

DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE LES CONDITIONS D'UNE COPRODUCTION

PAUL OLRY *, ÉLIANE BAUTZER**

Résumé

L'article propose une première analyse des conditions de production du diagnostic kinésithérapique. L'approche montre que la perception que le kinésithérapeute se fait du soin qu'il réalise est fondée sur l'imbrication des étapes de diagnostic et de soin. Les auteurs soulignent que cela s'accompagne d'un processus paradoxal de coproduction du soin qui requiert à la fois la participation « active » du patient et l'objectivation de son corps soumis aux manipulations du soignant.

Abstract

This paper proposes a first analysis of the conditions in which physiotherapists make their diagnosis. This approach shows that the way physiotherapists perceive the treatment they do is based on the interweaving of two stages: diagnosis and treatment. The authors stress the importance of a paradoxical process of joint production of the treatment, which requires both the patient's "active" participation and the objectivization of his or her body subjected to the practitioner's manipulation.

35

* - Paul Olry, Université de Paris 13, GREC, chercheur associé au CNAM-CRF.

** - Éliane Bautzer, Université de Paris 5, chercheure associée au CNAM-CRF.

Porter un diagnostic est une étape incontournable dans l'administration d'un soin approprié. Cette assertion est une évidence pour l'exercice médical. Peu ou prou les professions paramédicales portent à leur tour un diagnostic, qui s'approprie et traduit l'avis médical initial, dans une visée thérapeutique singulière (1). Cette contribution prend place dans un travail d'étude engagé avec des professionnels du secteur pour mieux connaître l'activité des praticiens sur ce thème. Les enjeux de cette étude relèvent d'une part des perspectives d'accréditation dans cette profession de santé et d'autre part de l'amélioration des formations en alternance par une meilleure connaissance des situations de travail.

Nous avons décrit par ailleurs (Olry, 2003) dans une perspective de didactique professionnelle, l'organisation de l'activité des soignants, qui mettent en œuvre face au patient, une activité de sélection d'informations. Celles-ci sont traitées en référence à l'expérience de conception de protocoles qui agit comme « filtre » interprétatif. Le praticien en tire alors une procédure thérapeutique adaptée à la pathologie ou le traumatisme. Mais à l'analyse cette procédure dépend aussi du profil du patient, notion qui ne se réduit pas à un tableau clinique. Cette évidence est encore peu traitée. Comme dans d'autres exercices paramédicaux, le soin kinésithérapique est extrêmement socialisé. Il prend tout d'abord place dans une chaîne de décision, celle du médecin qui prescrit la rééducation et celle du patient qui choisit de s'adresser à ce masseur-kinésithérapeute-là. Il se poursuit dans la relation avec le patient.

Les attentes du patient participent de cette chaîne de décision, en termes de thérapeutique, mais également en termes de confort (notamment le soulagement de la douleur ou de la gêne) et parfois en termes de qualité relationnelle. Le patient entend se trouver face à un professionnel de la santé, ayant compétence à traiter l'affection dont il souffre. Cette adéquation praticien/compétence/traitement est proposée au patient ou construite par une expérience, celle d'autrui ou la sienne propre. Elle s'inscrit dans le cadre de gestion des relations asymétriques patients/soignants dans leur ensemble. Il convient cependant de noter ici que ces relations sont en cours de reconfiguration (Rothier-Bautzer, 2002).

Chaque MK (masseur-kinésithérapeute) recevant un patient se trouve ainsi face à une attente qui dépasse d'emblée la seule prescription médicale. L'accès par le MK à cet environnement large de la séance constitue pour lui un premier travail, que nous tentons ici d'appréhender.

1 - Cette revendication d'un rôle diagnostique s'inscrit dans une dynamique de reconnaissance identitaire de ces professions face à la profession médicale. Depuis la parution du nouveau décret d'actes 2000-577 du 28 juin 2000, communément appelé "Décret de compétences des masseurs-kinésithérapeutes", il prévoit la mise en place d'un bilan-diagnostic kinésithérapique.

DIAGNOSTIC ET SOIN EN KINÉSITHÉRAPIE : CADRAGE DE L'ÉTUDE

Sans en méconnaître le primat essentiel, nous avons ici délibérément délaissé l'élaboration du contenu du diagnostic "médical". Nous nous sommes intéressés avant tout aux conditions dans lesquelles le praticien le redéfinit et forme, formule, reformule un diagnostic opératoire pour son action. Nous n'ignorons donc pas les connaissances scientifiques mobilisables à cette occasion. Nous abordons ici l'activité du praticien « en situation » qui nous révèle pour une large part comment ce diagnostic est produit. Nous sommes ici centrés sur la prise en compte du patient par quelques MK dans leur activité diagnostique. Le point de vue du patient n'a pas été recherché, bien qu'il eut été particulièrement pertinent, mais simplement parce qu'à ce stade il était difficile de le recueillir. Le point de vue du praticien est donc ici survalorisé, au détriment du discours du patient. Nous nous sommes seulement intéressés à l'activité du soignant, en ce qu'elle mobilise et traduit aussi les postures, engagements, remarques et représentations du patient.

