

SYNTHESE du DOCUMENT réalisé par le CNAM¹

« De l'analyse de l'action professionnelle des masseurs kinésithérapeutes à la conception d'un référentiel d'intervention »

La préoccupation de l'AFREK relative à l'évaluation des pratiques professionnelles a conduit l'association à commander, dans l'optique de la conception d'un référentiel métier, une étude exploratoire centrée sur les pratiques professionnelles réalisées en libéral.

Cette commande, assurée par la Chaire de Formation des Adultes - Didactique Professionnelle du Conservatoire National des Arts et Métiers, a été conduite en 2004/2005 suivant les modalités d'une investigation de terrain et a produit un texte présentant une synthèse des résultats de l'étude (esquisse de la problématique du métier de masseur-kinésithérapeute d'aujourd'hui - analyse transversale des cas de « praticiens rencontrés » - préconisations de catégories pour un référentiel d'accréditation des MKL)

Le cadre général de l'étude

Il présente la problématique de soins dans laquelle s'inscrit l'action professionnelle où la relation avec un patient est assimilée et lue comme une relation de service, c'est-à-dire devant tenir compte de l'usager (patient) et des prescripteurs.

Cette relation est caractérisée par deux dimensions :

- sociale et conventionnelle liée au métier
- individuelle et subjective liée au praticien.

Ces deux dimensions nécessitent une définition des cadres sociaux de l'intervention kinésithérapique.

Prenant en compte autant les discours que les pratiques, l'étude ne s'est pas limitée à ce que les descriptions normées (comme dans les démarches de certification) désignent comme « bonnes pratiques » mais s'est appuyée sur la pratique qui se déroule dans une situation « naturelle » de travail.

Aussi la réalité du travail a t'elle été abordée par le biais de l'**activité**, c'est à dire de ce que construit chaque praticien pour parvenir à assurer sa prestation

Echappant largement à l'observateur extérieur, à tous ceux qui ne partagent pas la réalité quotidienne du travail et même, dans une certaine mesure, au MK lui-même qui n'a que partiellement conscience des composantes de son activité, l'activité de travail est non seulement dans ce que le MK construit pour réaliser la tâche mais encore dans le sens qu'il lui donne : pour une même tâche, différents sujets auront des activités différentes, en fonction de leurs caractéristiques personnelles et de la spécificité de leur situation de travail..

¹ Paul **OLRY** maître de conférence à l'Université Paris 13 et au Conservatoire des arts et métiers, Nathalie **LANG** maître de conférence à l'Université Paris 13, et Marie-thérèse **FROISSART**, chercheur associé, coordinatrice du groupe de pilotage.

Une telle perspective nécessite de déplacer le champ d'analyse de celui du travail à celui de la situation et engage à prendre en compte la notion de référentiel d'intervention. Sans aucunement souhaiter parvenir à une formulation de détail extrême, largement illusoire, ni d'exhaustivité, cette étude s'est attachée à caractériser l'action professionnelle telle que validée par les groupes de pilotages successifs (action inscrite dans une problématique de service où s'entremêlent situation de soin et relation de soin, résultant d'une intervention sur autrui (intention d'optimisation de l'autonomie fonctionnelle d'un patient dans et par une situation spécifiquement élaborée à cet effet) et possédant une sémantique propre.

La démarche méthodologique empruntée pour analyser les processus d'interventions a consisté s'est appuyée sur la constitution de **24 monographies d'intervention** prenant en compte de manière conjointes les discours et les pratiques, Ces monographies ont été réalisées par l'observation armée (enregistrements vidéo ou audio, grilles d'observation, productions effectives - dossiers, comptes-rendus...-) des traces de l'activité de huit professionnels libéraux « standards » (ni cadre santé, ni universitaire), issus d'environnements variés (2 ruraux, 2 villes moyennes, 1 grande ville, 2 banlieues, 1 Paris) et recrutés par le biais d'une annonce diffusée sur le site de l'AFREK.

