhension des muscles et du corps humain différente. (35)

La demande explicite du consentement dans ce domaine est non seulement importante pour le·la patient·e mais il ne faut pas oublier que ce consentement éclairé permet également aux kinésithérapeutes d'éviter de potentielles charges d'accusation concernant les agressions sexuelles. (35)

Les praticien·nes doivent également veiller à ce que les normes de décence et de respect de la pudeur du·de la patient·e soient rigoureusement respectées, notamment en ce qui concerne la tenue vestimentaire ou le déshabillage lors des évaluations et/ou du traitement. Une blouse adaptée peut être proposée dans certaines situations afin de faciliter l'accès à certaines zones du corps ou de limiter les frottements sur des zones douloureuses. (35)

Dans certaines situations, si le·la patient·e et le·la kinésithérapeute sont de sexes opposés, une tierce personne peut être présente, généralement une personne du staff infirmier afin de s'assurer qu'aucun toucher inapproprié ne puisse avoir lieu. (35)

Afin de permettre aux futures kinésithérapeutes de se rendre compte des traitements et de permettre de les appliquer au mieux et de comprendre leurs implications, plusieurs universités utilisent la méthode de l'examen physique entre pairs. Cette technique consiste à tester différents tests et méthodes de traitement sur d'autres étudiant·es.

L'université de Melbourne a notamment utilisé cette technique dans le cadre de l'apprentissage de la rééducation de périnée, ce qui peut être plus intime et personnel que les autres examens palpatoires habituellement réalisés. (36)

Bien que cette méthode d'apprentissage soit efficace afin de développer des compétences pratiques pour leur métier à venir, elle peut cependant générer un certain inconfort chez les étudiant·es, comme augmenter l'anxiété et la peur d'un contact physique inapproprié.

Dans ce genre de méthode d'apprentissage il est nécessaire que les professeur·es créent un environnement d'apprentissage qui soit sûr et permette d'atteindre les objectifs éducatifs du cours. (36)

Le consentement des étudiant·es est également indispensable à ce genre de méthode d'enseignement. En fournissant des informations nécessaires et en obtenant le consentement éclairé des étudiant·es pour participer au cours pratique, il convient

également de donner l'exemple du type de pratique éthique qui est attendu par les étudiant·es qui seront diplômé·es et deviendront à leur tour kinésithérapeutes. (36)

Si certain·es étudiant·es ne sont pas à l'aise ou ne consentent pas à certaines techniques vues en cours, il faut alors pouvoir trouver d'autres alternatives d'apprentissage s'ils ne consentent pas à celles initialement proposées. (36)

5.2.5.5. *Le consentement et les différences culturelles dans la kinésithérapie*

Nous ne sommes pas sans savoir que la société est devenue bien plus interculturelle qu'il y a quelques décennies. Les kinésithérapeutes doivent donc être capables de comprendre les différentes habitudes culturelles, les préférences ou les différentes opinions concernant les traitements en fonction des différentes ethnicités et cultures. La kinésithérapie prenant de plus en plus de place dans le système des soins de santé, il reste cependant des lacunes concernant les connaissances sur les minorités ethniques et leur relation avec le personnel de santé et les kinésithérapeutes.

Une étude anglaise a été réalisée afin de déterminer les différents facteurs influençant la relation entre les kinésithérapeutes et les minorités ethniques.

Quatre catégories sont ressorties de cette étude : la préférence de genre, la barrière de la langue, la compréhension de la thérapie par l'exercice plutôt que la médication et pour terminer, la sensibilisation culturelle des kinésithérapeutes.

Pour la préférence de genre, certains groupes ethniques préfèrent être traité par des kinésithérapeutes du même sexe. La kinésithérapie peut être un soin un peu « particulier » lorsque l'on ne connaît pas ou que l'on n'y est pas habitué. Effectivement cette discipline demande de faire de l'exercice parfois en groupe et certaines pratiques nécessitent le toucher de la part du·de la kinésithérapeute ce qui peut être dérangent lorsque celui·celle-ci est de sexe opposé à celui du·de la patient·e. De plus, certain·es patient·es n'acceptent d'effectuer des exercices de groupe que si c'est un groupe non mixte. (37)

Selon la loi, le·la patient·e est libre de choisir son·sa praticien·ne sans en justifier les raisons, que ce soit pour des raisons religieuses ou ethniques ne change rien. C'est aux établissements de santé de respecter les choix des patient·es peu importe leurs croyances. En revanche, cette liberté a quelques exceptions, les convictions

religieuses ne peuvent pas compromettre les soins de santé, les règles d'hygiène mises en place dans l'établissement ainsi que la tranquillité des autres personnes présentes dans le service. (38)

Deuxièmement, la barrière de la langue est également un obstacle important. Il est effectivement difficile d'établir un consentement éclairé si la communication entre le·la patient·e et le·la thérapeute n'est pas suffisamment fluide. La communication est un outil indispensable pour le·la kinésithérapeute, elle permet de s'assurer de la bonne compréhension et application des traitements. Lorsque le·la patient·e et le·la kinésithérapeute n'ont pas la même langue maternelle, cela peut mener à une discussion plus lente qui prend donc plus de temps dans la consultation. Cette contrainte temporelle ne permet pas toujours une bonne compréhension de la part des patient·es. (37)

La compréhension de la thérapie par l'exercice est également un point d'attention. Pour que les patient·es puissent consentir au traitement, il faut qu'ils puissent comprendre son utilité et l'intérêt que cela a pour eux. Cela ajoute un obstacle à la relation de confiance entre le·la thérapeute et le·la patient·e si celui·celle-ci ne voit pas l'intérêt du traitement proposé.

Pour terminer, les kinésithérapeutes ont des connaissances culturelles différentes. Les kinésithérapeutes travaillant dans des centres communautaires ou à domicile sont parfois plus sensibilisé·es que dans les grands hôpitaux. (37)

Il serait intéressant de former les professionnel·les de santé dans les hôpitaux aux différentes cultures et au respect du consentement dépendant de celles-ci. En effet, la Belgique ne fait pas exception à l'interculturalité, il est donc intéressant de former les professionnel·les de santé afin que les soins soient les plus adaptés pour tous·tes. (37)

5.2.5.6. *Le consentement et l'urgence*

Comment appliquer un consentement éclairé dans un contexte d'urgence ?