La production du diagnostic

Le paradigme de l'action située invite à ne pas enfermer l'action dans une vision purement cognitiviste, mentaliste et représentationnaliste de l'action. Il suggère de nous interroger sur la dimension sociale et incarnée du diagnostic et du soin et de leur accomplissement. Un certain nombre d'auteurs se réclamant de cette tradition ont ainsi attiré l'attention sur le phénomène de l'*embodied agency* (Taylor, Varéla) et montré que le monde se donne d'abord à connaître à travers les conditions de l'action et à partir des capacités d'action de l'agent incarné. Cette critique de la tradition intellectualiste qui a nourri la plupart des approches cognitives remet en question l'idée que l'observation et la contemplation du monde objectif soient les modes de connaissance fondamentaux fondés sur la distinction sujet/objet.

Du point de vue des courants de l'action située, la perception n'est donc pas la conclusion d'un processus inférentiel dont le point de départ serait la saisie des sens. C'est notre action qui nous donne un point de vue sur le monde. Cette conception est à l'opposé de la vision cognitivisme du mouvement comme déclenché par des instructions motrices venant de la manipulation de représentations.

Le diagnostic apparaît alors comme produit par des actions itératives, incarnées et contextualisées, entre patient et soignants. C'est aux conditions de cette production que nous nous sommes intéressés.

Comme l'ont montré les travaux de Cicourel (2002), l'élaboration du diagnostic repose en grande partie sur la coopération des acteurs en présence, et sur la compétence du patient à être un "bon historien" de lui-même, et du soignant à

accompagner son interlocuteur dans la production d'un discours qu'il puisse « traduire ». En effet, « Un diagnostic n'est pas seulement complexe du point de vue cognitif, il l'est aussi du point de vue social. Fréquemment, un diagnostic implique d'obtenir et d'évaluer l'opinion d'individus n'ayant ni le même niveau, ni le même champ d'expertise. » (Cicourel, 1994, p. 428)

Dans une telle perspective, l'environnement ne fournit pas seulement des contraintes mais aussi des ressources cognitives à travers les objets et artefacts qu'il comporte ou des pratiques instituées, formes de pensée, techniques, méthodes. Cette perspective nous oblige à concevoir l'accomplissement de l'action comme une authentique *praxis* et non pas comme l'exécution d'instructions, l'application de plans ou la mise en œuvre en résultat d'un calcul d'une délibération.

Le dispositif d'étude

Pour cette première étape de l'étude, nous avons croisé deux approches méthodologiques :

- un corpus d'entretiens semi-directifs comme pré-enquête ;
- des enregistrements vidéo de séance de soin pour saisir l'activité diagnostique du MK. Les travaux d'anthropologie cognitive proposent de formaliser le cours d'action des praticiens (Theureau, 2000) et leur interprétation par le sujet lui-même replacé face à la situation filmée.

C'est dans cette perspective qu'a été bâti le dispositif d'étude (2) pour des professionnels qui ne reçoivent qu'un patient à la fois. Pour une part, c'est une observation et un entretien à partir d'une situation qui ont fourni le matériel de l'étude. Pour d'autres, leur activité filmée a été commentée par les soignants quand les conditions ont pu être réunies. Ce faisant, nous avons pu dégager un certain nombre de représentations de ces professionnels sur leurs pratiques : en dehors de la pratique tout d'abord, puis face à l'enregistrement de cette pratique. Dans chaque cas, il s'agit d'un travail de formalisation d'une posture discursive de l'acteur face à sa propre action.

L'analyse croisée de ces discours met en évidence un certain nombre d'éléments sur la prise en compte du patient dans l'activité diagnostique de soin.

2 - L'étude est dans une phase exploratoire. Le matériel traité ici concerne deux entretiens et une séance filmée suivie d'une auto-confrontation d'un masseur-kinésithérapeute exerçant en libéral (avec l'accord du patient). Le recueil du matériel s'est effectué à la suite d'un groupe de travail exploratoire dont l'objectif visait pour les participants à produire une analyse de l'activité. Le recueil des données s'est déroulé en 2001 et 2002.

LES COMPOSANTES DU DIAGNOSTIC INITIAL

La production du diagnostic : les contraintes selon les praticiens

Selon les MK interviewés, ce processus-diagnostic se fonderait sur deux types de données (3), recueillies avant toute intervention thérapeutique :

- « ce qu'il sélectionne des faits sur le patient/client, sa maladie et ses conséquences ;
- les indices prélevés par une observation clinique du mouvement, au repos et mesurés par des tests spécifiques ».

L'analyse clinique

Les données rassemblées seraient interprétées pour brosser un tableau, duquel émergeraient les éléments fondant le diagnostic kinésithérapique. Les termes de celui-ci précisent le champ concerné (ex : musculo-squelettique), l'hypothèse retenue (ex : détente en lien à une traversée thoraco-bracchiale), les limitations fonctionnelles cibles du traitement en lien aux déficiences (ex : couper sa viande) ou handicaps vécus. Dès lors, il reste au MK à planifier le nombre de séances imparties par la prescription médicale, à définir un programme de traitement et à choisir les techniques afférentes.