Réalisées avec l'accord écrit des patients et professionnels, dans les règles déontologiques courantes (confidentialité, anonymat, restitution, etc.), ces observations se sont déroulées pendant les séances en cabinet, sur des demi-journées, avec des **enregistrements vidéos** continus (en présence ou non de l'observateur) poursuivis par des **entretiens de confrontation simple** (praticiens face aux enregistrements vidéo).

L'analyse transversale des situations,

Proposée dans une deuxième partie, elle a utilisé les méthodes empruntées à l'ergonomie cognitive et à la psychologie du travail pour repérer des régularités dans l'organisation du dire et de l'action dans le cadre d'un décours temporel.

Les codages utilisés, de nature comparative (patients, mk étudiés, clientèles, conditions de travail - équipements, formation, techniques utilisées - formes des communications, nature des thèmes, activité professionnelle) ont permis une analyse descriptive, qualitative et quantitative, des interventions ainsi que la production d'analyses interprétatives suivant le modèle du service, de la compétence (les interventions verbales décrites n'ont pas été traitées).

Le domaine de compétence jusqu'ici invisible dans l'activité kinésithérapique et qui fait partie des activités dans les cabinets, repose sur la conception d'un dispositif de soin en rééducation, de son inscription dans une temporalité longue, et de sa conduite à son terme.

Au fil des monographies, on peut ainsi repérer différentes interventions :

- diagnostiquer (ou contribuer au diagnostic) le problème de soin et le formuler comme tel,
- concevoir un dispositif ou une sorte de cahier des charges de celui-ci,
- formuler au patient les analyses qui président à ce choix et le convaincre de leur bien fondé pour obtenir une mobilisation sur ce point,
- définir les moyens nécessaires et les échéances envisagées pour la mise en œuvre du dispositif, pour la manifestation des résultats escomptés,
- opérationnaliser le déroulement des séances en donnant force de prescription légitime à leurs différents moments,
- rappeler en cours de réalisation, les finalités des opérations et leur contribution estimée au résultat,
- contrôler et valider les résultats obtenus,
- analyser les résultats pour définir des voies d'optimisation ou d'évolution.

Tous ces éléments relèvent, on en conviendra, de l'ordinaire d'une relation client bien gérée. Il en va d'autant mieux ainsi que, on l'a relevé, les dispositifs sont généralement co-produits avec le patient intervenant au titre de partenaire du MKL. Ceci suppose un système d'articulation, de complémentarité, de coopération qui nécessite une élaboration conjointe non seulement du projet mais du cadre dans lequel agir ensemble. On obtient là une version relativement « simple » mais apparemment très efficace de « gestion des soins ».

Ceci indique, en revanche, une fonction fondamentale du MKL : il garantit l'articulation du soin prodigué avec les autres dispositions qui régissent la prescription que ce soit dans le domaine de la thérapeutique strict que de la relation humaine.

Finalement, on peut décrire les dispositifs d'intervention kinésithérapique comme des cadres d'actions croisés, conjoints : on prescrit une rééducation par son but ou ses modalités, on propose des exercices ou mobilisations, on constate des performances et on espère un effet thérapeutique.

Ainsi, l'organisation de l'action agit sur le soin selon deux voies principales :

- par les modifications de contexte qu'elle « opère »
- par les évolutions du patient qu'elle « permet² ».

Les cas de MKL apportent un éclairage particulier sur ce que l'on désigne par « **intervention** » : ce n'est pas seulement l'acte thérapeutique géré, objet de planification, d'organisation, d'allocation de ressources, d'évaluation et de mesure, c'est aussi la réalisation du travail, l'accès aux connaissances, les tâches définies pour soi et pour le patient, les reconnaissances attribuées.

Il nous semble que, au-delà de la diversité des agencements, deux activités sont mobilisées pour le développement du soin par l'intervention : agir et dire.

Derrière l'apparente trivialité de cette remarque, on doit souligner tout le parti que les praticiens tirent de leur combinaison.

² C'est à dire qu'elles autorisent et rendent possibles.

