

Association Française pour la Recherche et l'Évaluation en Kinésithérapie



**Etude exploratoire de l'activité des
masseurs-kinésithérapeutes libéraux :**
*de l'analyse de l'action professionnelle
à la conception d'un référentiel d'intervention*

Cette étude exploratoire a été commanditée par l'AFREK auprès de la Chaire de Formation des Adultes - Didactique Professionnelle du Conservatoire National des Arts et Métiers.

Elle a été réalisée entre 2003-2005 :

Sa direction a été assurée par :

PAUL OLRY, maître de conférences à l'université de Paris 13 et au conservatoire National des Arts et Métiers (paul.olry@wanadoo.fr)

NATHALIE LANG, maître de conférence à l'Université de Paris 13 (nathalie.lang@neuf.fr)

MARIE-THERESE FROISSART, kinésithérapeute, chercheur associé, coordinatrice AFREK (mtf@aderf.com)

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| PREAMBULE | 5 |
| INTRODUCTION | 6 |
| 1^{ère} partie : Cadre général de l'étude | 9 |
| <i>1.1 Contexte de l'étude et esquisse de problématique</i> | 9 |
| 1.1.1. Contexte professionnel de l'étude | 9 |
| 1.1.2. Le cadre théorique initial de l'étude | 11 |
| 1.1.3. Une traduction dans l'exercice kinésithérapique libéral | 14 |
| 1.1.4. Conséquences pour l'analyse | 18 |
| 1.1.5. Deux mots clés pour un « référentiel d'intervention kinésithérapique » | 22 |
| <i>1.2. Méthodologie</i> | 24 |
| 1.2.1 Le monographique et le transversal | 25 |
| 1.2.2. Notre cadre théorique d'analyse de l'activité | 27 |
| 2ème partie - Analyse transversale des situations | 30 |
| <i>2.1. Les contextes</i> | 30 |
| 2.1.1 Le profil des MKL | 30 |
| 2.1.2 <i>Les cabinets</i> | 33 |
| 2.1.3. L'orientation-client | 34 |
| <i>2.2. L'action professionnelle</i> | 35 |
| 2.2.1. La « prise en charge » du patient | 36 |
| 2.2.2. L'élaboration de la séance | 41 |
| 2.2.3. Les résultats recherchés | 48 |
| 2.2.4. La conduite des dispositifs de soin | 52 |
| 2.2.5. Conclusion | 54 |
| <i>2.3. L'intervention kinésithérapique : essai de caractérisation</i> | 55 |
| 2.3.1. L'aménagement du cadre en un dispositif de soin | 56 |
| 2.3.2. L'intervention auprès du patient | 57 |
| 2.2.3. La ratification des savoirs professionnels | 63 |
| 2.2.4. Conclusion | 65 |
| 3ème PARTIE - Orientations pour l'écriture d'un référentiel d'intervention | 68 |
| <i>3.1 Premières conséquences pour le référentiel</i> | 69 |
| <i>3.2. Nos préconisations</i> | 71 |
| 3.2.1. Une vision du métier | 71 |
| 3.2.2. La forme d'un référentiel | 71 |
| <i>3.3 Profil de compétences du MKL</i> | 73 |
| <i>3.4 La compétence comme structure (Notice théorique)</i> | 82 |
| CONCLUSION | 89 |
| ANNEXES | 94 |
| <i>Annexe 1</i> | 94 |

| | |
|---|-----|
| <i>Fiche technique de la recherche AFREK</i> | 94 |
| Annexe 2- | 95 |
| <i>Variables et contraintes concernant l'élaboration du soin et son orientation</i> | 95 |
| Annexe 3 | 96 |
| <i>Méthodologie de codages et d'analyses des séances</i> | 96 |
| <i>centrée sur l'analyse des communications.</i> | 96 |
| Annexe 4 | 98 |
| <i>Orientations possibles des questions concernant l'économie générale des séances</i> | 98 |
| Annexe 5 | 102 |
| <i>Éléments de contextualisation des séances</i> | 102 |
| Annexe 6 | 103 |
| <i>Éléments de contextualisation des séances et caractéristiques des soins réalisés durant les observations</i> | 103 |
| Annexe 7 | 112 |
| <i>Extrait détaillé d'un entretien avec un praticien selon une logique chronothématique Drole (G)</i> | 112 |
| Annexe 8 | 115 |
| <i>Graphiques d'analyse de contenu des communications entre MKL et patients montrant entre autres la proportion des échanges liés à l'explicitation des objectifs poursuivis et des résultats attendus par le MKL.</i> | 115 |
| Annexe 9 | 116 |
| <i>Graphiques de synthèse du contenu des communications entre MKL et patients qui rendent compte de la fréquence avec laquelle ces buts sont explicitement fournis.</i> | 116 |
| Annexe 10 | 117 |
| <i>Formes et contenus des communications échangées avec les patients, et entre autres, de la proportion des échanges consacrée à la chasse initiale aux indices, au travers de questionnement centrés sur la douleur.</i> | 117 |
| Annexe 11 | 118 |
| <i>Exemples : photos caractéristiques des équipements d'un cabinet pour patients enfants</i> | 118 |
| Annexe 12 | 119 |
| <i>Exemples photos des caractéristiques et équipements d'un cabinet pour patients adultes gérés simultanément</i> | 119 |
| Annexe 13 | 120 |
| <i>Exemples photos des caractéristiques et équipements d'un cabinet pour patients adultes gérés individuellement</i> | 120 |
| Annexe 14 | 121 |
| <i>Exemples photos de différentes techniques de bilan possibles pour des patients adultes et des compétences mobilisées par le MK</i> | 121 |

PREAMBULE

Ce texte présente une synthèse des résultats de l'étude « l'activité kinésithérapique dans les cabinets libéraux » commanditée par l'AFREK en relation avec d'autres investigations menées parallèlement, notamment sur les thèmes des « pratiques professionnelles » et de la gestion des soins dans le cabinet.

La démarche adoptée a été celle d'une investigation de terrain qui, durant l'année 2004-2005, a précisé la problématique initiale dégagée par les promoteurs du projet AFREK, a proposé des lieux d'investigation, a arrêté la méthode de production et d'analyse des données. Chacun de ses membres a, de plus, réalisé une ou plusieurs investigations de terrain et contribué à la rédaction des monographies constituant le corpus de référence de l'analyse présentée. Enfin, il est souhaité que les participants à cette restitution ajoutent à cela la relecture et la critique de la version présente de ce texte.

Bien qu'ayant fait l'objet d'un double processus de validation, notamment par les rédacteurs des monographies, ce texte demeure largement une interprétation des données qui n'engage, bien évidemment, que son auteur¹.

¹ Ce travail doit beaucoup à Philippe ASTIER dont la fréquentation intellectuelle et amicale est à la source de nombre d'analyses produites ici. Je l'en remercie.

INTRODUCTION

Une première partie de ce texte rappelle le contexte de l'étude et propose une esquisse de problématique du métier de masseur-kinésithérapeute aujourd'hui.

La seconde partie de ce texte présente une analyse transversale des « cas » de praticiens rencontrés. Il ne s'agit pas de comparaison des pratiques, parmi lesquelles il faudrait mentionner la « bonne pratique ». Cette étude n'a pas le même objet que les récents travaux commandités par le ministère de la santé. L'objectif de l'AFREK vise l'exploration, au travers des dynamiques singulières de chaque situation, les cadres et les processus de l'intervention kinésithérapique.

La troisième partie reprend les points-clés de cette analyse pour formuler des préconisations quant aux catégories d'un référentiel d'accréditation des masseurs kinésithérapeutes libéraux.

Cadres organisationnels de l'intervention

Dans cette approche, l'objet de l'étude réside dans les cadres sociaux et les processus organisationnels permettant l'élaboration, le développement et la transformation du soin. On n'explorera donc pas le champ des investigations psychologiques et pédagogiques, notamment en termes d'apprentissage, mais on se centrera sur les éléments de contexte pouvant rendre compte des phénomènes évoqués.

On l'abordera en se fondant sur ce paradoxe : alors que nous cherchons dans la perspective d'un référentiel ce qui rassemble les pratiques, les praticiens prennent en compte avec beaucoup de soin la singularité de leur situation. C'est cette confrontation, courant à travers l'analyse, entre le très singulier et le très général, qui est l'aiguillon de cette présentation.

L'organisation des cabinets comme cadre d'activités

L'analyse proposée est conduite d'un point de vue de l'« activité » des acteurs de la relation de soin pour l'élaboration (conditions de possibilité), la mise en œuvre (conditions de faisabilité et ajustements en cours d'action) et l'optimisation (conditions d'efficience) d'un dispositif d'intervention kinésithérapique. Il est ainsi abordé comme produit et matrice d'activités conjointes, croisées, contrariées, antagonistes dont on s'efforce de caractériser la nature, la fonction et les instruments.

Ce texte présente l'analyse et les représentations proposées dans une référence constante aux situations évoquées (sous forme de tableaux et d'exemples). Le premier chapitre présente une problématique de l'intervention kinésithérapique : il ne s'agit nullement, là, de faire un « état de la question » mais simplement de préciser la vision du métier que nous avons construite au cours de nos investigations.

Un second chapitre présente les données de terrain recueillies sur huit terrains et s'intéresse aux contextes décrits, aux configurations d'intervention présentées et aux résultats recherchés. Il est suivi d'un second qui tente de les caractériser. Les composantes de ces dispositifs sont ensuite caractérisées.

A eux deux, ils constituent la description de l'action des kinésithérapeutes.

Ils sont suivis d'un essai de modélisation des paramètres de cette intervention tels que cette étude permet de les dégager et d'une conclusion centrée plus spécifiquement sur les perspectives opérationnelles pour le référentiel.

Il convient pour terminer ce propos introductif de situer le statut de cette étude. Les attentes et les choix des membres de l'AFREK quant à l'échantillon de praticiens rencontrés, conduit à désigner ce travail comme étude exploratoire.

D'une part, car les travaux les plus récents s'attachent avant tout à situer la performance du praticien en référence à des normes de productivité du soin, qui pour utiles qu'elles soient, ne permettent pas d'expliquer cette performance.

D'autre part, car la culture professionnelle de masseur-kinésithérapeute a toujours fait grand cas de l'évaluation des pratiques du métier. L'objectif de l'AFREK n'était donc pas d'ajouter un travail de plus en terme d'évaluation. Il s'agit plutôt de poser les bases d'une analyse systématique à venir de l'exercice kinésithérapique.

A la suite de bien d'autres professions², en mobilisant des cadres disciplinaires, théoriques et méthodologiques éprouvés d'analyses de l'action cette étude initie simplement une systématisation d'observations de ces pratiques de métier. On y cherchera donc en vain des hypothèses, une quantification des résultats proposés, ou les résultats d'une recherche à venir. Là n'était pas l'objet.

² Par exemple, les pilotes de ligne (Jouanneaux, 2004) ; les anesthésistes réanimateurs (Nyssen, 2005); les médecins oncologues (Falzon, 2004), les pilotes de chasse (Amalberti, 1996 ; Dejours, 1995) ; les athlètes de haut niveau (Saury, 1998) , etc...

1^{ère} partie : Cadre général de l'étude

1.1 Contexte de l'étude et esquisse de problématique

1.1.1. Contexte professionnel de l'étude

Les activités professionnelles du MK s'étendent dans deux directions : développer la rééducation, notamment par l'éducation du patient, et conduire la stratégie thérapeutique à son terme tout au long des séances.

Ces éléments, ainsi que des analyses plus globales, sont formalisés dans les travaux de réflexions issus de différentes instances (ministère, DREES, ANAES, etc.). Ces différents documents traitent d'éléments descriptifs parmi lesquels on relèvera les suivants³ :

- une analyse de la bibliographie sur les compétences du métier, et son contexte d'exercice;
- une évocation des facteurs caractérisant cet exercice;
- les demandes liées :
 - ❖ à l'évolution des modes de vie
 - ❖ à la volonté des pouvoirs publics de mise en réseau qui nécessite une compétence de coordination
 - ❖ à l'évolution « culturelle » de populations qui demandent des services personnalisés (...)
 - ❖ au vieillissement de la population qui entraîne une augmentation et une diversification de la demande de soin.

³ Les citations non référencées qui suivent renvoient toutes au document précité.