Le discours général des MK décrit un ordonnancement de séance finalisé par une représentation *a priori* de l'adéquation patient/pathologie (ou traumatisme)/protocole de soin. Le répertoire scientifique discrimine les pathologies selon des classes de critères relatives à leur gravité, leur pronostic (évolutivité), leur permanence (aiguës, chroniques). Il est aussi bâti en classant le patient selon des critères objectifs (homme ou femme) et/ou subjectifs (ex : nécessitant un accompagnement, pouvant se prendre en charge). Enfin, les MK font face, de plus en plus, à des patients âgés porteurs d'une polyopathie qui rend le choix des méthodes appropriées de plus en plus délicat.

L'activité du praticien consiste donc à transformer la prescription en une activité de soin. Le consultant se prête à l'élaboration d'un bilan kinésithérapique qui fournit une base à un diagnostic ciblé. La connaissance par le MK d'un répertoire de signes diagnostiques s'enrichit en effet d'une pratique, d'un art de faire le diagnostic, qu'alimentent la somme d'observations cliniques accumulée d'une part, et d'autre part, les caractéristiques immédiates de la situation : le consultant, la nature de la perturbation, l'évolution de la séance.

3 - PLAS E. et alii, *Processus kinésithérapique*, document ronéo de l'École de kinésithérapie du CHU de Grenoble, 1999.

Tenir le rythme des séances

La séance est scandée par ces tâches du praticien : apprécier l'état actuel du patient, choisir et adapter un protocole, manipuler et enjoindre au patient de reproduire les gestes et postures proposés.

Mais l'action du masseur-kinésithérapeute s'inscrit également dans la consultation, le patient introduisant des contingences – son accueil, la mise en place et la préparation du soin, la mobilisation (4) proprement dite, l'ouverture sur l'entre-deux séances – qui n'est pas sans effet sur l'activité du MK notamment dans l'établissement du diagnostic.

L'activité du MK s'inscrit ainsi dans différentes temporalités (5). Les techniques gestuelles du masseur-kinésithérapeute (MK) ont une efficacité inscrite dans une polyrythmie (6) qui dépend essentiellement du patient : durée d'application, effet amplificateur du rythme, efficace des cadences. Au travail corporel (tenir des positions, répéter des mouvements, etc.), s'ajoute un objectif de recherche d'implication du patient (7), qui s'exprime par une autre chronologie de la séance, pédagogique celle-là, destinée à « armer » l'entre-deux séances.

Cette description met en cause l'image médicalisée du diagnostic masso-kinésithérapique (8) posée en amont par le praticien, ouvrant la mise en place d'un plan thérapeutique. Par delà l'action rationnelle fondée sur des connaissances scientifiques, quelles composantes contribuent à déterminer cet acte : porter un diagnostic ? S'agit-il d'un diagnostic qui consiste à nommer puis à prescrire des actions ou plutôt du soin kinésithérapique construit par la connaissance incarnée du corps du patient ?

Comme nous l'avons relevé précédemment, l'action ainsi située est paradoxale : ordonnée, structurée, hiérarchisée par un but, son ordre concret ne peut pourtant être fixé à l'avance parce qu'il prend précisément place dans un accomplissement dépendant de l'interaction entre le MK et son patient.

L'action résulterait dans cet esprit d'une activité cognitive, qui n'est pas seulement celle du professionnel. Bien au contraire, la situation *séance* ouvrirait au patient (sa demande, ses réactions, son exposition aux manipulations...) une renégociation du

4 - Qui elle-même donne lieu à plusieurs séquences.

5 - La temporalité est « le temps vécu par la conscience, celui dont elle fait l'expérience et qui déploie à partir du présent, un passé fait de rétentions utilisées comme acquis et comme appoint pour l'action et un futur qui est fait de possibilités nouvelles » (Tenenti, 1998).

6 - Polyrythmie évoque la superposition de deux ou plusieurs rythmes différents. Les structures se déroulent simultanément et indépendamment l'une de l'autre, chacune d'elle présentant soit une mesure différente de celles des parties voisines, soit des décalages d'accent, soit des schèmes rythmiques irréductibles entre eux, soit des *tempi* différents.

7 - HISLOP. H., "The not-so impossible dream", *Physical Therapy*, 55, pp. 1069-1080.

8 - Décret n° 96-879 du 8 octobre 1996.

protocole, voire du diagnostic. C'est cette dynamique appréciée par les professionnels que nous avons tentée de saisir ici.

La production du diagnostic: les exigences de la situation

L'entrée en matière

L'analyse du matériel montre que par nécessité le praticien aborde son patient dans sa globalité. Cela signifie qu'il mobilise des éléments relatifs à une situation antérieure – la consultation médicale –, pour une activité à venir – le soin à prodiguer –, au profit d'une situation évolutive: la séance.