Nous pouvons nous interroger sur la présence d'urgence dans le cadre de la kinésithérapie.

La loi française indique : « *En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins*

nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention » (Vialla, 2019) (39)

Si la personne est en danger, la question se pose alors sur la nécessité de recueillir un consentement éclairé. En effet, en fonction de la situation et du contexte certaines exceptions peuvent exister.

Ce point rejoint les points précédents concernant les personnes dans l'impossibilité de consentir par elles-mêmes. Dans le code de santé publique français, deux exceptions sont présentes pour le consentement éclairé. « L'urgence et l'impossibilité permettent de se dispenser d'informer et de recueillir le consentement de la personne, sous réserve de consulter des tiers. » (Vialla, 2019)

Pour ce faire, il faut que cette prise en charge ne puisse pas être différée, si cela peut attendre, alors il est nécessaire de s'abstenir et d'attendre un consentement éclairé si celui-ci est possible. Les kinésithérapeutes peuvent uniquement effectuer des actes de soins nécessaires en kinésithérapie et doivent par la suite, en informer le·la médecin. (39)

La difficulté réside alors dans la définition de l'urgence, comment savoir si une situation est urgente ou non ? Selon certains juristes : *« définir l'urgence d'une façon rigoureuse est une entreprise vouée à l'échec La plupart des auteurs qui s'y sont essayé n'ont abouti qu'à des formules imprécises qui gravitent autour de l'idée d'un préjudice dans le retard. »* (Vialla, 2019)

5.2.6. Les défis et obstacles liés à la mise en application

5.2.6.1. Écart entre la théorie et la pratique du consentement éclairé

Afin de mettre en évidence les manquements en termes d'éthique dans la pratique de la kinésithérapie, une étude a été réalisée avec des étudiant·es de l'université de Valence en Espagne.

Cette étude consiste à souligner les domaines ayant des lacunes ou étant négligés d'un point de vue éthique selon les observations des étudiant·es durant leur stage. Cette étude a été réalisée avec 64 participant·es de 20 à 30 ans en études de kinésithérapie à l'université de Valence. Ces étudiant·es ont réalisé des stages sur une durée de 8 mois.

Huit catégories ont été identifiées grâce à l'analyse des données : la responsabilité professionnelle, la compétence professionnelle, les bénéfices, l'égalité et la justice, l'autonomie, la confidentialité, le respect de la vie privée et la sincérité. (8)

Ces étudiant·es soulignent que ces principes éthiques sont fréquemment violés lors de la pratique clinique. Cette étude indique qu'il est important de confronter les étudiant·es à des situations éthiques afin de leur permettre de se rendre compte de la situation et de pouvoir se créer leur propre jugement éthique pour leur permettre de réagir différemment lors de leur pratique future. De plus une formation éthique préalable permet aux étudiant·es d'être capable d'identifier ces différentes situations dans leur pratique. (8)

L'éthique en kinésithérapie est influencée par plusieurs éléments comme dit précédemment.

Une seconde étude sous forme de questionnaire en ligne qui a été réalisée entre octobre 2018 et octobre 2019 soulignent les différentes influences des comportements éthiques.

559 kinésithérapeutes ont été interrogé·es dans 72 pays différents. Il en ressort que les 4 facteurs principaux influençant la réponse des kinésithérapeutes à une situation éthique sont : les facteurs individuels (tels que les valeurs, l'éducation, l'expérience), les facteurs organisationnels (culture de l'entreprise, influence des collègues), les facteurs sociétaux (législation, accès aux soins) et les facteurs situationnels (contrainte temporelle, état du·de la patient·e).

En plus de ces 4 axes principaux il a été démontré que l'éducation religieuse joue également un rôle dans la manière dont les kinésithérapeutes vont interpréter et réagir à une situation éthique. (40)

La prise de décision dans une situation éthique ne repose pas uniquement sur l'éducation ou l'application d'un code éthique, cela nécessite également une capacité d'analyse de la situation et de prendre en compte les éléments contextuels. Il a d'ailleurs été démontré à la suite de cette étude que tous les kinésithérapeutes ne reçoivent pas nécessairement une formation éthique au cours de leur formation initiale.

La plupart estiment que leur formation éthique provient de l'apprentissage par la pratique, en discutant avec des collègues où de formations complémentaires. (40)

Le cadre de travail et la pression ressentie lors de celui-ci peut également jouer un rôle important dans la manière dont les kinésithérapeutes abordent une situation éthique. Le manque de temps, la pression économique ou encore les contraintes institutionnelles sont des raisons pour lesquelles certaines situations peuvent être négligées. (40)

En effet, dans la pratique, pour qu'une personne soit capable de prendre une décision rationnelle, il faut que cette personne soit mise au courant de tous les éléments liés à cette prise de décision, les éléments positifs, comme les négatifs et leurs probabilités qu'ils se produisent.

C'est donc au rôle du·de la kinésithérapeute de faire en sorte que l'environnement de la séance soit propice à la prise de décision rationnelle. Le problème reste que les contraintes citées précédemment rendent cela rare, voire impossible. (14)

Une organisation qui valorise l'éthique et prend la peine de sanctionner les comportements non adaptés a une influence positive vis-à-vis de la gestion de certaines situations. (40)

Une des difficultés de l'application du consentement lors de la prise en charge en kinésithérapie réside dans le fait que le traitement kinésithérapeutique est voué à être en évolution constante et fonction des progressions des patient·es. Les techniques vont de ce fait varier au cours des différentes séances. La question se pose alors : « faut-il demander à nouveau le consentement éclairé du·de la patient·e à chaque nouvelle technique introduite dans le traitement ? »

Le manque de structure à ce propos laisse cette question en suspens. (17)

Cette partie met en évidence les différents prismes du consentement dans la prise en charge en kinésithérapie.