La présente étude se situe en continuité par rapport à de précédents travaux. Selon les analyses produites, un certain nombre d'éléments ont davantage valeur d'hypothèses que de faits constatés. La période expérimentale a permis de mesurer la fiabilité de certaines hypothèses. Parmi celles-ci, deux semblent particulièrement centrales :

- Si les compétences de technique soignante du MK sont incontestables, elles sont recomposées dans sa pratique avec des compétences relationnelles (cf.graphiques annexes 11, 12.). En d'autres termes, la pratique professionnelle configure une transversalité de ces compétences. Toutefois la question de la pertinence de cette transversalité, de son importance relative et de sa mobilisation pour intervenir avec efficacité, demeure un champ à investiger.

- la question de la nature et du niveau de qualification se pose également avec acuité : dans les secteurs d'intervention envisagés, d'autres diplômes, relevant éventuellement d'autres professions, et à des niveaux de qualification supérieurs (Licence professionnelle ou masters notamment) existent. Il s'agit alors de vérifier la spécificité des activités professionnelles à ce niveau de qualification et leur pertinence par rapport aux évolutions de l'emploi et notamment aux demandes des patients ;

C'est à cette double tâche que s'est attelé le groupe de travail. Toutefois, tenter d'apporter des éléments de réponses ou de discussion aux questions soulevées supposait de pouvoir construire des données fiables et donc d'élaborer une méthodologie adaptée à cet objet. Ce premier élément est le cadre de nombre de difficultés dont il y a lieu de rendre compte à la fois pour situer la réflexion du groupe conduisant l'étude mais encore pour définir avec précision les limites des résultats obtenus.

1.1.2. Le cadre théorique initial de l'étude

A/ Une première ébauche de compréhension

Les travaux antérieurs dans le champ ont montré la variété des supports, expériences, pratiques dans le domaine kinésithérapique⁴. La présente étude ne traite qu'une partie de ces préoccupations, du fait de deux choix fondateurs :

- s'intéresser davantage aux contextes, aux agencements organisationnels et aux processus collectifs qu'aux dynamiques strictement thérapeutiques
- conduire une activité d'analyse et de compréhension des situations investiguées, en toute indépendance des acteurs de ces situations, dans le but d'une « compréhension pour l'action » utile à d'autres acteurs (syndicats professionnels, directeurs d'école, cadres pédagogiques, ...).

Ces éléments conduisent à questionner les termes mêmes de l'intitulé de l'étude. Le recours au terme d'**activité** ne correspond pas à un choix théorique particulier mais à deux exigences :

- ne pas limiter le champ d'investigation a priori à une forme particulière (par exemple le cabinet spécialisé ou généraliste) mais tenter d'articuler la diversité des modes organisationnels avec le souci de compréhension affiché ;
- l'affirmation d'une focalisation sur un niveau d'analyse (celui de l'organisation) plutôt que d'autres (celui des apprentissages, des politiques ou des enjeux locaux par exemple).

Ainsi, on abordera à la fois différents secteurs d'activité (enfant, jeune sportif, vieillard ...), différentes tailles (du cabinet rural au cabinet concurrencé), différents types de spécialisation (régions, techniques, type de clientèle,...),

⁴ On notera particulièrement les travaux d'Eric Viel, de Franck Gatto, de Patrick Castel, de JF Plas, de MT Froissart-Monet, etc. ainsi que les approches référentielles (Montpellier, Rennes2, ADERF, etc.)

différentes politiques de gestion du cabinet et, surtout, différentes manières de relier l'action du praticien à la question thérapeutique.

On a également évité les multiples interrogations autour de la notion de soin et les non moins nombreuses définitions qui en sont proposées. On considère, dans cette étude, que cette polysémie est un fait, qu'elle peut susciter des débats au sein des milieux professionnels et dans la recherche mais que la notion est d'un usage général et banal. On fait donc l'hypothèse que les acteurs qui l'utilisent ont, chacun, une définition de cette notion et que celle-ci fait partie de l'objet de l'étude en ce qu'elle participe à définir le champ des actions conduites et des processus qu'ils visent à maîtriser. C'est pourquoi nous avons retenu l'articulation suivante à propos de cette notion :

- le soin est manifesté par l'action professionnelle qui mobilise, combine et ordonne différentes ressources dont l'identification est un des objets de l'étude, afin de préciser comment les acteurs en disposent ;
- la compétence en est le support, autour de deux dimensions que l'on renonce à séparer du fait que les acteurs et les pratiques les lient constamment :
 - o une dimension sociale, stabilisée, formulée, implicite ou explicitée : le soin est ce qui permet de satisfaire aux exigences d'une prescription, d'une tâche attendue. Ces exigences font l'objet de ratifications sociales et d'attentes collectives, fondement de nombre d'échanges entre le praticien et son client. C'est la **dimension conventionnelle** de la compétence du praticien.
 - o une dimension individuelle liée à la mobilisation du praticien dans une situation donnée, se fondant notamment sur l'identification de différentiels entre patients manifestant des symptômes voisins ou une similitude d'objectifs de rééducation. C'est la **dimension subjective** de la compétence qu'on envisage ici sous l'angle de la

mobilisation (Clot 1999), de l'usage de soi (Schwartz 2000) et de son organisation notamment cognitive (Verghnaud 1999, Pastré 2004, Mayen 1999).

B/ Une problématique de service

Pour autant, cette action professionnelle s'inscrit dans une relation avec un patient, qui est aussi client. En d'autres termes, le MKL parce qu'il est avant tout soignant participe d'une relation de service rendu aux populations de l'environnement du cabinet, dans le cadre réglementaire de l'exercice libéral.

Cette dimension « professionnelle » de l'action du MKL fait partie intégrante de la qualification du service rendu. A ce titre, elle mérite d'être précisée, dans la perspective d'une accréditation.

Barcet et Bonamy proposent un cadre à l'activité et aux situations de service tant du point de vue de leur économie que pour en faciliter l'analyse (1994). Ces auteurs⁵ traitent de la qualification du service à partir des engagements contractuels souscrits. Ils la décrivent ainsi :

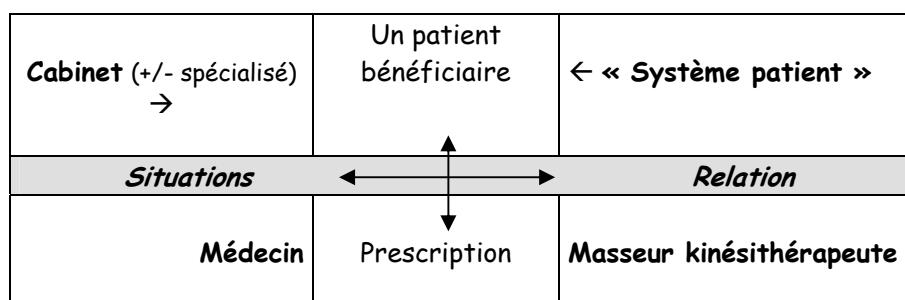
| | | | |
|-----------------------------|---|-------------------------------|------------------------------|
| Degré de tangibilité | + | Qualité du résultat | Qualité des moyens matériels |
| | - | Qualité des méthodologies | Qualité des hommes |
| | | Engagement de résultat | Engagement de moyens |

Les particularités de la relation et des situations de soin, les questions sont à la fois similaires et différentes d'autres espaces de production. Les situations de soin se distinguent de ces derniers par l'imprécision des données initiales de la relation qui les fondent :

- Qui produit dans les situations de soin ?
- Qu'est-ce qui est produit ?
- Qui prescrit et évalue ce qui est produit ?

⁵ BARCET, A. et BONAMY, J. (1994). Qualité et qualifications des services, in GADREY, J. et de BANDT, (dir) *Relations de service, marchés de service*, CNRS Editions, pp153-175.

La relation de service ne " se conçoit qu'entre des acteurs adoptant des engagements hétérogènes ou dissymétriques et les percevant eux-mêmes comme tels " (Hatchuel, 1994) ⁶. *A priori*, les acteurs de la relation de soin peuvent être :



Les prescripteurs du soin peuvent ne pas être des professionnels du soin considéré. De même, les usagers du service ne sont pas des professionnels du soin, bien que leurs demandes contribuent à le déterminer.

Deux classes de situations peuvent être ainsi retenues :

- l'interaction directe avec le patient, où est traitée par la relation de soin une partie au moins de ses besoins ;
- l'interaction entre professionnels de la prestation, où se conçoit la prestation en réponse aux besoins du patient.

1.1.3. Une traduction dans l'exercice kinésithérapique libéral

A/ L'action professionnelle en service

La nature des situations de soin dépend donc du contexte, mais également de l'organisation mobilisée pour y faire face. La spécificité du soin MK tient probablement en deux points :

- la confusion entre situation et relation de soin, résultant du cadre même des séances de soins orientant l'activité du MK sur une compétence à exécuter le contrat d'une part et à conduire la relation d'autre part.

⁶ HATCHUEL, A. (1994). Modèles de service et activité industrielle : la place de la prescription, Ibidem, pp 63-85.

- la continuité du soin à distance de la séance de traitement, du fait du rythme adopté fait porter à la relation une part importante de la pertinence de la prestation de soin. Une part importante du soin se réalise alors en dehors de la présence du MK.

Les conséquences sont doubles :

- par delà les aspects techniques et disciplinaires relatifs au contenu de la prestation, on se doit d'y intégrer deux domaines complémentaires :
 - la mobilisation personnelle et professionnelle dans les relations qui s'établissent à l'occasion de l'exécution du service en lien, voire en prérequis des activités conduites. *Ex : préparations, informations, connaissances, us et coutumes, langage usuel et professionnel ;*
 - les relations de travail en amont de la situation ciblée et de l'organisation de la réponse / prestation qui conditionnent la relation « de service » avec le patient.
Ex : le rapport à la prescription, la confidentialité et le partage des éléments du dossier médical.
- la place donnée à (/ou tenue par) le patient joue un rôle non négligeable dans l'exécution de la prestation. Quatre postures de la relation au patient conditionnent ainsi l'activité :
 - Le « patient objet » absent (dans les situations de rédaction de bilan, de dossier de soin, mais aussi de retour réflexif sur la séance par ex.)
 - Le patient comme élément de l'environnement de travail (et donc de ses conditions)
 - Le patient comme objet du travail (dans la préparation anticipatrice de ses besoins par ex. ou encore dans la relation de soin ; cf. graphiques en annexe 9)

- Le patient comme partenaire d'une situation de coopération (dans laquelle il contribue sinon à l'exécution du service, du moins à la conception de celui-ci ; cf. extrait p 42).

Enfin, notre étude désigne un processus d'**intervention**. Il suppose un opérateur de ce processus dont le résultat se manifeste par des actions professionnelles qui ne sont pas réductibles à une mise « bout à bout » rationalisée *a priori*. Au contraire l'intervention porte la singularité des manières de faire de praticiens élaborant la théorie du **faire** en cours d'action. Dans tous les cas, la notion d'intervention suppose :

- un demandeur, qui est le patient ;
- une demande, qui émane simultanément du prescripteur et du destinataire du soin et qui, au fur et à mesure des séances, peut révéler d'autres demandes plus implicites ;
- une action, qui s'actualise en cours de traitement selon des transactions successives avec la prescription d'une part, et avec le patient d'autre part;
- un résultat (dont on peut faire un « bilan », un usage, dont on peut apporter la « preuve » ⁷) ;
- une instance de reconnaissance de cette transaction, opérant selon différentes modalités.

Cela suppose donc que l'objet de l'intervention préexiste à ce processus. Mais l'intervention kinésithérapique est-elle nécessairement explicitée ? Consciente ? Formalisée ? L'objet de l'intervention est-il affecté par celle-ci ? L'intervention est-elle une activité spécifique du praticien ou simplement un effet de sa coprésence avec le patient ?

Ceci illustre le fait que l'intervention présuppose, en fait, une définition non seulement d'un destinataire (le patient) mais d'une intention thérapeutique (chez

⁷ Comme le supposent les démarches de « bilan de soins » .

le praticien). Nous examinerons (cf graphiques annexe 8) si cette intention est explicitement énoncée au patient.

B/ La recherche de l'efficacité du soin

Enfin, ce qui est appliqué est-il en rapport avec l'efficacité du soin ? N'y a-t-il pas, entre « l'appliqué » et le « soigné », des transformations, des transpositions, des distorsions, des erreurs d'aiguillage, des quiproquos et des incompréhensions nuisibles ou fertiles, éventuelles ou nécessaires ... Ces interrogations sont au centre de l'analyse conduite à partir des notions mobilisées pour répondre à l'objet même de ce travail.