Communications patient/MK	Auto-confrontation MK
<p>MK: Comment allez-vous ?</p> <p>P: Ça ne va pas plus mal, mais moins vite que je ne le voudrais.</p> <p>MK: Bon ben... on va se mettre là (...) comme d'habitude.</p>	<p><i>Bon la question est rituelle: le « comment allez-vous ? » en début de séance.</i></p> <p><i>De toute façon quoiqu'elle va me répondre, je suis en train d'installer la table de la même manière parce que je sais que dans son cas, il faut essayer d'obtenir la relation entre différents groupes musculaires. Elle m'aurait dit « beaucoup mieux », j'aurais quand même commencé de la même manière.</i></p>

Avant le patient, c'est le tableau clinique qui décide de l'installation dans la séance. Le choix de l'acte de soin est dépendant de la succession des patients dans le cabinet. Dans les deux minutes d'intervalle entre deux patients, le professionnel n'a pas le temps matériel de consulter la fiche du patient, catalogué par protocole (« dans son cas »). Le rituel de la question initiale (« comment allez-vous ? ») marque le recours à une routine de l'activité, qui joue une fonction de mise en place de la relation (« elle m'aurait dit "beaucoup mieux", j'aurais... »). Si le patient y participe, le soignant y reconnaît des signes qui l'aident non seulement à se remémorer mais également à se resituer dans le cas: « *J'installe ça un peu mécaniquement. Mais elle a l'habitude. Je vois qu'elle s'installe bien. Elle a son coude en appui, ça se passe bien, je vais pouvoir travailler sur l'épaule. Je vais perdre moins de temps à l'installer parce qu'elle est bien relâchée et qu'elle s'y retrouve.* »

En quelque sorte, chacun des deux protagonistes du soin doit trouver et prendre ses marques dans la séance. Du côté du patient, l'implication souhaitée se traduit par un comportement adapté à l'installation matérielle proposé. Ici, c'est un support (cousin) disposé sur la table de soin dont le patient connaît l'usage et y trouver appui pour son front. Du côté du soignant, le premier temps de massage est avant tout une manière de prendre de l'information tactile (texture, relief, etc.) lui permettant de sta-

biliser une ligne de conduite pour le temps de la séance : « Là, par exemple, bon je fais le côté droit. Bon, là, je prends un peu mes repères. »

La production du diagnostic initial

À ces aspects ritualisés de la conduite de séance s'ajoutent des routines d'action concernant soit l'investigation du type structure/pathologie (ex : muscle/atrophie), soit l'amélioration du fonctionnement (mouvement/fonction). "On se raccroche toujours à une pathologie existante", déjà rencontrée, ou très proche. Le MK utilise ce qu'il a construit antérieurement avec des patients ayant obtenu des résultats et essaie de raccrocher son choix de méthode à ce qu'il connaît déjà. Même si la pathologie est différente, il y a des aspects sur lesquels on va se retrouver. Lorsque la marche est perturbée pour des raisons inconnues, l'analyse diagnostique opère à partir d'une fonction connue – la "marche" – pour revenir au mouvement ou inversement. Le diagnostic kinésithérapique est présenté comme un outil polyfonctionnel :

- Il précise, complète, voire outrepassa la prescription médicale : « Nous, on ne connaît pas complètement la nomenclature qui régit nos pratiques quotidiennes. Les médecins l'ignorent quant à eux totalement, et ça peut avoir des conséquences : prescrire « sur la jambe », au lieu de membre inférieur... ».
- Il constitue un cadre d'investigation de la douleur du patient par rapport à ce qu'il en énonce.

Communications patient/MK	Auto-confrontation MK
MK : Vous éprouvez une sensation au mouvement là, sous le sternum ? P : Il y a un pincement ici vous voyez, il y a certains mouvements.	<i>Cette dame vient, adressée par un rhumatologue pour des douleurs au cou, à l'épaule et au bras. Elle ne sait visiblement pas trop ce qu'elle a [...] Moi j'ai déduit des choses. J'ai déduit un syndrome de traversée thoraco-brachiale avec des douleurs qui irradient, un petit peu électriques. Alors à ce titre-là et avec ce que j'ai pu examiner et ce que j'avais pu ressentir, il faut, en fait, la détendre.</i>

42

Le diagnostic du soignant mêle ici investigation – « ce que j'ai pu examiner » et « ce que j'avais pu ressentir » – et questionnement sur une base hypothético-déductive. Il y ajoute une prescription, « il faut la détendre », qui cadre la situation de soin à venir. Le diagnostic porté clôture la phase d'analyse sur la base des significations construites à partir de l'observation clinique, que valident les indications du patient.

Pourtant, on se souvient dans l'extrait précédent que la patiente est bien relâchée, « détendue » dès son installation : « Je vais perdre moins de temps à l'installer parce qu'elle est bien relâchée et qu'elle s'y retrouve. » Le protocole de soin privilégie une

dynamique de répétition, dans laquelle patient et soignant trouvent de nouveaux repères. Pour le soignant, il s'agirait de renouer le fil de son intervention, ce qui suppose de limiter les itérations successives du diagnostic. Du côté du patient la répétition permet de reconstituer une base de sensations familières, pour discuter les évolutions et involutions de la mobilité, de la douleur. Mais dans quelle mesure ces productions sont-elles des diagnostics ou engagent-elles déjà dans la mise en œuvre du traitement ?