Premièrement, celui-ci prend place dans une relation asymétrique entre le·la kinésithérapeute et le·la patient·e incluant différents éléments, tels que la temporalité ou encore le rapport au corps qui est différent pour chaque personne.

Deuxièmement, pour garantir une prise en charge optimale, il est essentiel de considérer chaque patient·e de façon individualisée et d'adapter tant les soins que la mise en place du consentement à sa situation spécifique.

Enfin, la formation reste insuffisante en ce qui concerne le consentement, ce qui complique sa mise en place.

5.3. Le consentement réciproque

Bien que le consentement du·de la patient·e soit au cœur de la pratique, il faut également prendre en compte le consentement des kinésithérapeutes.

Une étude australienne a montré l'impact des comportements sexuels non adaptés de la part des patient·es sur la vie professionnelle et privée des kinésithérapeutes. En effet, la plupart des études concernant les comportements sexuels non adaptés dans le cadre des soins de santé concernent des plaintes provenant de patient·es, cependant l'inverse existe également et est à prendre en considération.

Comme évoqué précédemment, la kinésithérapie est un domaine de la santé qui implique un rapport de proximité avec les patient·es et peut inclure de contacts physiques, ce qui peut rendre la pratique plus « propice » aux comportements sexuels non adaptés que ce soit de la part des kinésithérapeutes soit des patient·es.

Une étude précédente menée au Canada (McComas et autres 1993) a également démontré que plus de 80% des kinésithérapeutes et étudiant·es en kinésithérapie ont constaté la présence de comportement sexuel inapproprié du·de la patient·e.

Les comportements sexuels inappropriés de la part des patient·es peuvent se manifester sous différentes formes, telles que des commentaires ou des questions à connotation sexuelle, des demandes de faveurs sexuelles, des regards insistants, des actes d'exhibition, des propos vulgaires, ainsi que des attouchements non consentis et des agressions physiques. (41)

Cette étude australienne démontre qu'il existe plusieurs potentielles raisons de ces comportements sexuels inappropriés. Certaines pathologies comme les troubles psychiatriques et neurologiques ainsi que les effets secondaires de certains

médicaments peuvent également favoriser la présence de ce genre de comportements.

Cependant, peu de ces comportements sont caractérisés de comportements sexuels inappropriés. En effet, lorsque ce genre de situation se produit dans un rapport de force inversé, ici du de la patient·e envers le·la kinésithérapeute, elles sont moins propices à être perçues comme sexuelles. (41)

Pour démontrer ces propos deux études ont été réalisées par John B. Pryor. Certains comportements plus extrêmes sont considérés comme du harcèlement par la plupart des personnes, et d'autres, plus ambigus, peuvent être considérés comme du harcèlement par certain·es mais pas pour d'autres. Il est de ce fait difficile de créer un consensus sur ce qui est considéré ou non comme du harcèlement.

Dans ces cas plus ambigus et susceptibles d'interprétation, les femmes ont plus souvent tendance à le considérer comme du harcèlement que les hommes. (42)

Dans la première étude, 91 étudiant·es ont participé. Les étudiant·es ont été divisé·es aléatoirement en différentes catégories : beau·belle/apparence dans la moyenne, femme/homme et professeur/étudiant.

Les résultats ont démontré que les remarques étaient plus souvent considérées comme du harcèlement si elles étaient faites par un·e professeur·e que par un·e étudiant·e. Une différence a également été soulignée au niveau du sexe : les participant·es adoptant le point de vue d'une femme perçoivent d'avantage les remarques comme du harcèlement.

La deuxième étude a été faite avec 32 femmes et 48 hommes, divisés selon les mêmes caractéristiques que pour l'étude numéro 1.

Cette deuxième étude appuie les résultats de la première et ajoute que la tenue de la femme peut également avoir une influence sur l'interprétation de la remarque, en effet, la remarque est jugée moins harcelante si la femme porte une tenue dite « sexy ». (42)

Cette étude nous montre que le harcèlement est un sujet complexe qui peut être influencé par différents facteurs.

Ces différents facteurs se retrouvent également dans le domaine de la kinésithérapie avec la différence homme/femme ainsi que la différence de statut entre soigné·e et soignant·e.

6. Discussion

Cette étude a pour objectif de mettre en évidence les modalités du consentement ainsi que son application dans la prise en charge en kinésithérapie.

La notion du consentement en kinésithérapie peut paraître simple ou encore évidente mais sa pratique n'en est pour autant pas si limpide : il y a autant de consentements qu'il y a de patient·es et de kinésithérapeutes.

6.1. Convergences dans la littérature

Ce travail démontre que le consentement éclairé est unanimement reconnu comme un pilier de l'éthique médicale, garantissant le respect de l'autonomie du·de la patient·e. Beauchamp et Childress (2009) soulignent son rôle central dans les principes de l'éthique biomédicale. (7)

Plusieurs études spécifiques à la kinésithérapie soulignent combien une communication transparente et adaptée est essentielle afin d'obtenir un consentement qualifié du terme « éclairé ». (43) (14) Le rôle central du toucher dans cette discipline renforce encore la nécessité de celui-ci. Des études telles que celles de de Długołęcka et al. (2024) explorent les dimensions éthiques liées au toucher, mettant en avant la nécessité d'une approche respectueuse et consensuelle.

Les principales modalités du consentement en kinésithérapie sont : le respect de l'autonomie du·de la patient·e (7), une communication claire et structurée concernant la pathologie et les propositions de traitement (5), rendre le·la patient·e acteur·ice de son traitement ainsi que permettre l'expression du refus (29).

Nous pouvons cependant nous questionner sur l'interprétation de celles-ci : à partir de quand considère-t-on que les informations sont suffisamment claires ou complètes ? Comment savoir si les kinésithérapeutes laissent assez d'espace à leurs patient·es pour leur permettre d'exprimer le refus d'un traitement ?