En d'autres termes, il ne s'agit pas seulement de prendre en compte les termes, les énoncés produits par les MK, mais **les dispositifs** que ces formulations supposent. En effet, en inscrivant ces questions dans leur dimension pratique, émerge un autre objet d'investigation présent dans les cadres, les formes, les agencements, les dispositifs que les praticiens adoptent et, d'une façon générale, **les cadres sociaux de l'intervention kinésithérapique.**

Rappelons que prendre en compte autant les discours que les pratiques, c'est donc aller au-delà de ce que les descriptions normées (comme dans les démarches de certification) désignent comme « bonnes pratiques ». C'est dans ce cadre que la relation entre les dispositifs d'intervention et les situations de soin a été tout particulièrement envisagée. Cette notion de dispositif constitue donc le « fil rouge » organisant la présentation du contexte et des modalités d'intervention dans les huit cabinets étudiés. On l'entend ici comme agencements organisationnels, allocation de ressources hétérogènes, décidées et/ou pratiquées en vue du but fixé.

1.1.4. Conséquences pour l'analyse

On sait qu'en formation professionnelle, initiale ou continue, les éléments fondamentaux à construire par les apprenants ne s'identifient pas en totalité aux savoirs structurés en disciplines. De même, le cadre d'exercice kinésithérapique propose des situations ayant leurs exigences et dans lesquelles l'action du praticien doit être pertinente et efficace. Les savoirs ne permettent que partiellement de construire celle-ci. Pour y parvenir, le MKL élabore, dans l'action ou dans la relation avec les autres, pairs, stagiaires, médecins, patients, d'autres éléments qui lui permettent de conduire son activité.

Toutefois, on ne saurait réduire l'activité K à un répertoire d'actions car une telle démarche peut, à la rigueur indiquer ce que fait le praticien, mais non comment il y parvient. C'est pourquoi, plus que le détail précis, subdivisible à l'infini, jusqu'à l'absurde, des actions des professionnels, objectivées dans des nomenclatures de comportements pouvant servir de référence à la prescription ministérielle ou de base à l'action pédagogique, il paraît préférable de se référer à la notion d'activité, telle que la définissent la psychologie du travail et l'ergonomie.

L'activité est le résultat de l'engagement du sujet dans la situation professionnelle : 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. Ceci relativise la notion de référentiel d'activités : celui-ci est une représentation du réel. La réalité du travail n'est sans doute accessible que dans l'activité c'est à dire dans les voies, singulières, que chaque sujet construit pour parvenir à assurer la prestation définie dans une situation précise.

Ces considérations ont deux conséquences :

- la première porte sur la notion de répertoire d'actions professionnelles : celui-ci ne saurait être considéré comme l'objectivation, la standardisation de l'activité des MK mais plutôt comme une indication des prescriptions qui leur sont adressées, par les médecins notamment, mais aussi par les pairs ou des tiers (les patients ?) à la situation de travail. Ces prescriptions peuvent, en fonction des contextes, fonctionner comme « un horizon des possibles » (Rochex J-Y. 1994), ouvrant un espace où l'activité du MK va s'élaborer, se déployer pour mobiliser ses ressources, dans un cadre de potentialités, de contraintes, et obtenir la prestation définie. Les prescriptions peuvent aussi, sans doute, fonctionner comme un système d'exigences trop étroit qui empêche tout développement professionnel du MK, le plus souvent parce qu'elles en ôtent le sens (cf. extrait d'entretiens p. Il apparaît donc clairement que la notion de répertoire d'activités professionnelles n'est pas suffisante pour rendre compte de la réalité de l'exercice professionnel. Elle fournit plutôt un cadre par rapport auquel il est possible de se situer et de comprendre différentes modalités.

- la seconde porte sur la notion d'activité. Celle-ci échappe 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 (Vermersch, P. 1994 ; Leplat, J. 1997). Par ailleurs, on vient de l'évoquer, 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. C'est dire la difficulté de l'accès à l'activité d'autrui et le côté illusoire de se limiter à la tâche.

Une telle conception ne conduit toutefois nullement à ne concevoir la situation de travail qu'au travers de la subjectivité des MK. En effet, ce qui est prescription pour eux engage d'autres acteurs (médecins, patients,...) ce qui leur impose une autre activité pour se situer face aux exigences de la situation de travail. On

peut donc appréhender la situation de travail comme une interaction d'acteurs définis par des positions différenciées dans un champ socialement organisé. Enfin, la réalité matérielle et sociale fournit des opportunités, des ressources et des contraintes dont on ne peut faire abstraction mais qui sont singulières à chaque situation.

Dans la perspective de fournir des éléments pour bâtir un référentiel, ces éléments conduisent à différer l'exploitation des données en terme d'analyse de l'activité et à faire toute sa place au contraire à l'activité du *professionnel pertinent*⁸. Cette affirmation exige de ne pas se satisfaire d'une analyse de l'emploi constituée par la formalisation des seules prescriptions d'activités du type « pour traiter, il faut... ».

C'est pourquoi, nous proposons de déplacer le champ de l'analyse, du travail à la situation qui le rend possible. C'est dans cette perspective que la présente étude a pris en compte la notion de *référentiel d'intervention*, sans aucunement souhaiter parvenir à une formulation de détail extrême, largement illusoire, ni d'exhaustivité compte tenu de la variété des exercices observés.

Prendre appui sur les situations de travail

La notion de situation de travail est complexe et prête à confusion. Elle est même pour une part insaisissable. Elle ne saurait en effet se limiter au cadre matériel du travail en séance car :

- d'une part, il se prolonge bien au-delà : la consultation des réseaux de collègues, la mémoire de situations passées, les expériences sociales et

⁸ Ces notions sont développées dans le chapitre 2 . méthodologie

personnelles, ne font pas, à strictement parler, partie du cadre matériel du travail et interviennent pourtant fréquemment dans l'activité des MK;

- d'autre part, chaque sujet redéfinit (Leplat J. 1997) la situation en fonction de ses ressources pour pouvoir conduire son activité. Ce qui est pertinent pour l'action, ce n'est donc pas le cadre matériel du travail, mais le cadre que le sujet construit à partir de celui-ci. Cette redéfinition est en perpétuelle évolution du fait de la variabilité interne des personnes et de celle des situations.

Aussi, au sein de la situation de travail peut-on ainsi aborder, sans les séparer, deux dimensions :

- une *dynamique d'intervention* qui rend compte de la construction sociale de tâches. Celles-ci sont définies par un certain nombre de prestations attendues en fonction d'exigences et contraintes connues.

- une *dynamique de l'activité* qui rend compte de l'engagement du MK dans la situation de travail pour parvenir à fournir les prestations définies et attendues. Celle-ci ne se réduit pas à la liste des opérations conduites mais doit prendre en compte également le sens que le MK lui donne et les reconnaissances sociales dont elle sera l'objet.

Ces deux dimensions sont en interaction et se mobilisent de façon chaque fois singulière dans les différentes situations de travail. C'est cette articulation dont il est apparu opportun de rendre compte, au-delà des différents points de vue d'acteurs et bien plus que de la prescription plus ou moins détaillée de tâches. C'est donc ce double étayage - dimensions subjective et sociale du travail- que la notion de situation tente d'appréhender. Il s'agit alors, plutôt que de délimiter une situation qui est fondamentalement variable, de tenter d'en mettre en évidence les éléments organisateurs. Ceci contraint à prendre en compte la double dimension de la situation, précédemment évoquée :

- du point de vue *subjectif*, il s'agit de la redéfinition de la situation, c'est à dire de la construction d'une représentation fonctionnelle (Leplat J. 1997) rendant l'activité possible, efficiente. On avancera alors l'hypothèse d'un « formatage » de la situation à partir des exigences de la prescription ou de la tâche et des ressources du sujet. Ce « formatage » peut être le fait du sujet lui-même et /ou d'autres, hiérarchiques, pairs, partenaires de l'action...
- du point de vue *social*, il s'agit des significations que les acteurs attribuent aux situations à propos d'aspects du contexte qu'ils valorisent : ainsi, telle activité sera constituée en réponse à un besoin défini comme devant nécessairement être satisfaits alors que dans un autre contexte elle sera écartée.

Une telle conception de la situation ne conduit pas à négliger les éléments structurels qui s'y retrouvent et dont, par exemple, le « référentiel de l'école de l'ADERF » (1997) avait réalisé un inventaire, mais à considérer qu'il n'est possible de comprendre leur fonction réelle dans des situations spécifiques, que par la prise en considération du point de vue des acteurs eux-mêmes.

1.1.5. Deux mots clés pour un « référentiel d'intervention kinésithérapique »

Le premier est celui de **pratique** au sens où ce travail d'analyse vise à se rapprocher des situations de travail. Nous pensons que traiter la question de la qualification au travail par l'analyse des pratiques est pertinent, bien que cette modalité soit plus réputée être un moyen qu'une voie d'analyse.

Réduire la pratique au résultat à atteindre risque de ne rendre la pratique qu'adaptative. Dans la mesure où interagissent dans le même espace deux temps pour produire et pour se former, la pratique intégrée devient ainsi un objet d'étude.

Les référentiels s'appuient peu ou prou sur des pratiques qui se déroulent dans les situations " naturelles " de travail. Mais ils ne prennent que rarement appui sur l'activité de celui qui pratique. Comment peut-on préciser ici l'objet d'un référentiel de pratiques et le distinguer des autres types de référentiels? Prendre appui sur la pratique et non sur le déclaratif permet de croiser plusieurs sources :

- la pratique formalisée, attestant d'une capacité qui aura un effet thérapeutique éventuel.
- la pratique adaptée, acte de travail qui a un double résultat : thérapeutique d'abord, suivi d'un effet de transformation progressive du professionnalisme.
- la pratique conçue «en situation», dont les transformations touchent simultanément l'acte de travail et celui qui l'exécute. Alors même qu'un " nouveau " savoir s'élabore, il est utilisé par celui qui le produit.

Chacune de ces modalités sont plus ou moins soumises aux impératifs de l'intervention kinésithérapique, en fonction du dispositif de rééducation qui l'organise. Disposer d'un crédit de séances suffisant, communiquer aisément avec le médecin prescripteur, pouvoir compter sur l'engagement du patient eu delà de la séance, échanger avec le patient, faire de même avec un collègue, sont autant d'occasions pour mobiliser des pratiques alternatives.

Le second terme est celui d'**intervention**. L'intervention est au cœur du projet de soin kinésithérapique. Parce qu'elle est une intention pour autrui (intention d'optimisation de la mobilité d'un patient dans et par une situation spécifiquement élaborée à cet effet), la kinésithérapie suppose l'intervention au sens d'une *action sur des processus en cours et guidée par des buts spécifiques*, notamment pour modifier les premiers afin d'atteindre les seconds. Deux (trois ?) types d'intervention sont alors relevés :

- sur les savoirs scientifiques, dans un processus de transposition et qui vise à définir et organiser, à partir des savoirs savants, les savoirs à mobiliser compte tenu de leur pertinence;
- sur les situations, dans un processus de transformation afin d'y définir leur contribution à la thérapeutique, notamment par les tâches et mobilisations qu'elles proposent.
- sur les patients, dans un processus d'enrôlement du patient dans le soin, afin de faire de lui un pourvoyeur d'informations, notamment par les échanges verbaux que la séance encadre.

Les rapports aux pathologies et traumatismes, aux patients, aux situations constituent ainsi les modalités par laquelle le MK développe son activité. La didactique professionnelle s'empare de cette question d'une façon qui lui est spécifique.

Ce sont ces considérations qui ont présidé à la réflexion méthodologique conduite durant cette étude et aux choix de méthodes qui ont été arrêtés.

1.2. Méthodologie

Les choix méthodologiques de l'étude ont été précisés et adoptés lors des comités de pilotage initiaux. Rappelons que le choix opéré alors privilégiait la diversité des cadres d'exercice et des expériences des praticiens. Ce faisant, était entériné l'abandon d'une démarche scientifique postulant à priori des hypothèses qu'il conviendrait de démontrer.

La méthodologie adoptée qui a ses sources dans la psychologie du travail, trouve une traduction méthodologique dans les démarches et outils de l'ergonomie.