La pratique effective est frappée d'un empirisme lié aux capacités d'analyse de la situation par le MK : la thérapeutique repose pour une part sur une logique essayer-erreur, un fonctionnement analogique. La situation traitée se trouve ainsi marquée par l'activité qui la borne. Si les signes cliniques semblent insuffisants à porter un diagnostic, activer un protocole pour tester la thérapeutique est un moyen de mieux définir la situation en se dotant d'observations complémentaires pour affiner son diagnostic. Appliquer un protocole devient finalement une part du diagnostic.

L'orientation du diagnostic : faire parler les indices corporels

Le MK mobilise au cours de la séance des techniques d'enquête à portée locale. Il s'agit pour lui de recueillir les informations lui permettant d'apprécier la pertinence du protocole adopté. On sait que le patient s'il le peut, ne restitue qu'un ressenti approximatif, dû à la douleur latente sinon à l'échauffement consécutif aux manipulations. Le MK a donc pour objectif de fiabiliser autant que faire se peut son intervention thérapeutique en prélevant du corps soigné les indices d'une transformation en cours.

Communications patient/MK	Auto-confrontation MK
<p>MK : Là, c'est pour favoriser le relâchement de votre épaule... elle ne tourne pas énormément ! (...) Est-ce que vous avez l'impression d'avoir une amplitude plus grande ?</p> <p>P : Je ne sais pas... oui peut-être.</p>	<p><i>On ne le voit pas là, mais à certains moments, je fais des manœuvres symétriques : je compare simplement avec le côté opposé et un muscle avec une texture molle et qui se laisse mobiliser dans différents plans. Si on a la même impression, la même sensation, en mobilisant le même muscle, du côté opposé, pas forcément en même temps, à l'occasion de manœuvres symétriques ; on peut considérer, je considère qu'on a quelque chose de satisfaisant.</i></p> <p><i>En fait c'est la consistance que j'évalue. C'est une observation du relief,...je lui demande de tourner [...] En fait j'apprécie l'état tonique.</i></p>

Ici, l'activité du soignant se focalise sur la recherche de sensations relatives au corps du patient. Sa mobilisation trouve son origine dans la vérification auprès du patient de l'atteinte de résultats intermédiaires (« vous avez l'impression d'une amplitude plus grande? »). L'incertitude qui en découle conduit à revenir moins sur le diagnostic initial, que sur le présupposé de départ (« elle est bien relâchée »). Dès lors le soignant s'applique à apprécier des indicateurs perceptifs (« j'évalue la consistance »). La région massée constitue ici le terrain d'une investigation diagnostique, qui a ses règles et ses outils empiriques. Les manœuvres symétriques permettent de percevoir, sinon de mesurer l'indicible par les manipulations réalisées qui n'ont pas plus alors une finalité thérapeutique mais un but évaluatif : le diagnostic s'est enrichi des données sur l'état tonique, avec lesquelles la suite du traitement devra compter.

PATIENT-OBJET, PATIENT-SUJET : UNE AMBIGÜITÉ PRODUCTRICE DU DIAGNOSTIC

Avec les autres professionnels de santé, le MK partage un mode de cadrage de l'interaction soignant/soigné basé sur des relations asymétriques, une réduction du sujet à l'usager et une mise à distance du sujet. Le patient, « littéralement celui qui subit », apparaît soumis à l'asymétrie de la relation soignant/soigné. Cette asymétrie est confortée par les notions de dépersonnification, d'objectivation et de morcellement des corps en situation. La coopération du patient est d'abord une mise à disposition d'un corps-objet entre les mains du soignant. Cette asymétrie de la relation est au fondement de la réalisation du soin. La capacité du patient et du MK à s'en désaisir et à s'en saisir semble déterminer le cadre de l'activité de soin. Par conséquent, la production du diagnostic comme celle du soin apparaît comme relevant du travail du MK, et le mode de coopération requise consiste à « demander » au patient de participer à cette assignation objectivante de son corps offert aux manipulations.

Cette coopération, aménagée par le couple soigné/soignant actualise l'ensemble diagnostic/protocole investi sous la forme des mobilisations. Trois sources de cette actualisation ont ici été relevées.

L'usage des séquences de soin pour actualiser le diagnostic

Le déroulement de la séance d'une durée « canonique » de 30 minutes est découpé en quelques phases. À l'installation du patient, marquée par le massage, succèdent en général deux postures de mobilisations qui donne lieu chacune à des manipulations. Ce rythme de la séance est modulé en fonction du profil du patient, ponctué par les échanges avec le patient et les résistances éventuelles aux postures et manipulations. L'activité de soin traduit la transaction entre une durée, un rythme d'un

traitement fixé sur prescription, et l'ordonnancement temporel d'enchaînements familiaux susceptibles d'y répondre.

Un protocole thérapeutique singulier émerge ainsi d'une pratique empirique, que valide la capacité du patient à se conformer au rythme et la durée de mobilisation, conditionnant son efficacité.