Agir c'est

faire agir : on a noté toute l'importance de la prescription en rééducation. Il s'agit toujours de se mettre en écart par rapport à ce que les médecins leur dicte : les confronter finalement à ce que l'on pourrait appeler le seuil de leur compétence propre, un au-delà de la division du travail thérapeutique qui les projette dans un espace d'expérience³. C'est bien pourquoi le cadre social doit être aménagé afin que cette expérience puisse se déployer comme découverte, expérimentation, tâtonnements, invention, ajustement, affinement, progrès, en un mot comme un développement potentiel,

agir avec, dans les deux sens du terme :

il s'agit d'abord de coopérer et prendre son parti de... son patient. Dans l'action, les praticiens prennent leur parti et tirent parti des éléments du réel qui résistent, qui s'opposent à leur activité, que celle-ci doit surmonter pour se développer et assurer la prestation requise selon les normes exigées.

D'un certain point de vue, être compétent est une façon de configurer les situations en fonction de l'action que l'on y conduit et d'élaborer celle-ci en relation, d'une part, avec ces éléments contextuels et, d'autre part, avec les exigences de la tâche.

Dans les situations de soin, le dispositif doit installer la figure du soignant qui est là, justement pour « agir avec » sans agir à la place, dans une action conjointe qui se déroule dans un tempo et dans un mode d'intervention différent de celui du patient réalisant des exercices à domicile. Le praticien compétent est celui qui, précisément, parvient à régler une part de son action sur celle du patient pour lui permettre de conduire cette « expérience » dont le faire est l'enjeu.

agir ensemble : le dispositif élargi vise à pallier le manque d'engagement du patient par une action en duo avec lui. Agir ensemble ce peut être agir en même temps ou l'un après l'autre : c'est l'occasion d'agir avec lui et du coup, constater, en miroir, les différences.

C'est sans doute là un processus continu, discret de dynamisation du soin que tous les professionnels n'utilisent pas, mais que le dispositif amplifie quelquefois. Pour le soignant, « agir avec », c'est aussi montrer, démontrer, rendre ostensible, compréhensible l'action pertinente pour celui qui n'a pas la conscience de son action. C'est ainsi modifier l'action professionnelle élaborée dans la confrontation réitérée aux situations de soin, incorporée parfois, pour la mettre « à portée de compréhension d'autrui ». C'est, en quelque sorte, prendre en charge une part de l'activité du patient dans l'organisation de sa propre activité, prendre une part de l'effet de l'incompétence du patient et accepter de désorganiser un peu son action.

³ Par delà la formule j'emprunte ici à Philippe ASTIER ses développements sur le développement de l'expérience, qui utilise ce terme au sens étymologique, d'engagement dans une situation dont l'issue est partiellement inconnue et qui ne se dévoile que par l'action que l'on y conduit.

Mais les dispositifs ne sont pas que des « *variations pragmatiques sur un travail donné* ». Il s'y ajoute, souvent, une seconde activité qui se combine avec la première et la nature de cette combinaison est sans doute essentielle : **dire s'impose** comme la seconde modalité majeure de développement des soins.

Ce n'est pas n'importe quel discours qui est sollicité : le dispositif d'intervention installe le dire dans un lien particulier avec le faire que l'on vient d'évoquer, lien que le dispositif s'attache à caractériser.

Cette première forme, très répandue, est celle visant à dire le faire.

Les analyses du travail convainquent aisément de l'écart toujours existant entre l'action professionnelle effective et le discours à son propos. Tous les dispositifs observés recourent de façon importante à cette fonction de la parole, sans doute parce que l'enjeu est de « sortir » l'action douloureuse du passé, des cours d'action, pour la représenter et du coup, la rendre « présentable » et donc pensable, comparable, analysable. Le langage permet en effet deux usages thérapeutiques :

- poursuivre le geste en pensée, en mobilisant à nouveau l'activité et en développant ainsi son analyse par exploration des éléments de contexte et des caractéristiques de l'action qui n'ont pas été effectifs mais possèdent un fort potentiel d'apprentissage. C'est le cas de ce MKL débutant avec son patient;
- analyser l'action en la comparant, la classant sous des prototypes, la décomposant, la recomposant, en mettant en évidence ses caractéristiques structurelles et ses « variantes »...