1.2.1 Le monographique et le transversal

La démarche méthodologique retenue est monographique et ce choix a plusieurs conséquences. Tout d'abord, il suppose une activité rétrospective, qui fait apparaître l'intervention kinésithérapique comme la « solution » à un « symptôme ». Or, ceux-ci sont eux-mêmes le résultat d'activités multiples pour les saisir, les définir, les penser, les formuler et les traiter. C'est l'objet de cette étude que d'aborder cet enchaînement causal et son inscription dans ce que nous avons défini comme « intervention ». Deux préalables doivent être rappelés ici.

D'une part, la formulation rétrospective intervient quand le problème est construit et la solution adoptée. La méthode adoptée tente de dépasser le biais de perspective, qui amène à considérer que ce qui est dit de la genèse du dispositif de soin retrace effectivement celui-ci. De plus, la formulation rétrospective (et recueillie en une seule occasion) efface une partie des alternatives, des doutes et de tout le travail d'élaboration dans lequel plusieurs analyses sont concurrentes, plusieurs solutions envisageables et où les dispositifs ne sont pas encore définis.

Enfin, elle présente ceux-ci comme des « conséquences », des résultats en minorant, dans les genèses évoquées, la part des aléas, des ajustements et plus généralement, tout ce qui n'est pas totalement volontaire ou ce qui est du à l'occasion ou à la commodité : c'est l'histoire de leur production et, avec elle, les activités multiples dont elle est le cadre, qui sont ainsi marginalisées.

D'autre part, ces éléments d'analyse se fondent sur les récits et témoignages donc sur les représentations⁹ des rédacteurs ainsi que sur celles des acteurs rencontrés : ce n'est qu'au travers de cela que l'analyse transversale peut penser dire quelque chose du « réel ». Ces médiations multiples peuvent être vues

⁹ Et donc interprétations

comme des biais relativisant les résultats ou des précautions renforçant leur fiabilité. Elles constituent, à coup sûr, une des caractéristiques de la démarche et une limite des interprétations proposées.

Les éléments qui précèdent ont souligné les difficultés portant sur l'objet de l'étude et définissent par là les exigences d'une méthode pertinente à cet objet. En effet, celle-ci doit :

- pouvoir prendre en compte les deux dynamiques, activité et emploi, dans le recueil de données, afin de pouvoir fournir des éléments d'analyse sur ces deux versants du travail ;
- pouvoir accéder aux éléments du contexte mais également aux représentations que les acteurs s'en font notamment pour organiser et diriger leur activité ;
- pouvoir articuler les différents discours tenus à propos de l'activité et de l'emploi aux positions des différents acteurs dans le champ social défini .

Enfin s'ajoute à ces exigences une difficulté relative aux outils méthodologiques. La partie visible des emplois exigeant le DE MK relèvent d'activités dont l'aspect significatif réside dans l'engagement physique dans une action. Mais la description de ces tâches appréhendées par les comportements, ne fournit qu'une information relativement triviale sur ces emplois, ne permettant nullement d'en appréhender les activités significatives, stratégiques pour la réussite, ni de fixer le niveau de qualification requis pour les exercer. En d'autres termes, l'essentiel de l'activité, qui se distingue de l'action, et n'est donc pas directement accessible au point de vue « extérieur » d'un tiers (ici enquêteur, mais aussi, pour une part maître de stage, ...) et réside sans doute dans la mobilisation des ressources du MK pour réaliser la tâche.

Cette mobilisation, par exemple utilisation de connaissances, de procédures d'analyse ou de synthèse, de raisonnements, « d'idées », n'est pas accessible pour l'observation extérieure et requiert une approche du *point de vue du MK*. Ceci est d'autant plus essentiel que, on l'a vu, l'activité ne se résume pas à la simple mobilisation de procédures mentales dans une situation donnée, mais se définit également en fonction du sens que ce dernier lui donne. Si nous avons dans ce travail une hypothèse, c'est que la compétence du MK réside dans la mobilisation de « compétences transversales ».

Ainsi, aux exigences précédemment définies s'ajoutaient celles de préserver, dans l'étude, la singularité des situations et des sujets, de prendre en compte le rôle des représentations des acteurs et de ne pas « laminer » le point de vue subjectif derrière des représentations objectivantes, non dépourvues d'intérêt mais ne pouvant rendre compte avec finesse et exactitude, de l'activité des personnes.

1.2.2. Notre cadre théorique d'analyse de l'activité

Ce sont ces considérations qui, après de nombreuses réflexions et débats, ont conduit au choix d'une approche monographique et à la définition des outils de recueil et de traitement des données. Encore nous faut-il dans un premier temps expliquer notre cadre théorique d'analyse de l'activité.

Notre approche se fonde sur l'idée que la construction de connaissances scientifiques n'exige pas la généralisation qui efface les singularités des situations étudiées au profit des caractères qui leur sont commun. Au contraire, elle postule que ce n'est que dans les situations concrètes que l'on peut avoir accès aux éléments qui les déterminent et dont il faut rendre compte.

Toutefois, le « risque » d'une telle approche est de construire des successions de descriptions ou de chroniques fines mais ne permettant aucune intelligibilité

des éléments qui les organisent ou les déterminent. Ainsi, on serait condamné à multiplier les descriptions de situations perdant en faculté de compréhension ce que l'on gagne en fidélité au réel. Une partie des approches ethnographiques peut se situer dans cette perspective, ayant confié à l'ethnologie ou l'anthropologie, la charge de construire les systèmes d'intelligibilité des situations ainsi décrites.

Tel n'est pas, malgré les intérêts méthodologiques qu'il présente, le point de vue adopté. En effet, la description fine des situations de travail ne peut satisfaire à la commande que dans la mesure où des situations où l'activité des professionnels s'exercent et est identifiée et accessible.

L'échantillon des MK rencontrés de façon ponctuelle plutôt que dans une logique longitudinale peut entraîner des biais que l'on a cherché à réduire en intégrant à l'équipe d'étude une professionnelle du métier. Son intervention permet notamment d'isoler :

- les tâches d'un niveau de qualification moindre de celui acquis, et d'en apprécier la fonction.
- Les tâches d'un niveau de qualification supérieur à celui acquis, notamment quand le MK est conduit à concevoir et/ou à formuler un diagnostic au patient. Il s'en « empare » de façon différente selon la position subjective qui est la sienne face à au patient notamment.
- les activités exceptionnelles sont pour l'observateur néophyte, difficiles à distinguer des situations banales de l'activité quotidienne.

Toutes ces raisons convainquent que la description détaillée de l'emploi, induit en erreur autant qu'elle fournit d'éléments relatifs à sa compréhension. **C'est donc moins les tâches qui ont été retenues comme objet d'investigation que la situation à laquelle elles permettent d'avoir accès.** Ce sont les situations qui

ont fait l'objet de l'étude, en ce qu'elles sont porteuses d'éléments liés à la professionnalité. Dès lors ce sont ces éléments que l'étude s'attache à identifier.

Toutefois la description fine des situations, si elle permet des recompositions d'activités pertinentes pour définir et comprendre l'action, fait intervenir nombre de singularités qui limite chaque cas à la situation dont il rend compte : ici c'est tel protocole de soin local, là ce sont les liens privilégiés avec les patients... La diversité des situations semble limiter l'analyse à la description et à l'accumulation de données strictement « incomparables », l'étude devenant un kaléidoscope des activités des MK, vision singulières et déformées néanmoins, du réel.

C'est pourquoi il a été fait le choix d'intégrer la description des situations dans le cadre plus large d'une démarche monographique dans laquelle les éléments précis et situés recueillis sont exploités.

L'ergonomie et la psychologie ergonomique ont proposé de nombreuses méthodes d'analyse des activités professionnelles. Certaines de ces méthodes reposent uniquement sur l'analyse de l'activité (Pastré & Samurçay, 2004), d'autres utilisent les comptes-rendus et des analyses de l'activité en situation (De la Garza & Weill-Fassina, 1995, par exemple) ou des entretiens réalisés avec les opérateurs (Vermersch, 1992 ; Schwartz, 1997, par exemple).

Dans notre cas, les comptes-rendus disponibles dans les dossiers de soin peuvent être très succincts et le recueil des faits est souvent incomplet. Autrement dit, pour aborder les compétences professionnelles, l'analyse de l'activité en situation ou la réalisation d'entretiens avec les kinésithérapeutes sont indispensables.

2ème partie – Analyse transversale des situations

2.1. Les contextes

La diversité du contexte des cabinets évoqués est grande. C'est sans doute une des premières originalités de ce travail que de réunir, à partir du constat de pratiques éclatées, des organisations particulières et des pratiques singulières. C'est un effet de l'étude qui, par son questionnement et sa mise en œuvre, réunit sous une même thématique, voire simplement sous des mots identiques, des réalités différentes. A ce titre, ces points communs peuvent paraître peu fondés si on le limite au fait que tous les praticiens élaborent un dispositif formalisé ayant pour finalité d'appliquer un soin. C'est pourquoi, au-delà de ce constat, on présentera la diversité des situations rencontrées et des organisations adoptées en précisant d'abord les kinésithérapeutes eux-mêmes et les contextes des cabinets, puis les dispositifs élaborés et, enfin, les buts poursuivis.

2.1.1 Le profil des MKL

Ce qui est commun à tous ces praticiens ce sont les conditions objectives, économiques, sociales, commerciales de leurs cabinets de libéraux, qui se situent dans des environnements différents. Ce qui les différencie c'est d'abord des modalités diverses et la définition de l'exercice par des manières de faire différentes, compte tenu de l'environnement. Cette diversité va notamment se manifester en terme de pratiques dominantes, de lieux d'exercice, S'ajoute à cela deux autres facteurs, l'âge et l'ancienneté.

| Cab ¹⁰ | FI | Dominante identifiée | Modalité travail | Environnement | Age | Anc. |
|-------------------|----|----------------------|------------------|---------------|-----|------|
|-------------------|----|----------------------|------------------|---------------|-----|------|

¹⁰ A : Margaux ; B : Pacherenc ; C : Hédon ; D : Gamay ; E : Tesson ; F : Drole ; G : Dussart ; H : Mera

| | | | | | | |
|----------|------|---|-----------------------------|---------------------|----|-----|
| A | K | Généraliste | Travail collectif | Urbain (agglo.) | 58 | 37 |
| B | Mézi | Généraliste | Face à face | Urbain (agglo.) | 50 | 28 |
| C | K | Rééducation pédiatrique | Face à face et tiers parent | Urbain (BP) | 35 | 13 |
| D | K | Généraliste | Face à face | Rural | 49 | 27 |
| E | K | Généraliste associé, option sport (+ maison retraite) | Face à face | Péri-urbain (BP) | 38 | 16 |
| F | K | Généraliste associé, option sport (+hôpital) | Face à face | Urbain (ville moy.) | 59 | +35 |
| G | Méz | Généraliste (+ hôpital, + école) | Face à face | Urbain (agglo.) | 40 | 17 |
| H | K | Généraliste | Face à face | Urbain (agglo.) | 33 | 12 |

Tableau N°1 - Profil des praticiens

Des propos tenus par les praticiens, nous retenons ici deux extraits d'entretien et commentaires car on peut faire l'hypothèse que ces profils jouent un rôle dans le **format des pratiques** en rapport à l'environnement.

- *Auparavant, mon cabinet était en face du parc des expositions, à l'autre bout de la ville, côté Ouest. Ici on est à l'Est. Heu, résultat des courses je me suis rapproché, j'ai fait construire, j'ai fait rehausser d'un étage ce bâtiment. Et en bas, là où est le cabinet, c'était le garage. Voilà. C'est très agréable pour travailler c'est sûr que c'est dans un quartier c'est très calme, les malades se garent devant, c'est, il est évident qu'il y a pas de parcmètre, enfin pour l'instant pas...*
- *Donc avec une étude de marché quand même sur l'implantation ?*
- *Non, pas du tout, et plus de 90% des malades ont suivi.*
- *C'est ça vous avez gardé la clientèle ?*
- *Alors le peu que j'ai du perdre dans cette banlieue là, ben je l'ai là. Ça recommence. Il n'y a pas eu un infléchissement heuuu... de, comment dire, du chiffre d'affaire en raison de ça. Les patients ont suivi. Quand les patients sont satisfaits, heu j'ai eu d'autres collègues qui ont fait comme moi, qui ont changé de quartier, et y'a aucun problème, sur des villes à taille humaine comme ici, bien sur. Si vous partez, évidemment si vous étiez place de Mexico et que vous partez à la Villette il est évident qu'ils vont pas suivre. Là peut être ça s'impose dans des grandes villes.*

- *Ben je crois que ça fait partie... Je suis très attaché à l'hygiène, du cabinet, la déco aussi, j'aime bien que ça soit accueillant. De toute façon je pense qu'un soin c'est ça aussi. C'est pas mettre de la techno dans la salle d'attente, c'est quelque chose d'un petit peu, France Musique, bon c'est généralement ou des CD de musiques classiques, ou du jazz très léger*
- *Qui permet de se détendre ?*
- *Voilà. La couleur est importante aussi. Il y a ce bleu là, qui est très doux, pas agressif.*

On soulignera seulement que les MKL observés interviennent majoritairement en face à face ce qui suppose, pour chacun, deux caractéristiques :

- disposer de compétences actualisées dans le domaine kinésithérapique du fait de l'accès à un nombre suffisamment de situations cliniques et de types de patients ;
- pouvoir ainsi relativiser la situation problème en fonction d'autres, d'avoir en quelque sorte des facteurs de décontextualisation ou de modélisation des éléments rencontrés dans la pratique quotidienne.