En s'appuyant sur un déroulement de séance familial, le soignant se donne un temps masqué au patient, pour produire ou adapter une thérapeutique sur la base d'un diagnostic récurrent : « *La dernière séance c'était la semaine dernière, je dis pas que je recommence à zéro à chaque fois, mais il est évident que je suis en train de me recalculer sur "quel est son état actuel?"* »

Il y a donc disjonction entre un « emploi du temps rituel » de la séance et le temps de la thérapeutique. Le soignant la renforce éventuellement s'il ne prescrit pas d'exercices à effectuer dans l'interséance. Le temps coutumier attaché au déroulement de la séance, prend alors le pas sur le temps thérapeutique portant la dynamique de guérison : « *Dans les dernières minutes de la première séance, j'ausculte ou je manipule le patient puisqu'il faut justifier d'un acte, ... mais le soin n'a pas vraiment commencé.* »

Structuré par la récurrence du diagnostic, le soin kinésithérapique semble ainsi inscrit dans un « temps-espace où fusionnent des indices spatiaux et temporels en un tout intelligible et concret » (9).

Le corps à corps dessine une carte de la région endolorie

45

Le MK « mobilise » le patient à l'aide de son propre corps. Les manipulations consistent à immobiliser une partie du corps du patient pour l'amener à en mobiliser une autre. Les postures du soignant ont ainsi une double fonction : immobiliser et mobiliser : « *L'activité de mobilisation consiste à mettre en mouvement le corps du patient selon des séquences, des enchaînements mécaniques contrôlés pour prévenir la douleur éventuelle* », ce dont témoignent les verbalisations recueillies dans l'action. Ce corps à corps sert plusieurs desseins : d'une part, il oriente et accompagne le mouvement du patient dans la posture thérapeutique à adopter ; d'autre part, il se trouve progressivement conduit à focaliser son attention sur les mouvements d'une région particulière (ex : l'épaule, la hanche, etc.), ce que l'un de nos interlocuteurs désigne par le terme de *faire prendre conscience*. Plus précisément, *le présumé de cette mobilisation est que la mise en mouvement conduit le patient à percevoir des sensations.*

9 - Bakhtine M., *Esthétique et théorie du roman*, Paris, Gallimard, 1978, p. 211.

Les sensations, traduites dans un ressenti corporel, constituées en traces, sont l'objectif à atteindre des exercices d'inter-séance. Le corps du patient serait en quelque sorte un territoire, dont le corps du soignant, en soulignant les reliefs et résistances, aiderait à tracer la carte.

Cette image mentale est constituée en ressource par le soignant de plusieurs usages :

- « *contribuer à la production chez le patient de représentations sur la région rééduquée* ». Le patient au-delà d'un inconfort ou d'une douleur passagère doit être à même d'établir un lien de cause à effet pertinent entre le mouvement à réaliser et le bénéfice qui en est attendu (amplitude, etc.) ;
- « *rappeler le lien fonctionnel entre les manipulations exécutées et les tâches quotidiennes qu'ils autorisent à terme* ». Le soin est ainsi replacé dans une perspective dynamique de développement du mouvement et donc des possibilités d'action ;
- « *programmer et responsabiliser le patient sur le rythme des séances et leur enchaînement pour atteindre le but thérapeutique défini* ».

Ce faisant, il arrive que le corps du patient résiste au traitement proposé puis appliqué :

Communications patient/MK	Auto-confrontation MK
[On entend un craquement] P: Ça craque! MK: Oui, en effet...	<i>Bon là, je l'ai alignée. Elle va me dire « ça craque », ce qui est vrai. On n'y peut absolument rien. Je met la main là, pour essayer de voir où ça craque, c'est la formule cubculaire. Je n'essaye pas de lui expliquer.</i>

46

Nous observons que le MK s'adresse au corps « objectif » du patient. Ce corps du patient met à l'épreuve le soin défini et subi. Le craquement est ici perçu par le patient comme une résistance de son corps. Elle joue simultanément pour le soignant le rôle d'indice et celui d'interpellation inopportune du sujet patient, sollicité auparavant. La prise en compte de cette manifestation est contradictoire: le geste thérapeutique (*met la main*) en l'inscrivant dans le corps à corps confirme la perception d'une résistance par le patient; alors que si l'on « n'y peut absolument rien », c'est que la posture provoque le craquement. Celui-ci agit donc comme signal pour chacun dans la situation, et nécessitant au besoin son explication.

La consigne conditionnant l'exécution des gestes thérapeutiques, la mise en mouvement du patient, sa prise de conscience, s'enrichissent ainsi d'un artefact « pédagogique » qui joue la fonction de mode d'emploi et est censé assister le patient dans la poursuite du soin hors séance. Cette poursuite apparaît cependant largement compromise par le changement de statut requis pour le patient; d'objet à sujet de ses soins. Les MK rencontrés témoignent de cette difficulté à obtenir ces travaux inter-séances des patients.