6.2. Divergences

Même si le consentement éclairé fait l'objet d'une définition juridique et éthique, il comporte de multiples facettes. En effet, il existe différentes façons de penser à ce sujet.

En éthique médicale, le paternalisme et l'autonomie du·de la patient·e sont les deux points clés lorsqu'on évoque le consentement, bien que ces deux concepts soient opposés. Ces deux idées contradictoires cohabitent entre elles dans la réalité, le tout est de se questionner par rapport à l'équilibre entre ces deux termes. Certain·es estiment que l'introduction du principe d'autonomie du·de la patient·e dans le domaine médical signe la fin du paternalisme. (7)

C'est en réalité plus complexe. Il serait plus juste de dire que ces deux concepts cohabitent à l'heure actuelle dans la question du consentement. Les acteur·ices du monde médical ont toujours malgré tout ce rôle « d'expert·e » du domaine de la santé et de ce fait une approche plus paternaliste.

L'idéal pour un consentement éclairé serait de trouver l'équilibre adéquat entre ces deux entités. Apporter un savoir sur la santé du·de la patient·e, tout en expliquant suffisamment clairement la situation et en rendant le·la patient·e acteur·ice de sa prise en charge en ce qui concerne la décision du traitement.

Un second point de divergence au sujet du consentement en kinésithérapie réside dans l'inégalité de l'accès à celui-ci en fonction du·de la patient·e, des contextes spécifiques ou selon les différences culturelles et légales.

En effet, le cadre juridique du consentement varie selon les pays et selon les contextes. Par exemple, la loi belge du 22 août 2002 définit les droits du patient en matière de consentement, tandis que la Convention d'Oviedo établit des normes au niveau européen. (15)

Comme exprimé précédemment, diverses situations posent question. Comment pouvons-nous assurer un véritable consentement éclairé dans des situations particulières avec des mineur·es, ou encore avec des patient·es dément·es ou atteint·es de troubles cognitifs ? L'accès au consentement dépend encore malheureusement du type de patient·e et de la situation dans laquelle celui·celle-ci est pris·e en charge. (Répétition avec paragraphe du dessus ?)

Notons également que les patient·es présentant des troubles cognitifs ou avec la barrière linguistique restent encore fort exclus·es des débats sur le consentement. Dans ce genre de situation, à l'heure actuelle, le paternalisme prend encore le dessus. (12) (37)

6.3. Limites des recherches existantes

Cette étude permet de mettre en évidence les situations les plus courantes dans la kinésithérapie mais ne couvre pas pour autant toutes les éventualités présentes.

Nous observons également que la perspective du·de la patient·e est sous-représentée : La majorité des études se concentrent sur la perspective des praticien·nes en kinésithérapie, négligeant ainsi souvent le ressenti et les attentes des patient·es concernant le processus de consentement.

Et enfin, le rôle du toucher est insuffisamment exploré : bien que central en kinésithérapie, le toucher et ses implications éthiques et psychologiques méritent une attention particulière dans la recherche.

Afin de permettre une meilleure analyse du consentement et de son application en kinésithérapie, il serait intéressant de multiplier les études de terrain. Interroger un large échantillon de kinésithérapeutes homme et femme, des patient·es de toutes les tranches d'âge, ainsi que des étudiant·es en kinésithérapie, permettrait de se rapprocher le plus possible de la réalité de terrain. Il serait également intéressant de se pencher sur les formations en kinésithérapie. Les aspects éthiques et relationnels ainsi que la question du consentement sont des notions primordiales au vu de cette revue de littérature, et ne sont pas toujours abordés ou développés, dans le cadre théorique ou les applications pratiques dans la formation des thérapeutes.

Une approche théorique du consentement permettrait la mise en place d'un environnement de travail plus sécurisant et améliorerait la pratique des futur·es kinésithérapeutes. (8)

De plus, cette étude est principalement basée sur la prise en charge en hôpital ou en cabinet privé, or beaucoup de kinésithérapeutes belges pratiquent à domicile. Ce domaine de la kinésithérapie reste encore peu exploré à l'heure actuelle concernant l'application du consentement.

6.4. Défis actuels à la mise en place

Outre les défis pointés dans les trois premières parties de cette discussion, pour rappel, l'interprétation des modalités du consentement, la dualité paternalisme et autonomie et les manquements perçus dans la formation, nous sommes confronté·es actuellement à de nouvelles difficultés.

À l'heure actuelle, les réseaux numériques se développent de manière exponentielle. Ce qui peut mener à une surcharge d'informations. (44)

De plus en plus de comptes de santé et kinésithérapie voient le jour sur les réseaux sociaux tels que @majormouvement, @kineautop, @physiotutors et bien d'autres encore. Avec cet accès à l'information, il est d'autant plus important d'expliquer clairement sa pathologie au·à la patient·e afin qu'iel en ait une bonne compréhension. De plus en plus de patient·es se renseignent de leur côté et ont accès à des informations partielles ou complètes. Iels attendent généralement des réponses à leur questions afin de confirmer ou non leurs hypothèses et de comprendre réellement leur situation.

Le développement du web médical et des forums patient·es permet à chacun·e d'accéder à une quantité d'informations sur son état de santé ou les traitements proposés. Cela peut renforcer le sentiment d'autonomie et inciter les patient·es à poser plus de questions.

Mais cette information est souvent non vérifiée, incomplète ou biaisée (45), ce qui peut générer des attentes irréalistes (ex. : croire que tous les maux de dos se « réparent » en trois séances) ou de la méfiance envers la parole du·de la thérapeute. La difficulté de ces contenus sur la kinésithérapie en ligne est de savoir ce qui est vrai, en effet en tant que professionnel·les de la santé nous pouvons adopter un regard plus critique que nos patient·es face à ce flux d'information.

Pour un consentement éclairé il est important d'informer les patient·es mais jusqu'à quel point ? Est-ce qu'une surcharge d'information ne serait pas nuisible à une prise de décision optimale ?