Enfin, les MKL rencontrés connaissent relativement bien leur clientèle, même si les outils de description et de suivi de la clientèle ne sont pas toujours formalisés. Au delà de la face positive qu'ils sont en droit de mettre en évidence, ils n'hésitent pas à exprimer sinon des chiffres du moins des tendances.

J'ai 17% d'enfants de moins de trois ans et autant de vieillards. Je suis dans la moyenne nationale hein je suis pas trop décalé. Je suis à peu près. Mais ça relève de ...je fais beaucoup de petits et je fais beaucoup de vieillards parce que j'ai une maison de retraite, donc c'est un peu logique ... Et au milieu j'ai des sportifs, c'est assez harmonieux, donc c'est pas désagréable.

Donc, au niveau des pathologies, de tout ! Y'a guère que le vestibulaire que je fais pas.

La répartition géographique, 30% de gens de la commune, 30% des communes juste limitrophes où il y a pourtant des collègues, et le reste beaucoup plus loin , càd Angers, le département, voire extra départemental.

Il est bien délicat d'apprécier si cet échantillon de praticien a rempli sa fonction dans la production d'un discours sur le métier. Chacun dans son champ de spécialité et d'exercice s'est attaché à donner à voir la réalité de son exercice.

On trouvera en annexe 7 des extraits détaillés concernant les principaux thèmes suivants :

- intérêts et limites des parcours universitaires entrepris et modalités de choix des FI,
- informations synthétiques concernant les différentes spécialisations,
- principaux critères de choix topographiques d'implantation du cabinet,

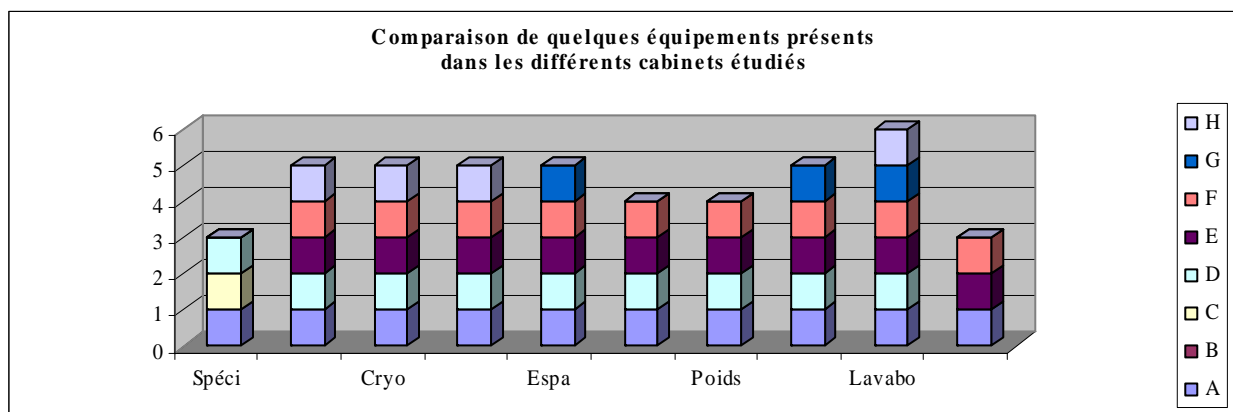
- évaluations subjectives de leur travail et de son évolution prévisible pour les années à venir (notamment notion de responsabilité etc...)
- Liens avec certains acteurs de leur environnement de travail.

2.1.2 Les cabinets

L'intervention kinésithérapique suppose aussi des agencements organisationnels spécifiques affectant le cabinet de multiples manières. On peut, dans une première approche, rappeler les caractéristiques des lieux observés mentionnés :

| | Durée | Espace | Tables | Couv |
|----------|--------|--------------|--------|------|
| A | + 30mn | 6 Box dédiés | 6 | Pap |
| B | 30mn | Une salle | 1 | Pap |
| C | +30mn | Une salle | 1 | Pap |
| D | 20mn | Cabinet | 1 | Tiss |
| E | 30mn | 4 box dédiés | 4 | Pap |
| F | 20mn | 5 boxs | 5 | Tiss |
| G | 30mn | Une salle | 1 | Pap |
| H | 30mn | Une salle | 1 | Pap |

Tableau n° 3 : équipement des cabinets



- Graphique 1 -

C'est la variété des modalités de soin qui émerge de l'équipement des cabinets.

On y trouve :

- du matériel **spécifique** (comme des tables de soins -C- ou fauteuil -A- particuliers) ;
- des équipements **génériques** qui trouvent dans leur emploi prescrit l'usage adopté (comme E ou F) ;
- des dispositifs **hybrides** mixant le recours à des formes génériques et spécifiques dans une configuration originale (comme F) s'efforçant d'assurer une mise en synergie de l'ensemble.

La démarche de soin, éminemment singulière, relative à chaque cabinet, dans son contexte et à un moment de son histoire, recourt en conséquence à des dispositifs élaborés selon des procédures variées, faisant du « sur mesure et cousu main » la règle d'élaboration de la prestation visant à satisfaire la prescription.

Par delà la généralité (voire la banalité) des options thérapeutiques adoptées, **l'usage singulier des équipements manifeste une finesse d'analyse pour redimensionner les éléments génériques à la singularité de chaque situation.**

On trouvera en annexes 11, 13 quelques photos descriptives de certains matériels utilisés ainsi que de leurs principales fonctionnalités.

2.1.3. L'orientation-client

Peut-être est-ce par le vocable de « posture professionnelle », qu'il faut désigner la façon dont le MKL s'y prend pour initier le rapport au patient. Il semble en mobilisant un cadre classique d'analyse de l'activité (Savoyant, 1979) que l'on puisse ici parler d'opérations d'orientation. Écoutons ainsi E :

Il y a des catégories c'est clair, il y a des gens on sait déjà par avance où on va parce que leurs comportements. Eh puis, il y a des familles, des MGEN, des agriculteurs, des commerçants, des alcooliques, des professions libérales. C'est souvent par regroupements professionnels d'ailleurs parce qu'en fait, ils font le métier où ils ont le caractère. Donc c'est un global. Mais je ne le note pas, c'est dans ma tête. Sur le papier ils sont quantifiés et puis voilà.

C'est plus pour savoir comment on va aborder les choses, comment on va les verbaliser pour qu'ils puissent comprendre. C'est toujours ma problématique : il faut qu'on se comprenne, qu'on se fasse confiance, pour qu'on puisse avancer. Si j'arrive avec les solutions toutes faites et que ça leur plaît pas... qu'est-ce qu'il est venu chercher, est-ce qu'il est venu chercher quelque chose ou non ?

Nous avons ainsi constaté que les MKL expérimentés que nous avons rencontré ont ainsi développé une forme de théorisation de leur rapport au patient.

Cette orientation client n'est pas seulement un préalable à l'engagement dans le soin. Au cours et/ ou en fin de séance tout aussi bien, tel MKL met en place des procédures de type débriefing en fin ou en cours de séance, moins dans une visée thérapeutique que comme moment explicitement dévolu à nourrir la relation au patient.

2.2. L'action professionnelle

L'action professionnelle se donne d'abord à voir par l'identification de phases dans le déroulement des séances observées: prise en charge¹¹ (accueil, installation, mesure,...), conduite du traitement (diagnostic, déroulement habituel, événement, situations problématiques, activités de récupérations...) pour tenir son action dans le cadre prescrit, la clôture de séance (évaluation, dégagement relationnel, prise de RV). Leur analyse nous permet de caractériser des dimensions des compétences requises.

Nous avons également questionné l'existence d'activités collectives¹² avec le patient par exemple qui nécessitent des compétences particulières. Elles peuvent

¹¹ Nous connaissons l'importance de ce terme dans d'autres professions para-médicales, voire même du secteur social. Nous sommes également conscients de la singularité de l'intervention kinésithérapique en regard de ces autres pratiques. Pourtant, nous proposons d'employer ce terme qui nous semble-t-il permet de rendre compte de la globalité des problématiques du patient auxquelles le MKL est parfois confronté, avant et pour pouvoir accéder à son champ d'expertise.

¹² Rappelons ici quelques configurations d'activités collectives.

- « Collaboration, dont l'une des situations caractéristiques est la résolution d'un problème en commun.
- Coopération distribuée : les buts immédiats des acteurs sont différents mais concourent à la réalisation d'un but commun.
- Co-action, qui constitue un cas limité d'activité collective dans la mesure où les acteurs ne partagent pas un but, mais un même espace de travail » (Rogalski, 1994).
- Co-Présence : il s'agit également d'un cas limite d'activité collective. Comme pour la co-action, les acteurs ne partagent que l'espace de travail, mais ici l'un des acteurs n'est pas engagé dans la réalisation d'une tâche. Il est simplement observateur d'une action en cours.

constituer un format de gestion de la séance, mais aussi, provoquer des difficultés de coordination ou d'interférence avec le patient qui compliquent l'activité. C'est pourquoi, nous avons mis l'accent sur l'activité d'encadrement du soin, mobilisant une compétence de « médiation » (le MK ne fait pas lui-même mais « fait faire » au patient, aux équipements,...), et une compétence de supervision.

L'action professionnelle se réalise encore dans un cadre d'exercice spécifié, encadré par un appareil réglementaire d'une part, et d'autre part dans un espace de production scientifique qui alimente et mobilise différemment les pratiques. En d'autres termes, au-delà de ses heures de « face à face » avec le patient, le MKL n'en a pas pour autant terminé avec son activité. Lui reste une comptabilité à renseigner, des précisions thérapeutiques à rechercher ou des prises d'information à effectuer sur les évolutions des modes de pratiques.

Enfin, l'action du MKL se réalise dans un cadre temporel contraint. Les RV sont pris de demi-heure en demi-heure ce qui conduit les praticiens soit à réduire le temps de « corps à corps », soit à adopter des stratégies d'ajustement sur la base de protocoles génériques.

Si on avait je dirais un seul patient à voir dans la journée, si on n'avait pas le timing, au niveau de la bouffe et du reste, l'argent ... on pourrait concevoir de réfléchir plus longtemps (E).

2.2.1. La « prise en charge » du patient

A/ L'origine « Faire avec le prescripteur »

Dans tous les cas observés, les MKL s'appuient sur une prescription, laquelle peut s'avérer extrêmement laconique du type : « Rééducation du membre inférieur droit ; 15 séances » ou au contraire extrêmement précise.

K Rien, il y a "drainage lymphatique des 2 membres inférieurs", je ne sais rien sur la patiente

O Aucun nombre de séances par exemple ?

K Si, il y a le nombre de séances et encore plus maintenant. Mais il n'y a pas de notion de diagnostic. Je ne sais pas ce qu'a eu la patiente

C'est quelqu'un qui avait et qui a toujours une scoliose très importante. Qui a été opérée avec une tige de Arrington, qui a une tige tout le long du dos et heu, depuis 22 ans, elle vient en général deux fois par semaine, régulièrement, par suivi comme ça heu, mais là dans sa prescription y'a le traitement du dos, plus le traitement du genou, de la jambe, parce qu'elle a eu il y a 4-6 mois un accident de voiture, elle s'est faite renversée par une voiture avec une entorse grave du genou, donc on traite en fait deux pathologies qui n'ont rien à voir l'une avec l'autre. (A)

Deux problèmes se posent alors au praticien. Le premier traite de la lisibilité du diagnostic médical. Au titre de la confidentialité due à son client, le médecin peut signaler d'abord, en guise de diagnostic, les symptômes qui intéressent selon lui le MKL. Il peut encore indiquer par son diagnostic l'état de sa réflexion sur l'état du patient sans s'assurer de la compréhension par le MKL de sa formulation. Il peut enfin, pour des motifs variés, formuler une prescription vague, laissant au MKL la responsabilité de la traduction. En d'autres termes, l'action du MKL s'initie dans la formulation première de ce qui est à faire.