Le corps du patient est tout à la fois singulier et générique. Il ressemble aux corps des autres patients, il partage avec ceux-ci une constitution, des règles de santé ; mais il a une histoire singulière, qui nécessite un soin particulier. D'autre part, le corps du soignant apparaît comme le principal outil de travail dont il dispose pour soigner. La compétence du MK comporte cette particularité qu'il aborde directement la malfonction par un travail sur le corps du patient. Or, celui-ci est simultanément outil de travail, objet et sujet de la douleur et source de la guérison. L'objectif est d'amener le patient à une « prise de conscience thérapeutique » de cette trilogie.

L'économie générale de l'enjeu thérapeutique est ainsi résumée par un MK :

- « *la thérapeutique choisie n'a d'efficacité que si elle se trouve relayée par son application par le patient lors de l'inter-séance ;*
- *les mobilisations travaillées doivent être réalisables par le patient, et supposent être suffisamment maîtrisées pour être dupliquées hors séance ;*
- *le patient doit donc avoir une certaine conscience de ses muscles, de leurs fonctions et des mouvements qui les mettent en mouvement ».*

Au travers de cette représentation de la thérapeutique, le MK s'approprie un corps activé par les mobilisations pratiquées et perçu lors des manipulations.

Pour traquer un déficit fonctionnel, un principe de base est d'observer le patient dans ses attitudes. L'action est ensuite organisée pour mobiliser le patient. Il s'agit de mettre en mouvement, de corriger, de didactiser le traitement à partir des sensations corporelles du patient. Pour produire cette mobilisation, le MK met en œuvre au long de la séance un diagnostic récurrent. Il actualise ainsi sa synthèse d'une perception du patient, de ses réactions, de la pertinence des manipulations choisies, exprimée par un plan kinésithérapique.

Dans ce corps à corps, la démarche de soin peut-être progressive : « *Ça marche / ça ne marche pas, je le fais quand même* ». Il s'agit alors d'apporter un certain plaisir, recherchant le bien être. Le MK s'efforce de *souligner le résultat immédiat* présenté comme la contrepartie de l'engagement, de l'adhésion, que l'on demande au patient dans l'objectif que ses progrès l'engagent plus nettement dans le soin.

La démarche de soin peut au contraire mettre d'emblée le patient dans une situation extrême afin d'évaluer ses difficultés.

Le traitement se construit ainsi pas à pas, par itérations successives de la démarche diagnostique. Le soin lui-même est « suspendu » au profit de son actualisation à venir par de nouvelles mobilisations.

La collaboration dans le dialogue thérapeutique

Le soulagement de la douleur est une demande « vive » que les patients font au MK. Renvoyé le plus souvent par le médecin à un traitement chimique, agissant de l'intérieur, le patient attend du MK qu'il contribue à une amélioration sensible de son état fonctionnel, visible de l'extérieur.

Par conséquent, le patient est non seulement un partenaire du soin, mais souffrant, il est également prescripteur des manipulations appliquées. L'attente des patients prend plusieurs formes, tant revendicatrice – le demandeur d'explications –, que collaborative dans la part active au traitement sur la base des démonstrations faites par le MK. Cette participation du patient s'organise, notamment pour le faire parler lors de la première séance de soin.

Elle est ainsi « un moment fort » qui permet de « dégrossir » les choses et de dresser un bilan. Il s'agit de comprendre ce qui le pousse à consulter et de mieux cerner ses difficultés, de mesurer l'impact de sa pathologie dans le quotidien. La parole du patient est alors sollicitée pour s'informer, mais aussi infirmer ou confirmer un premier diagnostic concernant tout autant le patient, le soin prescrit, que le protocole envisagé : « *Il s'avère souvent utile, au cours des premières séances de revenir en amont : Qui m'envoie le patient (médecin de famille, service rhumatologie d'un hôpital etc.) ? Que lui a-t-on expliqué et que lui a-t-on dit de sa pathologie ? J'explore le mode de vie quotidien, mais sans me perdre dans le quotidien.* »

Mais, dans le cas du diagnostic, la parole du patient n'est finalement sollicitée qu'au début du travail. Elle est finalement de trop dans la suite du traitement. D'une part, parce que la parole initiale « contractualise » en quelque sorte la relation d'un investissement réciproque. D'autre part, le déroulement négocié « charge » progressivement la relation et le protocole thérapeutique des ajustements concédés, ce qui n'autorise que peu de remises en cause de part et d'autre. D'une certaine façon, le MK craint toujours que les attentes portées par l'énoncé de la souffrance ne surpassent sa capacité à en traiter l'objet : « *Certains attendent un résultat immédiat : un soulagement, la disparition d'un bruit (craquement), l'effacement d'une douleur. Il y est souvent associé un geste, une manipulation.* »

La prescription médicale trouve son expression dans une large variété de situations que le soignant tente de réduire dans le dialogue avec le patient. Ce dialogue utile à la production d'un bilan, permet de cerner dans la situation un cadre pour l'exécution de la prescription pour le MK soucieux de satisfaire la prescription. Cette mise à distance d'un patient objectivé et morcelé est significative d'une démarche soignante fortement médicalisée. Le désinvestissement du patient-sujet dont parle le MK signe sa compétence à mettre en œuvre un « traitement » du patient-objet. Or, un tel patient est placé au cœur d'une injonction paradoxale ; il doit abandonner un corps « marionnette » au MK pendant les séances. Mais on lui demande également de produire un travail en réinvestissant la « fabrication du soin » dans l'inter-séance. Ce paradoxe nous paraît être un des éléments clés de la relation thérapeutique ambiguë établie dans les soins des pathologies chroniques par des soignants formés à « traiter l'aigu ».