La surcharge informationnelle peut être définie « comme un déficit des compétences cognitives de l'individu à traiter un volume important d'informations.

» (Schultze & Vandenbosch, 1998 ; Eppler & Mengis, 2004 ; Pennington & Tuttle, 2007). (44)

La surcharge d'information provenant des différentes sources (médias, amis, kinésithérapeutes) pourrait rendre les patient·es incapables de prendre une décision et remettre celle-ci entre les mains du·de la kinésithérapeute.

Cela nous ramène alors à une démarche proche du paternalisme où les patient·es préfèrent laisser la décision dans les mains du·de la professionnel·le, dans ce cas-ci le·la kinésithérapeute, avec des approches telles que « Vous savez ce qui est le mieux à faire » ou encore « je vous laisse décider ». (7)

Les informations données aux patient·es par les professionnel·les de santé et le consentement éclairé qui en découle, ne sont plus simplement une transmission de savoir. Il s'agit désormais plus d'une discussion critique où le·la kinésithérapeute doit évaluer ce que le·la patient·e sait déjà ou pense savoir.

Ceci induit une complexité accrue pour les professionnel·les. En effet, le·la kinésithérapeute doit désormais intégrer dans son entretien l'idée d'un « pré-savoir » du·de la patient·e (14) : celui·celle-ci n'arrive plus vierge à la séance. Iel peut avoir déjà comparé plusieurs approches, vu des vidéos de traitements ou lu des témoignages.

Les informations accessibles sur internet ne sont malheureusement pas accessibles pour tout le monde. Nous pouvons en déduire que cela risque de créer des inégalités dans le consentement. Les personnes âgées ou défavorisées peuvent se retrouver plus dépendantes du discours du·de la kinésithérapeute.

Encore une fois, nous observons que le consentement éclairé ne peut donc pas être standardisé : il doit s'ajuster au contexte culturel, social et numérique du patient (9) (12)

6.5. Consentement comme outil, comment le mettre en place en pratique ?

Du point de vue juridique, le consentement ne peut pas être résumé à un simple contrat, bien que celui-ci soit un accord entre deux parties. Résumer le consentement à un contrat peut être réducteur pour la réelle ampleur de cet accord.

De fait, cet accord a une dimension particulière du fait de son implication éthique et relationnelle avec le·la patient·e.

Un accord écrit peut aider à protéger le·la patient·e pour des actes plus risqués, comme en périnéologie où cette pratique est déjà en place. Par ailleurs, dans des soins plus courants comme les prises en charge orthopédiques, un tel document perdrait de sa pertinence : Il est difficile d'anticiper chaque geste, et cela pourrait limiter la liberté du·de la patient·e de revenir sur son consentement. Comme le souligne S. Paricard (2023), le consentement doit rester spécifique, non formalisé et révocable, ce qui rend complexe son encadrement par un contrat formel.

6.5.1. Le consentement comme outil pour les kinésithérapeutes

Nous pourrions proposer aux kinésithérapeutes de travailler en trois étapes : Avant l'acte, créer un cadre de confiance ; pendant le soin, répéter les informations pour un processus de consentement continu ; après le soin, demander le ressenti au·à la patient·e ainsi que faire un feedback.

Le consentement éclairé repose d'abord sur une information compréhensible et adaptée au·à la patient·e (7). Cela suppose de traduire afin de rendre accessibles les termes techniques (14), de vérifier la compréhension, notamment en cas de barrière linguistique ou de troubles cognitifs (30), d'être attentif aux réactions non verbales. Le consentement se construit dans une relation thérapeutique : si le temps manque ou si le cadre est stressant, par exemple, dans le cadre d'une urgence, le·la patient·e risque de consentir sans comprendre pleinement ce que cela engage (39).

Le consentement n'est pas un acte unique, mais un processus évolutif (43). À chaque étape du traitement (mobilisation, exercice, toucher), le·la kinésithérapeute doit reconfirmer verbalement ou par le regard l'accord du·de la patient·e.

Dans des soins impliquant le toucher intime (ex : plancher pelvien), il faut renforcer le cadre verbal, en expliquant le pourquoi, le comment, la durée, et l'option du refus ou du retrait à tout moment (36) (24).

Documenter le consentement, surtout dans des situations sensibles (mineurs, désaccords, actes invasifs), c'est également une protection juridique autant pour les patient·es que pour les thérapeutes. (5)

Permettre un retour du·de la patient·e sur son ressenti : cela nourrit la relation thérapeutique et améliore l'adhérence. (9)

6.5.2. Lien entre consentement, alliance thérapeutique et adhérence au traitement

Dans les soins en kinésithérapie, la question du consentement éclairé dépasse largement la simple formalité juridique. Lorsque celui-ci est abordé de manière structurée et participative, il peut également devenir un véritable levier thérapeutique, influençant positivement la qualité de la relation entre le·la kinésithérapeute et le·la patient·e.

En effet, il a été démontré que cette alliance thérapeutique est un élément majeur dans l'adhésion au traitement par les patient·es. Cette relation de confiance et de collaboration permet au·à la patient·e de se sentir plus à l'écoute, ce qui est une source de motivation non négligeable pour les patient·es. Au plus les patient·es seront motivé·es, au mieux le traitement sera effectué et au plus il sera efficace. (46)

En kinésithérapie, ce dialogue prend une dimension particulière en raison de trois facteurs : la proximité physique inhérente aux soins ; la fréquence des contacts thérapeutiques ; et le caractère progressif et interactif du traitement. (47)

Le discours du·de la kinésithérapeute joue donc un rôle central dans la création de la relation de confiance avec le·la patient·e.

Cette discussion avec le·la patient·e permet également de créer un espace sécurisant où le·la patient·e se sent écouté·e et compris·e. La création de cet espace permet également que le·la patient·e puisse s'exprimer si un traitement ne lui convient pas ou s'il ne se sent pas ou moins à l'aise avec certaines techniques proposées.