Cette appropriation de la prescription se poursuit tout au long du traitement dans la perspective de rendre compte de l'action conduite à ce titre. L'exemple qui illustre le plus fréquemment ce feed back au prescripteur est le nombre de séances, qu'il s'agisse d'en demander le renouvellement ou au contraire de signaler sa réduction de l'initiative même du MKL.

B/ Faire face à la prescription

Dans tous les cas, la reformulation du problème est toujours, déjà, une façon de lui trouver une solution, ou plus exactement de **le formuler de telle façon**

qu'une solution puisse apparaître, en quelque sorte, à portée de ressources pour le patient et pour lui.

C'est ainsi que la prise en charge redéfinit **une prescription** qui s'impose aux acteurs à partir du moment où l'on a construit l'enchaînement que l'on vient de reconstituer :

« caractérisation d'éléments cliniques dommageables pour l'autonomie du patient - intervention de l'adjuvant (technique, expérience, ...) - élaboration du problème en terme thérapeutique ».

Ainsi G annonce-t-il :

Je ne sais pas trop ce qu'elle a. Elle ne m'a rien dit, le médecin ne m'a pas donné son diagnostic, mais moi j'ai déduit des choses. Elle a une traversée thraco-bracchiale avec des douleurs un petit peu électriques, alors il faut que je la détende (G).

Ou encore, B décrit ainsi le contact avec le patient

Une des phases importantes, si vous voulez, vous ne l'avez pas vu tout à l'heure pour Mr Lachaise parce que c'est un patient que je connais déjà mais quand je ne connais pas un patient, la première des choses à faire c'est l'histoire du malade, par le malade, c'est l'anamnèse, qui est un passage obligé. Il y a aussi l'examen des radios heu, qui, heu comment dire est très important, même si nous ne le faisons pas avec autant de précision qu'un radiologue, parce que nous n'avons pas la formation, mais nous avons quand même des critères qui sont donnés par nos formateurs à l'école de kinésithérapie et ensuite en formation continue, qui nous permettent d'aborder les radios sur un plan beaucoup plus mécanique. Après il y a les bilans (B).

Mais les récits de ces élaborations soulignent également qu'il ne suffit pas de définir une perspective pour engager les actions contribuant à sa réalisation. Dans les représentations des praticiens, la décision d'agir est tributaire de quatre types d'éléments:

- les facteurs que l'on peut définir comme « **déterminants**¹³ » qui sont ceux qui définissent les fondamentaux du soin;
- les facteurs que l'on peut définir comme « **déclenchants** » qui définissent la possibilité d'une action et constituent donc une condition de possibilité ;
- les facteurs « **favorisants** » qui établissent la conviction de réussir, ou du moins sa probabilité jugée suffisante.
- Les facteurs **pénalisants** qui délimitent le « faisable » dans le soin.

Si l'on retient cette perspective, la prise en charge du 1^{er} patient filmé, apporte par exemple les éléments suivants :

| P1 | Facteurs déterminants | Facteurs déclenchants | Facteurs favorisants | Facteurs pénalisants |
|-----------|------------------------------|--|---|---|
| B | Sciatique | Douleurs | Emploi nécessitant une mobilité articulaire | Nécessité professionnelle à dépasser la douleur pour agir |
| C | Pied bot | Intervention anticipatrice de l'ossification | Engagement de la maman à reproduire le soin | Aisance +/- grande la maman |
| D | Claquage musculaire | Réduire le temps d'immobilisation | Volonté de rejouer rapidement | gestes professionnels traumatisants |
| E | Arthrose | Douleur invalidante | Attente de bénéfices | Activité professionnelle statique |
| F | Traumatisme clavicule | Rééducation | Jeune patient | Sclérose en plaques |
| G | Douleurs arthrosiques | Contractures douloureuses | Bénéfice attendu/ patiente activité associative | Patiente peu expressive |

Tableau N°3: facteurs de la prise en charge du patient 1 par praticien

Ces éléments relèvent des représentations qui constituent, in fine, les « causes » et les « raisons » pour lesquelles les praticiens engagent le soin. Celles-ci ne sont pas toutes de même nature et il leur est attribué des fonctions différentes.

¹³ Il s'agit là d'outils d'analyse des discours tenus à propos de dispositifs. Ces facteurs sont présentés par les acteurs comme déterminants, cela ne dit rien, bien évidemment de leur fonction effective ni, surtout, de leur rôle dans l'enchaînement des causes.

La prise en charge - premier moment de l'intervention kinésithérapique- n'est donc pas que le cadre d'une rencontre avec un patient, mais aussi un moment de « formation de compromis ».

Elle ne relève donc pas, dans nos observations, que d'opérations cognitives (interprétations, analyses, anticipations notamment), mais bien d'une appréciation globale de la situation du patient.

C'est pourquoi ce point qui fonde toutes les argumentations possibles de la part des MK, est si important pour la prise en charge et la mobilisation des patients.

C/ Actualiser la prescription avec le patient

En tant qu'objet de la prescription, les patients sont concernés. Pour autant, les termes de celle-ci peuvent leur être relativement étrangers. Au contraire, leurs attentes dépassent fréquemment aux dires de nos interlocuteurs, le cadre de la prescription. Une fois entré dans la cabinet, le patient demande une « prise en charge globale » (E).

Les rapports du patient à la prescription sont aussi médiatisés par le MKL lui-même, notamment par les traces qu'il garde de l'histoire des affections du patient. En témoigne le propos de B qui intègre dans la prescription d'aujourd'hui, celle d'hier, au profit du patient :

- *Voilà par exemple vous avez sur le patient de tout à l'heure, donc qui a une sciatique droite sur un terrain d'hernie discale constaté en 1988, en avril 2003 quand il est revenu et qu'il avait une sciatique gauche, donc un phénomène de sciatique à bascule, moi je marque mon diagnostic, iliaque postérieur droit, alors qu'aujourd'hui c'est un iliaque postérieur gauche, d'ailleurs je vais mettre ma fiche à jour*
- *Et quand vous la mettez à jour, vous gardez un historique de, des modifications faites?*
- *Alors ici c'est une copie de l'ordinateur qui est en bas. Donc non là je vais pas y toucher mais je vais me mettre sur diagnostic médical, je vais mettre ici la date d'aujourd'hui*
- *D'accord vous rajoutez donc en fait, c'est pas supprimé*
- *Pour avoir l'historique, ce qui permet de... Alors les courriers je ne les enregistre pas là-dessus, je ne les enregistre pas, je les envoie, je les balance, je ne les garde pas !*
- *Ceux que vous envoyez au médecin ?*
- *Au médecin*
- *D'accord, donc ça vous n'en gardez pas de trace. Et le patient lui-même a accès aux fiches que vous faites ?*

— *Ah s'il le souhaite, s'il le souhaite. S'il le souhaite tout, à fait, mais il sait très bien que, j'ai eu longtemps affiché dans mon cabinet, dans la salle d'attente, j'ai demandé un numéro d'agrément CNIL de manière à ce qu'ils soient plus rassurés, si vous voulez, sur ce qu'on peut en faire, si il n'y a pas de choses sensible chez lui.*

Enfin, les patients entretiennent un rapport parfois ambiguë à la prescription, dans la mesure où celle-ci concerne les symptômes et non les causes pathologiques, engageant parfois le pronostic vital. Dans les zones rurales où le MKL est le soignant de proximité, ce pronostic médical est un cadre qu'il ne peut ignorer. Anodine dans sa formulation, la prescription n'en est pas moins chargée alors d'autres significations avec lequel patient et MKL devront composer.

2.2.2. L'élaboration de la séance

Les praticiens utilisent alors le plus souvent des protocoles déjà élaborés ou des modèles standard de procédure de soins qu'ils reprennent.

Le bilan, la plupart du temps ou au moins en ce qui concerne le Mézières est un bilan traitement, c.a.d que la méthode Mézières étant, reposant si vous voulez sur une..., sur des postures d'étirement, pour pouvoir dépister les réactions de défense du patient à un traumatisme donné, il va falloir le mettre en tension, justement pour le « bilanter » (B)

C'est le cas, notamment, de E. Il recourt à une modalité d'intervention élaborée par un collègue spécialisé, en relation avec une information obtenue lors de formation que lui-même assure ou de séminaires de perfectionnement qu'il a suivi. Le problème singulier du patient est, pour lui, classé sous un prototype (patient douloureux - texture contractée -) et la solution thérapeutique adoptée. Il faut alors souligner qu'une telle démarche ne supprime nullement la singularité de la situation du patient.

Il y a des à cotés du traitement qui représentent énormément de choses. L'appréciation où en sont les gens, où on peut les amener, où on peut dire que le traitement est terminé, etc. Mais tout ça, c'est nous qui apprécions, c'est pas marqué, il n'y a pas le nombre de

séances, c'est nous, enfin, il n'y a pas de quantitatif, il n'y a pas de qualitatif, je veux dire (F).

Une troisième source d'élaboration s'initie grâce à des connaissances d'action, que le MKL a développé au contact de situations passées. Les plus emblématiques de cette séquence initiale sont les compétences d'observation que le MKL mobilise avant même d'avoir « touché » le patient.

Sa façon de se présenter, de donner son ordonnance. Je regarde les gens entrer, leur gestuelle, le gars qui dit « j'ai du mal à mettre ses chaussures » c'est l'œil du maquignon ! Je suis plus vicieux que ça. Parfois,- en ce moment j'ai beaucoup d'épaules-, je leur serre la main à des hauteurs différentes. (rire) C'est pour savoir où on en est ! On a gagné du temps. Dans mon exercice rien n'est fixé on adapte tout le temps. (E)

A/ Le redimensionnement du cadre et des éléments de la situation

Il semble qu'un régime général d'application d'un traitement se nourrit de protocoles existants construits à partir d'une composante générique qui suppose des ajustements de son organisation pour l'utiliser au mieux. On peut ainsi parler de **redimensionnement** peut s'opérer par une autre voie, qui est de modifier le dispositif de soin, ce qui suppose qu'il est interne et spécifique à chaque praticien. A cet égard, l'exemple du BDK est une forme emblématique largement convoquée pour analyser le cas du patient. La simplicité de la formule n'a d'égale que l'opacité des processus : à la base, le praticien accueille, s'informe, analyse, mesure, contrôle l'action d'un patient. A l'occasion du traitement, il lui permet de développer son autonomie. Toutefois, le BDK n'est pas que réalisation d'une première étape d'une démarche de soin, ni qu'observation, ni que pratique même s'il est tout cela pour partie.

Ainsi décrit, le BDK peut être considéré comme une des formes génériques de la prise en charge que les praticiens redimensionnent en fonction de **leurs buts**. On trouvera en annexes 8, 9 des graphiques de synthèse de contenus de

communications avec le patient, qui rendent compte de la fréquence avec laquelle ces buts sont explicitement fournis aux patients. On peut relever, en effet, dans les différents cas de praticiens, des modalités différentes de mises en oeuvre en fonction des exigences thérapeutiques :

- selon que le dispositif a été construit par le praticien ou élaboré par un spécialiste extérieur,
- selon que la procédure est stabilisée et définie ou, au contraire, laissée à l'ajustement du praticien,
- selon que le patient est régulier ou ponctuel,
- selon qu'il y a ou non formalisation d'informations relatives à la pathologie et/ou au patient,
- selon que les praticiens ont bénéficié d'une formation spécifique aux techniques de soin ou non (Cf. tableau 1).

Ainsi, la prise en charge du patient suit un modèle qui est l'objet de **variations multiples** pour prendre en compte les exigences de la situation.

Le redimensionnement consiste, dans ces cas, à modifier le modèle de soin en l'adaptant au contexte dans une formule originale d'agencement de ses composantes. La modalité la plus notable est celle qui articule BDK et évaluation des capacités (E), pour adapter le protocole de traitement. Il s'agit là d'une combinaison originale lorsque qu'elle est reconnue, affirmée, formalisée.