Si dire est une première modalité de formalisation des actions, elle se double dans l'activité d'écriture parfois associé au développement des soins, sous la forme principale de la rédaction de protocoles, de déroulés d'actions, de relevés d'incidents ou d'événements et de compte-rendu . Or, il y a une spécificité de l'activité d'écriture par la permanence de l'écrit et par les activités qu'elle permet : classer, organiser, structurer, ordonner dans l'espace du dossier et dans l'espace d'expérience les items de l'action professionnelle. C'est également une façon de la penser, de la recomposer (et donc la décomposer), de la modéliser.

Pour ceux qui s'y livrent c'est une occasion de penser à nouveau l'action compétente « au bout des doigts », et par là de développer leurs propres compétences. Pour ceux qui reçoivent ces écrits, ce sont autant de guides pour l'action qu'ils perçoivent et exploitent en fonction de leurs soins pour des expériences nouvelles.

Cette étude exploratoire aboutit à 7 constats

- chaque praticien, avec chaque patient reconfigure ses connaissances de façon toujours originale en fonction de son intention thérapeutique
- l'activité s'inscrit dans la répétition, dans la durée ; cette inscription participe à l'activité de conception
- l'activité ne peut se ^passer d'un redimensionnement du cadre d'action du praticien

- la part langagière fait partie intégrante de l'activité kinésithérapique et nécessite de communiquer avec le patient en variant la palette de registres
- c'est la durée de présence auprès du patient qui permet le développement de stratégie
- l'action observée est polyfonctionnelle (diagnostique, thérapeutique, éducative)
- l'évaluation des pratiques est peu développée et s'appuie sur la satisfaction énoncée du patient.

Les perspectives de cette étude

Abordées dans une dernière et troisième partie, quelques préconisations concernant l'abord et la lecture de cette action professionnelle peuvent être formulées à l'issue de cette étude exploratoire.

Les dimensions prises en compte par les MKL

- l'activité présente des caractéristiques spécifiques propres à l'interaction avec le patient ou le bénéficiaire ; elle suppose du MK un processus de contrôle ses propres actions.
- l'ambivalence d'objet de cette activité résulte de son inscription dans des situations dynamiques. Cela suppose du MK qu'il investisse des formes du service susceptibles d'appréhender la variété des situations.
- l'organisation, la gestion du soin dépendent de l'orientation que donnent à cette activité les MK, vers la satisfaction du client ou vers l'exécution appliquée de la prescription. Cela suppose de la part du MK l'évaluation du périmètre de l'action dans laquelle il se trouve de facto engagé.

La prestation technique est donc adaptée au champ d'application de l'activité : social ou/et santé. Par delà les différences de contenus, disciplinaires et techniques, propres à chacun de ces domaines nous proposons de désigner les situations de soin comme des situations dynamiques.

Aussi pour rendre compte de l'activité professionnelle préconisons nous deux fondements :

- l'activité kinésithérapique elle-même
- la dimension de service attachée à la relation au patient.

En terme de production écrite de référentiel, cela revient à abandonner l'approche traditionnelle peu adaptée aux perspectives de l'accréditation, au profit d'une démarche référentielle, ce qui peut se visualiser ainsi :

Référentiel " classique "	Démarche référentielle
Fonction	1er axe d'analyse
Activité	Démarches
Tâches : Conditions initiales	Décisions
Conditions de réalisation	Relations
Résultats attendus	

L'étude exploratoire a permis de **mettre en évidence les compétences** des kinésithérapeutes libéraux observés qui balisent l'action professionnelle :

- Situer sa responsabilité
- S'approprier une problématique de patient et ses objectifs
- Analyse clinique, thérapeutique de la situation
- Elaborer un plan d'action
- Mettre en œuvre le plan d'action au profit du patient
- Ajuster le plan d'action en fonction des événements
- Evaluer l'action
- Contribuer à l'amélioration