Le traitement sera également optimisé en cas de consentement car si le·la patient·e comprend pourquoi le traitement est proposé et son utilité iel s'y appliquera et l'effet placebo s'ajoutera à l'effet du traitement afin d'avoir un résultat optimal au traitement. (47)

6.5.3. Cadre du consentement dans un ordre kinésithérapeutique en Belgique ?

La présence d'un ordre des kinésithérapeutes en Belgique pourrait-elle garantir un cadre bienveillant et consenti dans la pratique de la kinésithérapie ?

Contrairement à la France, les kinésithérapeutes belges ne disposent pas d'un ordre des kinésithérapeutes pour encadrer la pratique.

Cette pratique est encadrée en Belgique par la législation fédérale. Cette législation établit les règles d'accès à la kinésithérapie ainsi que le cadre dans lequel le travail s'effectue. (48)

Il existe également différents organismes comme Axxon qui est une association de défense professionnelle qui représente les kinésithérapeutes en Belgique. (49)

Nous remarquons qu'il n'y a effectivement pas d'ordre qui s'occupe des éventuelles sanctions disciplinaires professionnelles. Lorsqu'il y a une sanction comme évoqué précédemment celle-ci doit passer directement par la législation belge.

La présence d'un ordre pourrait apporter une amélioration du consentement dans le cadre des prises en charge en kinésithérapie en Belgique. En France, celui-ci comprend un code de déontologie qui assure au respect de l'éthique et du consentement du·de la patient·e. Il permet également l'introduction de plainte en cas manquement de la part des kinésithérapeutes. Tout cela permet de créer un cadre sécurisant et propice au consentement pour les patient·es. (50)

6.6. Biais

Bien que cette étude repose sur une revue rigoureuse de la littérature existante, plusieurs biais doivent être pris en compte, tant dans la sélection des sources que dans leur analyse.

Les biais sont présents dans la sélection des documents mais aussi dans l'interprétation que j'en ai fait. Malgré une approche la plus neutre possible, nous sommes tous·tes influencé·es par des biais d'interprétation.

La majorité des publications retenues proviennent de pays européens, principalement francophones, mais certaines incluent également des perspectives issues d'Amérique du Nord. Ce choix a été motivé par le désir de diversifier les points de vue et de confronter différentes approches culturelles et juridiques du consentement. Toutefois, cette diversité pose un biais potentiel dans la mesure où les règles en vigueur et les pratiques autour du consentement varient significativement d'un pays à l'autre.

Par exemple, dans de nombreux pays d'Europe, le consentement éclairé est encadré par une législation unifiée, mais souvent encore appliqué selon un modèle paternaliste ou informel dans certaines pratiques. À l'inverse, au Canada ou aux États-Unis, les démarches sont plus systématisées, centrées sur l'autonomie du patient et juridiquement balisées, dès la formation initiale. De telles différences rendent certaines conclusions difficilement transférables au contexte belge sans adaptation.

Malgré une volonté de neutralité, tout travail de revue de littérature est soumis à des biais d'interprétation. Mon regard en tant que future professionnelle en kinésithérapie, mes expériences personnelles, mon genre, mon origine, mes stages, mon parcours et contexte académique ont nécessairement influencé le choix, la compréhension et l'analyse des documents.

Comme le soulignent plusieurs auteurs en sciences humaines (Gadamer, 1960 ; Ricœur, 1986), toute lecture est un acte d'interprétation, et la subjectivité ne peut être totalement évitée dans un travail qualitatif.

L'un des biais majeurs de cette étude réside dans le manque de données spécifiques à la Belgique. Bien que la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient pose un cadre légal clair concernant le consentement éclairé, peu d'études explorent concrètement sa mise en œuvre dans le champs de la kinésithérapie. Ce manquement limite la possibilité d'évaluer précisément la cohérence entre le cadre légal et la réalité des pratiques sur le terrain. Il invite aussi à s'interroger sur la place accordée au consentement dans les différentes formations, la documentation et la pratique des kinésithérapeutes en Belgique, tant en Hautes Écoles qu'à l'Université. Un autre biais important concerne la généralisation des résultats à la kinésithérapie. La plupart des publications traitent du consentement dans un cadre médical ou paramédical large (médecine, soins infirmiers, etc.) et non spécifiquement dans la kinésithérapie. Or, la relation entre le patient et le kinésithérapeute est

particulière, car elle s'inscrit dans la durée et implique des contacts physiques fréquents. Ces spécificités soulèvent des enjeux éthiques concrets, tant pour le respect de l'autonomie du·de la patient·e que pour la protection du·de la professionnel·le. La clarté du consentement devient ici un outil indispensable, à la fois pour prévenir les malentendus et pour sécuriser les deux parties.

Ces biais n'invalident pas les apports de l'étude, mais ils en délimitent la portée. Ils montrent aussi combien ce champ de recherche, bien qu'en plein développement, nécessite encore des travaux empiriques ciblés, notamment en Belgique et spécifiquement dans la pratique kinésithérapique.

7. Conclusion

Le consentement éclairé en kinésithérapie ne se résume pas à une formalité juridique ou administrative : il constitue un processus relationnel et dynamique, à co-construire tout au long du parcours de soin.

Sa mise en œuvre concrète exige du temps, une communication adaptée, et une écoute active du ressenti du·de la patient·e.

Cependant, la littérature montre que cette mise en pratique reste encore hétérogène et lacunaire, en particulier dans les situations complexes ou vulnérables. L'accès équitable au consentement n'est pas encore garanti pour tous·tes les patient·es, certain·es, en raison de barrière culturelles, de pathologies ne permettant pas de s'exprimer, ou de leur âge, reste en marge d'une réelle participation décisionnelle, ce qui entrave leur consentement éclairé.

Pris entre les logiques du paternalisme médical et d'autonomie du·de la patient·e, le consentement s'inscrit dans une dynamique relationnelle complexe, où l'équilibre reste parfois difficile à atteindre.

Le consentement éclairé en kinésithérapie étant encore dans un processus évolutif, il se retrouve confronté à de nouveaux défis.