Mais le redimensionnement peut, également, s'effectuer en ajoutant au modèle d'autres éléments, qui viennent le compléter et lui apporte une pertinence plus grande aux yeux de son promoteur. Ainsi, pour A1, la relation thérapeutique se double-t-elle d'une relation de soin, à la limite d'une prise en charge psychologique. On obtient ainsi une configuration dérivée du modèle de base du soin K en fonction des exigences de la situation (ici, une patiente anxieuse).

Une telle démarche peut aller jusqu'à combiner de façon spécifique différents éléments empruntés à des modèles génériques différents, constituant ainsi une « version originale ». On en trouve notamment trois cas dans les cas d'activité libérale étudiée. C'est en sens que nous le désignons par le terme de **dispositif**.

| Le dispositif d'intervention | | |
|-------------------------------------|--|---|
| | Processus prévu | Modalités effectives |
| A | Investigation pour BDK | Entretien psychologique, autonomisation des autres patients |
| E | BDK formalisé et guidance de l'accompagnement ultérieur du patient | Mesure EVA, mise en situation assistée puis contrôlée |
| G | BDK informel manuel et protocoles éprouvés | Pas de mesures / sélection des patients |
| F | BDK informel / mémoire patient | Debriefing patient |

Tableau N° 4 : exemples de mise en œuvre du dispositif

Dans ces cas, les praticiens construisent un dispositif de soin qui leur paraît adapté. Celui-ci, c'est notable dans les quatre cas, combine différentes modalités:

- un dispositif « maison » stabilisé, formalisé, instrumenté (A), qui ajoute un processus d'accompagnement visant précisément à entendre les difficultés des patients;
- E ajoute au diagnostic amont très formalisé, un débriefing censé renforcer l'efficacité de la démarche par la modulation des exigences de soin;
- G semble fait feu de toute son expérience : l'individuel et le collectif (chevauchement 10'), le respect rigoureux de la prescription, l'analyse rétrospective de son action, la confiance dans son expérience : les modalités se croisent, se combinent et parfois se chevauchent dans la dynamique instituée.
- F combine les ressources formelles (mesure) et informelles (pas de dossier) dans son intervention.

Ainsi, le dispositif d'intervention est toujours spécifique : il fait l'objet d'une activité des acteurs pour l'ajuster au cas du patient, et oriente la définition du « problème » et le diagnostic qui en découle. Les modalités peuvent être diverses, mais ce « redimensionnement » paraît aussi incontournable que l'analyse du cas /patient et ses évolutions potentielles pour que le dispositif produise les effets attendus.

B/ Une contre-exemple : le recours à une réponse générique sans processus adaptatif

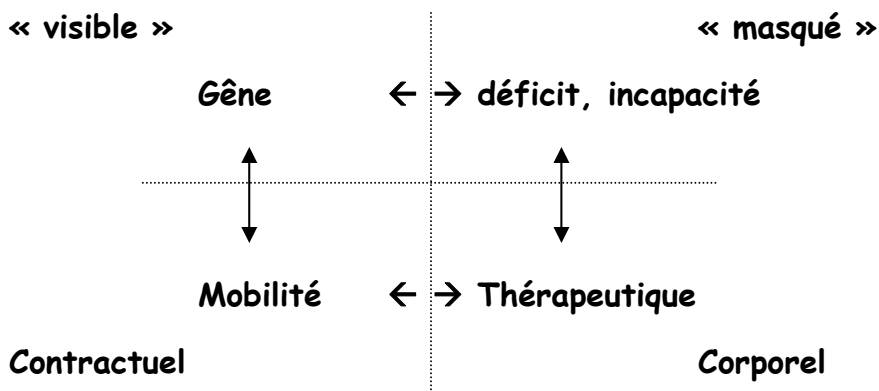
Sur la base de la prescription qui lui est remise par le patient, le MK se livre dès l'accueil du patient, à une chasse aux indices¹⁴ orientée tout à la fois vers le corps du patient, son discours et vers ses propres connaissances. En effet comme l'évoquent Nyssen et De Keyser, le MK s'applique à dépasser la « part d'ombre » (1993, p244) constituée par la variabilité des contraintes et des conditions de réalisation de la tâche qu'amène avec lui ce patient. Le MK rapporte en premier lieu le cas particulier du consultant à une classe de pratiques de soin, tout en envisageant les développements de la thérapeutique au regard de la durée allouée par la prescription.

Pour autant, le patient n'est pas inerte qui vient perturber cette réflexion professionnelle par des attentes de résultats - « je n'arrive pas à tenir mon téléphone à l'oreille », « je monte difficilement les trois marches du perron », etc.- que le MKL ne tient pas pour négligeables, dans la mesure où elles le renseignent sur la gêne et donc les capacités du consultant. Il les prend même d'autant plus au sérieux que l'engagement du patient dans le traitement est conditionné par le dépassement de ce déficit perçu. Les graphiques en annexes 8, 9, 10 rendent compte des formes et contenus de communications échangées avec

¹⁴ Ginzburg, C. (1979). Signes, traces, pistes, pour un paradigme de l'indice. *Le Débat*, 79/1,

les patients et entre autre de la proportion consacrée à cette chasse initiale aux indices au travers des questionnements centrés sur la douleur.

Ainsi dès les premiers contacts se nouent une face visible et une face masquée de l'action. La première est centrée sur un but : restaurer la mobilité qui occasionne la gêne quotidienne. La seconde se focalise sur la réduction du déficit au moyen d'une thérapeutique adaptée. Ces deux faces « contractuelle » et « corporelle », façonnent un équilibre de la relation thérapeutique qu'il appartient au praticien de maintenir.



Pour maintenir cet équilibre entre des attentes particulières et un but thérapeutique, entre du « prêt à soigner » et des indices perceptifs, le praticien doit résister à toute attraction hégémonique de l'une de ces sources. Il lui faut garder ses distances tant avec ce que lui dicte la prescription, qu'avec ce qui dit le patient, qu'avec ce que lui indiquent les protocoles et qu'avec ce à quoi ses propres connaissances l'invitent.

La douleur est une clé d'entrée dans l'établissement d'une relation de soin, qu'elle conditionne l'ordonnancement du soin et qu'enfin, elle fait l'objet d'un discours professionnel diffusé tant en formation initiale, qu'en forme de credo auprès des patients.

Un des principes de base des kinésithérapeutes est de travailler sous le seuil de la douleur, sachant que celle-ci est un obstacle à une kinésithérapie de qualité. C'est pourquoi bon nombre de techniques de cette discipline, sont aussi antalgiques (...) Il existe des techniques antalgiques pures, mais aussi de nombreuses autres techniques qui agissent à un moment ou à un autre sur la douleur comme la mobilisation¹⁵.

Mais la douleur perçue renvoie on l'a vu à une privation pour le patient. La mobilité d'un segment du corps s'en trouve diminuée, une gêne s'ensuit alors dans la vie quotidienne. C'est avec cette demande qu'il se présente muni de la prescription médicale, forçant en quelque sorte les instructions du médecin. Ainsi que le formule l'un des praticiens : « une fois entré dans le cabinet, on doit tout soigner ».

C'est pourquoi la douleur est un enjeu dans la dramaturgie du couple soignant / soigné. Dans l'espace-temps de la séance, le premier est réquisitionné au profit du soulagement du second.

Dans cette dramaturgie, chaque praticien développe un style d'approche rejoué avec des variantes à chaque séance que l'on peut décrire ainsi :

→ Le moment d'accueil (t1) du patient s'attache à cibler la douleur *ressentie* et ses effets. Les questions du soignant lui donnent un statut premier et portent sur :

- la localisation de la douleur, afin en ciblant l'endroit douloureux, de reconstituer les trajets possibles de la douleur et d'identifier ainsi le point déclenchant cette douleur ;
- les circonstances de la survenue : l'origine supposée, les moments de manifestation et les facteurs qui la modèrent ;
- la source quotidienne initiale d'après le patient
- les signes d'accompagnement cette douleur.

¹⁵ <http://asso.nordnet.fr/valenciennes-douleur>

→ Le moment de diagnostic conception (t2) , voit le MK construire, partant de cet état initial, un état projeté, dans lequel la douleur *formulée* va jouer plusieurs fonctions

- ponctuer les accueils en séance de soin pour actualiser le diagnostic d'une part ;
- ordonnancer le soin, cette actualisation fournissant en outre des indicateurs factuels sur la gêne occasionnée pour le patient, d'autre part.

→ Le moment de manipulations (t3) proprement dit au cours duquel la douleur est *subordonnée* au plan de soin (elle peut donc gagner temporairement en intensité).

→ Le moment de clôture où la douleur est *suspendue* (t4) par les effets du soin prodigué, jusqu'à la prochaine séance.

Si l'on met cet exemple en perspective, on en vient à penser que ce n'est pas le caractère générique d'un dispositif qui est un obstacle au soin et à l'efficience des dispositions adoptées, c'est la **carence de redimensionnement**. Les réponses « standardisées » ne sont pertinentes que par l'usage singulier qui en est fait¹⁶.

2.2.3. Les résultats recherchés

Si l'on considère, maintenant, les résultats recherchés, on peut opérer une première distinction selon que ceux-ci sont relatifs à l'atteinte d'un état ou à la construction d'un processus : dans le premier cas, le problème diagnostiqué est conjoncturel, le dispositif est temporaire et le résultat suppose la disparition de l'un comme de l'autre. C'est notamment le cas des rééducations à source traumatique. Dans le second cas, le problème est structurel, le dispositif est permanent et le résultat tient dans le processus rendu possible. C'est l'espace

¹⁶ On trouvera l'illustration complète de ce redimensionnement dans l'exploitation des données de Froissart (2003), reprises dans l'article publié dans Education Permanente n°165, 2005-4.

des maladies chroniques nécessitant prévention des déficiences, maintien des capacités, aménagement des compensations aux handicaps, bref une rééducation continue. On trouvera en annexe 8, 9, 10 des graphiques d'analyse de contenus de communications entre MK et patients montrant, entre autre, la proportion des échanges liés à l'explicitation des objectifs poursuivis et des résultats attendus par le MK). Dans leur formulation a priori, les formulations sur les résultats révèlent plus nettement des stratégies de conduite du dispositif de soin :

Je dirais que enfin ma fonction c'est que les gens ne souffrent plus et repartent soulagés (E)

J'ai fait du bon travail quand les gens sont soulagés. Pour la traumato, c'est la mobilité, pour la rhumato, c'est la douleur (G)

Il y a les résultats obtenus. D'où on est parti, où on est arrivé. Et après il y a énormément de variantes, c'est-à-dire, ce n'est pas où on arrête ou on continue, c'est à dire "on arrête mais je veux vous revoir au bout de 6 mois" ou "Pour le moment on arrête, on laisse un temps de consolidation, mettons, 3 semaines, 1 mois, si vous voyez que les douleurs réapparaissent, surtout, vous demandez des séances et vous revenez", il y a du feed back, j'en demande énormément aux gens, c'est à dire il faut qu'il soit un petit peu à l'affût de leurs sensations après le traitement pour ne pas laisser ré-évoluer la pathologie, pour ne pas de nouveau se retrouver à nouveau bloqué, je leur demande d'intervenir assez rapidement dans ces cas là. Donc la dernière séance est très importante dans le sens que je donne beaucoup de conseils "vous faites ça, vous faites ça, si ça marche pas, vous revenez me voir" etc. Il n'y a pas un début, une fin, c'est inclus dans leur vie, donc après je demande beaucoup, c'est pas complètement clôturé. A part en traumatologie, là, on peut dire, voilà c'est réparé.(F)

Comme le signale ce dernier exemple, les dispositifs de soins ne sont pas structurels ou conjoncturels par nature : d'abord un même praticien peut penser le recours le cas du patient selon des finalités différentes (A, H...) mais un dispositif pensé comme structurel peut n'être que conjoncturel ou, à l'inverse

appelé à devenir structure (E). En fait, c'est le diagnostic que le praticien effectue pour définir le problème qui définit la qualité du dispositif, selon

- que les résultats recherchés sont indexés dans le temps (D qui estime avoir devant lui « une période difficile¹⁷ », le temps de rémission de sa patiente lui semblant écourté, en référence à un état précédent plus stable où sa réactivité permettait de faire face aux difficultés issues du traitement anticancéreux ;
- que ce qui est recherché est un processus permettant de prodiguer, en tant que de besoin, les soins nécessaires (B1 et E5 présentent deux configurations différentes de ce modèle, avec les patients arthrosiques) ;
- que le même dispositif produit des effets dans l'un et l'autre registre ; il est à la fois une solution à un problème spécifique et un cadre de transformation des soins pouvant être sollicité pour d'autres occasions. Il se peut que le succès conjoncturel de ces formules les prédisposent à devenir structurelles ou, plus exactement, à être instituées comme telles par ceux qui sont en position de le faire. (prendre un exemple de transfert de procédures)

Par exemple, accueillir le patient se réalise dans le croisement approximatif de techniques de métier : cadrer la relation au patient (la prescription, la demande, etc.) et une certaine connaissance de soi, qui permettent d'aborder l'Autre dans son intimité. Mais très vite se structurent des critères classants du patient :

- les pathologies selon des critères : aiguës/chroniques, de gravité, d'évolutivité ;
- les discriminants objectifs (ex. homme ou femme) et/ou subjectifs [ex. : nécessitant un accompagnement, pouvant se prendre en charge] ;

¹⁷ Durée estimée pour que la patiente puisse retrouver des conditions de vie lui convenant notamment en terme d'autonomie et d'initiative.