Conclusion

Le diagnostic kinésithérapique ne s'avère pas porté en amont du soin mais résulte d'une investigation progressive. C'est pourquoi, on peut considérer qu'il est produit en cours d'action, dans la mesure où le traitement proposé est fonction de la perception qu'a le soignant de la situation en séance, elle-même évolutive. Mais l'activité du soignant est aussi un moyen de déterminer la situation en « y agissant ». C'est dans la mesure où cette action permet l'engagement dans la situation qu'il est en position d'en percevoir les caractéristiques et de construire le soin. Les caractéristiques de cet engagement ont pu être relevées.

Avec les autres professionnels de santé, le kinésithérapeute partage un mode de cadrage de l'interaction soignant/soigné basé sur des relations asymétriques, une réduction du sujet à l'usager et une mise à distance du sujet. Néanmoins, le traitement des pathologies chroniques auxquelles sont confrontés les MK, implique une écoute de la personne souffrante, la prise en compte de son histoire, de son mode de vie. La participation d'un patient-sujet, membre actif du processus de soin est requise. Les professionnels de santé sont donc conduits à produire des ressources sur lesquelles s'appuyer pour réaliser ce basculement vers le « sujet », indispensable si l'on souhaite s'inscrire dans une perspective d'éducation du patient (Assal, 1996) et donc obtenir ce qui est attendu des inter-séances. Or, les premiers éléments de notre recherche sur l'activité des MK tendent à montrer que ces pratiques soignantes (soin et/ou diagnostic récurrent...) s'appuient sur un mode de coopération où le patient passif est conduit à abandonner un corps-objet et morcelé aux mains expertes pour qu'elles « fabriquent » du soin. Cette contradiction traverse les situations étudiées. Dans quelle mesure l'autonomisation du patient qui reste l'objectif du soin peut-elle être coproduite dans une relation asymétrique fondée sur la passivité du soigné objectifé ?

BIBLIOGRAPHIE

- ASSAL J.-P. (1996). – « Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité », *Encyclopédie médico-chirurgicale, Thérapeutique*, 25005-A10.
- CICOUREL A. (2002). – *Le raisonnement médical*, Paris, Seuil.
- CONEIN B., THEVENOT L. (1998). – « Connaissances ou informations ? Débats et rapprochements entre sociologie et sciences cognitives », *La lettre du centre d'études de l'emploi (CEE)*, 53, pp. 1-10.
- GADAMER H.G. (1998). – *Philosophie de la Santé*, Grasset-Mollat, 183 p.
- HISLOP H. (1975). – « The not-so impossible dream », *Physical Therapy*, 55, pp. 1069-1080.

OLRY P. (2003). – « Organisation du soin et développement des compétences. Contribution à la professionnalisation en masso-kinésithérapie, *Les sciences de l'éducation-Pour l'Ère nouvelle*, « La formation des soignants », vol. 36, n° 2, pp. 91-105.

PLAS E. et alii. (1999). – *Processus Kinésithérapique*, document ronéo de l'École de kinésithérapie du CHU de Grenoble.

POUCHELLE M.-C. (1998). – « Compétence du patient et histoire de la médecine », *MGEN*, pp. 11-13.

POUCHELLE M.-C. (2002). – « Pour une histoire et une anthropologie des effets iatrogènes du "combat" contre la maladie », in *Asclepio*, vol. LIV-1.

ROTHIER-BAUTZER E. (2002). – « Pratiques soignantes en mutation : de la lutte contre la maladie à la collaboration avec le patient », *Revue Française de pédagogie*, n° 138.

SICARD D. (2002). – *La médecine sans le corps*, Paris, Plon.

SUCHMAN L. (1990). – « Plan d'action », in L. Quéré (dir.), *Raisons pratiques*, n° 1, éditions EHESS.

THEUREAU J. (2000). – « Anthropologie cognitive et analyse des compétences », in *La singularité de l'action*, Centre de formation du CNAM, Paris, PUF, pp. 171-212.

TROUSSE B. (1996). – *Le rôle des modèles et des outils pour la coopération dans la conception*, Toulouse, Octares.

VARELA F. (1989a). – *Connaître les sciences cognitives, tendances et perspectives*, Paris, Seuil, 123 p.

VARELA F. (1989b). – *Autonomie et connaissance*, Paris, Seuil, 248 p.

VARELA F., THOMPSON E., ROSCH E. (1993). – *L'inscription corporelle de l'esprit*, Paris, Seuil, 377 p.

QUERE L. (1991). – « D'un modèle épistémologique à un modèle praxéologique de la communication », *Réseaux* n° 46, CNET.

QUERE L. (1997). – « La situation toujours négligée ? », *Réseaux*, n° 85, CNET.