En effet, l'augmentation en flèche de l'accès à l'information soulève un nouveau défi pour les professionnel·les de santé, notamment pour les kinésithérapeutes. Le rôle des thérapeutes n'est plus uniquement d'informer le·la patient·e mais de jongler avec les informations, qu'elles soient vraies ou non, que le·la patient·e à rassemblées avant de se rendre en séance. Cela met davantage en avant l'importance d'inclure le·la patient·e dans la discussion décisionnelle concernant la prise en charge.

La présence d'un consentement éclairé dans les prises en charge en kinésithérapie est un réel instrument afin de favoriser une relation de confiance qui par la suite permet d'améliorer l'adhérence aux traitements.

Une réflexion éthique approfondie, doublée d'outils cliniques concrets, apparaît donc nécessaire pour garantir un véritable consentement éclairé.

Afin de valoriser la présence du consentement dans la prise en charge, une intégration du consentement dans les formations en kinésithérapie serait un réel atout pour la mise en place de celui-ci. La création d'un cadre déontologique pourrait également être à envisager pour permettre un environnement bienveillant et consenti lors des séances de kinésithérapie en Belgique.

La mise en place de ces deux pistes permettraient-elles d'améliorer le consentement et ses effets lors des séances de kinésithérapie en Belgique ?

8. Bibliographie

1. Porcher, R. (2019). Le consentement en droit médical. *Médecine & Droit*, 2019(154), 8-19. <https://doi.org/10.1016/j.meddro.2018.08.002>
2. Baethge, C., Goldbeck-Wood, S., & Mertens, S. (2019). SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review*, 4(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8>
3. texte LA du. Grand dictionnaire des lettres ; 1-7. Grand Larousse de la langue française. Tome 2, CIR-ERY / [sous la dir. de Louis Guilbert,..., René Lagane,..., Georges Niobey,...] [Internet]. 1989 [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1200533>
4. Larousse É. Définitions : consentement - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [Cité 14 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consentement/18359>
5. Normahani, P., Sounderajah, V., Harrop-Griffiths, W., Chukwuemeka, A., Peters, N. S., Standfield, N. J., Collins, M., & Jaffer, U. (2020). Achieving good-quality consent: A review of literature, case law and guidance. *BJS Open*, 4(5), 757–763. <https://doi.org/10.1002/bjs5.50306>
6. SPF Justice. (s.d.). Infractions sexuelles. SPF Justice. https://justice.belgium.be/fr/themes/securite_et_criminalite/infractions_sexuelles
7. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics*.

8. Aguilar-Rodríguez, M., Kulju, K., Hernández-Guillén, D., Mármol-López, M. I., Querol-Giner, F., & Marques-Sule, E. (2021). Physiotherapy students' experiences about ethical situations encountered in clinical practices. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8489)
9. Robertson, L. (2016). Contemporary interpretation of informed consent: Autonomy and paternalism. *British Journal of Hospital Medicine*, 77(6), 358–361.
10. Paricard, S. (2023). Le consentement à l'acte médical. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 51(4), 212-216. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2023.02.001>
11. Hœrni, B., & Bouscharain, J.-P. (2001). L'arrêt Teyssier de la Cour de Cassation, 28 janvier 1942 : Quelques remarques sur une décision "oubliée". *Histoire des sciences médicales*, 35(3), 299-304.
12. Alderson, P. (2007). Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. *Social Science & Medicine*, 65(11), 2272-2283. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.005>
13. Sarela, A. I. (2023). *Consent for Medical Treatment: What is 'Reasonable'?* *Health Care Analysis*, 32, 47-62.
14. Copnell, G. (2018). *Informed consent in physiotherapy practice: it is not what is said but how it is said*. *Physiotherapy*, 104(1), 67–71
15. Nawrot, O. (2018). The biogenetical revolution of the Council of Europe—Twenty years of the Convention on Human Rights and
16. **Belgique.** (2002). Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Moniteur belge. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?language=fr&la=F&cn=2002082232&table_name=loi

17. Clemens, V., Brähler, E., & Fegert, J. M. (2021). #patientstoo – Professional sexual misconduct by healthcare professionals towards patients: A representative study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30, e50. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000378>

18. Droits du patient. (2025, 23 janvier). SPF Santé Publique. <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/droits-du-patient>

19. Proposition de loi, n° 2170. (s. d.). 16e Législature - Assemblée Nationale. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116b2170_proposition-loi

20. Aggarwal, A., Davies, J., & Sullivan, R. (2014). Nudge in the clinical consultation – an acceptable form of medical paternalism? *BMC Medical Ethics*, 15(31).

21. 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>

22. Violences sexuelles - Egalite des chances - Secrétariat Général – Fédération Wallonie-Bruxelles. (s. d.). <http://www.egalite.cfwb.be/index.php?id=15979>

23. Praestegaard, J., & Gard, G. (2011). The perceptions of Danish physiotherapists on the ethical issues related to the physiotherapist-patient relationship during the first session: a phenomenological approach. *BMC Medical Ethics*, 12 :21.

24. Poirot-Mazères, I. (2023). Le masseur-kinésithérapeute et le toucher : aspects juridiques. *Kinésithérapie, la Revue*, 23(263), 18–28. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2023.08.007>
25. Długołęcka, A., Jagodzińska, M., Bober, W. J., & Przyłuska-Fischer, A. (2024). Ethics of a Physiotherapist: Touch, Corporeality, Intimacy—Based on the Experience of Elderly Patients. *Journal of Bioethical Inquiry*, 21(3), 461-474. <https://doi.org/10.1007/s11673-023-10323-x>
26. Bodiou L., « Le corps du médecin hippocratique : média, instrument, vecteur sensoriel », *Histoire, médecine et santé*, 8 | 2016, p.31-46.
27. Proietti, P. (2023). Toucher, source de tous les dangers. *Kinésithérapie, la Revue*, 23(263), 29-35. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2023.08.008>
28. Haswell, K. (1996). Informed choice and consent for cervical spine manipulation. *Australian Journal of Physiotherapy*, 42(2), 149-155. [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(14\)60447-5](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(14)60447-5)
29. Samé, M. (2023). Approche éthique d'un toucher thérapeutique. *Kinésithérapie, la Revue*, 23(263), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2023.08.005>
30. Genicot, G. (2025). Protection of the elderly patient and preservation of decision-making autonomy at the end of life in Belgian law. *Ethics, Medicine and Public Health*, 33, 101046. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2025.101046>
31. Al-Samsam, R. H. (2008). Legal aspects of consent to treatment in children. *Paediatrics and Child Health*, 18(10), 469-473. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2008.07.007>
32. Loertscher, L., & Simmons, P. S. (2006). Adolescents' Knowledge of and Attitudes toward Minnesota Laws Concerning Adolescent Medical

- Care. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 19(3), 205-207.
<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2006.03.001>
33. Riley, M., Ahmed, S., Reed, B. D., & Quint, E. H. (2015). Physician Knowledge and Attitudes around Confidential Care for Minor Patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28(4), 234-239.
<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2014.08.008>
34. Défense des Enfants International - Belgique. (2012). *Les droits du patient mineur d'âge* [Module pédagogique n°2012-07].
<https://www.dei-belgique.be/index.php/component/jdownloads/send/18-droits-civils-et-politiques/89-module-pedagogique-no2012-07-les-droits-du-patient-mineur-d-age.html>
35. Striefel, S., & Glazer, H. I. (2008). A Proposed Set of Ethical Practice Guidelines in the Assessment and Treatment of Pelvic Floor Disorders. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 33(4), 181-193.
<https://doi.org/10.1007/s10484-008-9063-0>
36. Delany, C., & Frawley, H. (2012). A process of informed consent for student learning through peer physical examination in pelvic floor physiotherapy practice. *Physiotherapy*, 98(1), 33-39.
<https://doi.org/10.1016/j.physio.2011.04.347>
37. Abbas, Q., & Mohammadnezhad, M. (2024). Factors affecting physiotherapists and minority group patients' relationship in the UK: A systematic review study. *Journal of Rehabilitation Research and Practice*, 5(1), 26-32.
38. Benhida, C., Gaudillère, C., Pourquier, A.-L., Abadou, Y., & Coutarel, É. (2011). Liberté de religion et droits des patients. *Droit, Déontologie & Soins*, S1629658311000719.
<https://doi.org/10.1016/j.ddes.2011.06.006>

39. Vialla, F. (2019). Information et consentement du patient dans le cadre de l'urgence en masso-kinésithérapie. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(210), 32-45. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.03.009>
40. Sturm, A., Roth, R., & Ager, A. L. (2023). *Views of physiotherapists on factors that play a role in ethical decision-making: An international online survey study*. *Archives of Physiotherapy*, 13(3).
41. Weerakoon, P., & O'Sullivan, V. (1998). Inappropriate Patient Sexual Behaviour in Physiotherapy Practice. *Physiotherapy*, 84(10), 491-499. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)65869-5](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)65869-5)
42. Pryor, J. B., & Day, J. D. (1988). Interpretations of sexual harassment: An attributional analysis. *Sex Roles*, 18(7-8), 405-417. <https://doi.org/10.1007/BF00288392>
43. Delany, C. M. (2005). Respecting patient autonomy and obtaining their informed consent: Ethical theory—missing in action. *Physiotherapy*, 91(3), 197–203. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2005.05.002>
44. Kefi, H., Mlaiki, A., & Kalika, M. (2017). Comprendre le phénomène de dépendance envers les réseaux sociaux numériques : Les effets de l'habitude et de la surcharge informationnelle dans le cas de Facebook : *Systèmes d'information & management, Volume 21*(4), 7-42. <https://doi.org/10.3917/sim.164.0007>
45. Liu, H., Gong, X., & Zhang, J. (2020). Does Internet Use Affect Individuals' Medical Service Satisfaction? Evidence from China. *Healthcare*, 8(2), 81. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020081>
46. Moore, A. J., Holden, M. A., Foster, N. E., & Jinks, C. (2020). Therapeutic alliance facilitates adherence to physiotherapy-led exercise

- and physical activity for older adults with knee pain: A longitudinal qualitative study. *Journal of Physiotherapy*, 66(1), 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.11.004>
47. Couteaux, C. (2023). *Les représentations du consentement chez les kinésithérapeutes* [Mémoire de master, Université Grenoble Alpes].
48. Kinésithérapeutes. (2025, 4 avril). SPF Santé Publique. <https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/kinesitherapeutes>
49. Qu'est-ce qu'AXXON ? | AXXON, Physical Therapy in Belgium. (s. d.). <https://www.axxon.be/fr/quiestaxxon/>
50. Admin. (s. d.). Notre fonctionnement. Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes. <https://www.ordremk.fr/ordre/presentation/notre-fonctionnement/>

Résumé

Contexte : Les notions d'autonomie et de respect du droit des patients prennent une importance de plus en plus grande dans les soins de santé. La question du consentement éclairé s'impose alors comme enjeu éthique et juridique majeur dans la prise en charge en kinésithérapie.

Objectif : Cette revue narrative a pour objectif de mettre en évidence les modalités et l'application du consentement dans les soins en kinésithérapie.

Méthode : Différentes bases de données ont été utilisées lors de cette recherche telles que Pedro, PubMed, Science direct. Les guidelines « SANRA » ont été utilisées pour la rédaction de cette revue.

Résultats : Le consentement repose sur des principes éthiques et juridiques qui en détermine sa mise en application. De plus celui-ci varie considérablement en fonction des contextes et du type de patient.

Conclusion : Le consentement est un élément central dans la prise en charge en kinésithérapie, il est le résultat d'un processus décisionnel impliquant le·la patient·e et le·la kinésithérapeute. Bien que le consentement soit central il manque encore d'homogénéisation. La présence d'une formation complète sur l'éthique et le consentement ainsi que la mise en place d'un cadre déontologique permettraient une meilleure application de celui-ci ?