- l'âge, significatif d'une polypathologie, qui rend le choix des méthodes appropriées de plus en plus délicat ;
- la demande formulée, qui peut ou non dépasser la prescription (ex. : soulager la douleur).

S'il en va ainsi, c'est qu'il y a, sans doute, **deux façons de définir les résultats attendus** par les dispositifs de soins : par les éléments qui les manifestent (indicateurs de qualité, quantité, rapidité, ...) ou par les transformations personnelles qu'ils permettent¹⁸ (comme la question de l'incapacité au quotidien, de l'inaptitude au travail par exemple liée à la perception d'une moindre possibilité d'action). Ainsi, la définition du but est aussi une pré-définition du dispositif même lorsqu'elle se présente comme une analyse du tableau clinique.

Quoi qu'il en soit, tous les MKL se munissent d'indicateurs de performance sur les résultats qu'ils se fixent au dispositif adopté et, par là, fournissent leur définition, implicite ou explicite, de ce qu'ils considèrent comme leur compétence, les moyens d'y accéder et ceux d'agir sur elle en agissant sur eux. C'est finalement sur ce point, qui est le moins assuré, que les acteurs, et notamment les promoteurs, sont les plus disert. Ceci peut prendre la forme des objectifs, finalités et autres déclinaisons des représentations anticipatrices de résultats mais aussi celle des modalités d'évaluation qui les instrumentent et, par là, les révèlent.

| | Représentations anticipatrices de résultats | Modalités d'évaluation |
|-----------|--|--|
| A1 | La patiente est engagée dans le soin | La patiente revient, à l'inverse e ce qu'elle annonce Autonomie contrôlée |
| B1 | Disparition de l'état douloureux, critique pour le quotidien | Mise en situation Récupération d'amplitude |

¹⁸ C'est finalement retrouver la définition de la compétence comme convention ou comme mobilisation subjective.

| | | |
|-----------|---|---|
| C2 | Pied bot résorbé | Cotation progressive des angles de courbure des coques |
| D3 | Objectif quantifié d'augmentation de l'amplitude | Mesure régulière notée |
| E5 | Croissance de la mobilité articulaire rachis / épaule | Indicateurs visuels miroir |
| F2 | Soulagement de la douleur | Prise d'information orale debrief |
| G1 | Mobilité de l'épaule vs rachis | Effet antalgique pour la reprise d'actions douloureuses |
| H | | |

Tableau N° 5: résultats attendus et modalités d'évaluation

Enfin, le thérapeute a une compétence essentielle qui consiste à mettre en relation les techniques et leurs effets, en liaison avec ses connaissances scientifiques et ses propres observations, dans le cadre d'une relation interpersonnelle qui peut être chargée émotionnellement.

2.2.4. La conduite des dispositifs de soin

Rien ne transparait explicitement de ces activités spécifiques de conduite de dispositifs pour la simple raison qu'il ne formule pas comme cela. Pourtant, si les traces d'une activité de régulation tant des actions thérapeutiques, que des actions relationnelles, que des actions coopératives, etc. c'est qu'une direction préexiste à ce qui se présente dans le quotidien du cabinet comme un tout indifférencié de pratiques et de réalisations en cours, alors même que la nécessité et l'urgence de soulager et de soigner sont affirmées avec plus de force. Comme ailleurs, il semble que ce soit dans les attributions ordinaires des professionnels d'accorder une considération particulière aux activités qu'ils définissent comme importantes pour le cabinet et son développement. **Un résultat de cette étude est ainsi, de souligner que concevoir un dispositif de soin en rééducation, l'inscrire dans une temporalité longue, et le conduire à son terme est un domaine de compétence jusqu'ici invisible dans l'activité kinésithérapique, mais qui fait partie des activités dans les cabinets. Sans**

doute est-ce là un effet de la définition du problème qui mobilise les syndicats professionnels. Sans doute est-ce aussi une conséquence du fait que ces dispositifs nécessitent toujours une allocation de moyens et une organisation spécifiques et que les praticiens sont toujours interpellés sur l'une comme sur l'autre.

Au fil des monographies, on peut ainsi repérer les 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. Cette articulation est un élément déterminant de la genèse, de la mise en œuvre, de la pertinence, de la fiabilité et de l'efficacité des dispositifs. Sans doute cette fonction relève-t-elle de l'ordinaire du praticien, mais il est notable qu'elle soit assurée selon des modalités de dispositifs aussi variées.

2.2.5. Conclusion

Ainsi, quatre éléments caractérisent les contextes évoqués :

- la construction de l'opportunité du traitement, par définition d'un élément saillant du tableau clinique et pathologique ;
- la définition du protocole à mettre en œuvre à la suite de la réalisation d'un diagnostic spécifique;
- l'intervention de la prescription, ayant fonction d'adjuvant et contribuant à définir ou à formuler un « problème de soin » et à esquisser des perspectives d'action en cohérence avec les finalités dégagées ;
- l'articulation du dispositif de soins aux autres éléments de l'action (relation thérapeutique, gestion notamment)¹⁹.

Les dispositifs se définissent alors moins par le recours à telle ou telle modalité que par le redimensionnement qui est opéré à partir de « modèles de soins ». Cet élément est une constante pour que le dispositif fonctionne effectivement et produise les résultats recherchés. Il met en évidence une succession de **décisions** qu'opère le MKL pour traiter les différentes dimensions de la relation

¹⁹ D'où la thématique de la cohérence et de la pertinence du dispositif dans les discours recueillis et la notion de redimensionnement que l'analyse met en exergue.

thérapeutique avec un(e) patient(e). Il révèle l'adoption de **démarches** d'action, d'information et de réflexion pour conduire son intervention.

2.3. L'intervention kinésithérapique : essai de caractérisation

Finally, 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. Ce qui veut dire :

- que le bénéfice constaté chez le patient n'est pas seulement lié au contexte d'exercice mais aussi à une organisation structurée de l'action, mobilisable ailleurs et autrement ;
- que le praticien a élaboré cette structure comme caractéristique personnelle, dans un ancrage identitaire et cognitif qui en fait un attribut singulier et légitime les reconnaissances dont elle est l'objet par le patient.
- que l'action des patients est objet de celle des praticiens : les mobilisations sont redéfinies par les praticiens selon leurs buts et leurs modalités d'intervention. Les performances sont objet d'attribution de signification pour le couple soignant/soigné et constituent sans doute un des indicateurs les plus importants de la conduite des actions et l'évolution du traitement.

Ainsi, l'organisation de l'action agit sur le soin selon deux voies principales : par les modifications de contexte qu'elle « opère » et par les évolutions du patient qu'elle « permet²⁰ ». Les cas de MKL apportent un éclairage particulier sur ce que l'on désigne par « intervention » : ce n'est pas seulement l'acte thérapeutique

²⁰ C'est à dire qu'elles autorisent et rendent possibles.

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.

Ceci permet de comprendre que l'intervention kinésithérapique tient finalement à trois éléments fondamentaux :

- l'aménagement d'un cadre ;
- des activités proposées dans ce cadre ;
- la ratification des résultats obtenus.

C'est de leur combinaison et de leur dynamique que résultent chacun des dispositifs que l'on vient d'analyser et, plus largement nous semble-t-il, les efforts de qualité des soins dans les cabinets.

2.3.1. L'aménagement du cadre en un dispositif de soin

La notion de cadre provient d'abord de la définition même par les praticiens de l'objet de leur exercice, explicitement présenté par eux comme ayant pour finalité la rééducation, la prévention ou l'éducation par le soin.

La notion de dispositif suppose donc celle de dispositions au sens d'agencements que les praticiens opèrent pour parvenir aux buts définis. Les praticiens « prennent leurs dispositions » mais aussi s'efforcent « d'être dans de bonnes dispositions ». Il se peut, bien sûr, que ces dispositions ne soient pas « suffisamment bonnes²¹ » pour, à la fois, porter le dispositif ou lui accorder le crédit de la rééducation. Pourtant, il semble indispensable de procéder à ces agencements pour que les processus thérapeutiques que l'on recherche puissent avoir lieu. On a analysé ces agencements comme la construction d'un « **écart de cadre** » au sens où toutes les situations révèlent à la fois un fort étayage sur le

²¹ Cette expression vise à rappeler que l'activité kinésithérapique est aussi le cadre de processus psychologiques qui, bien que n'étant pas objet de notre investigation, ne sont pas sans rapports avec les phénomènes abordés (Dejours 1993, Clot 1999).

fonctionnement ordinaire d'une séance, mais aussi une incontournable transformation de celui-ci. Les modalités sont multiples : modifications des espaces et des temps, de la prescription et notamment des exigences du travail, choix des manipulations et mobilisations, des buts, des tempos de l'action...Les variantes relèvent toutes de deux processus :

- ce que nous appelons la *didactisation* de situation de soin au profit du patient et de son engagement ;
- et d'une *institutionnalisation*²² complémentaire au sens d'une proposition des règles communes modifiables par le moyen d'actes pertinents.

Ainsi, moins que la création d'un cadre, moins que la possibilité d'écarts avec la prescription, ce qui est toujours de règle, connu de tous et produit à tout moment des effets, c'est la possibilité **d'écarts réglés par des buts** qui fonde les dispositifs. Ces buts ne sont pas les finalités des dispositifs mais les activités qu'il s'agit de rendre possibles et efficaces en fonction des finalités définies (détendre, pétrir, mobilisations passives, mobilisations actives, analyser les évolutions...).

2.3.2. L'intervention auprès du patient

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.

Agir c'est d'abord, bien sûr, **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

²² Nous pensons notamment ici à la réflexion menée par Jarniou (1987) sur la compréhension du code qui fonde ce pouvoir d'agencement.

thérapeutique qui les projette dans un **espace d'expérience**²³. 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.

Mais faire, ce peut être aussi **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.

O : Pourquoi vous avez changé de position là ? (Le K : est assis lorsqu'il s'occupe du mollet de la personne)

K : Je suis bien comme ça, on m'a appris comme ça

O : Parce que vous étiez sur le mollet aussi tout à l'heure en utilisant le poids du corps ?

K : Oui, mais je n'arrivais pas à aborder le devant. Là, si

O : Là vous expliquez à la P : complètement la logique du soin

K : Oui, mais là, il y a une interaction quand même. On peut pas expliquer en détail en se concentrant sur ces techniques. Mais si on se concentre uniquement sur ces techniques, on passe à l'as le relationnel et c'est pas bon non plus. C'est très bizarre, ça. C'est des compromis tout le temps. C'est pour ça qu'il faut quand même du temps, car le temps de traitement n'est pas si important que ça ... Le temps de toucher n'est pas énorme. Ça fait penser à un match de foot où on voit que ça dure 1h30 et quand on voit qu'un joueur touche la balle 1'40 pendant le match environ. Bon, il est important le joueur, il a fait partie, mais il a touché 1'40 sur 90'. Et là c'est pareil, le traitement il dure un certain temps, mais le toucher, il y en a beaucoup moins.

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

²³ 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.

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 avec c'est enfin **agir ensemble** : on le voit chez F4 où 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.

L'action soignante dans des conditions aménagées, l'action préparée, suivie, contrôlée, l'action comme « mode de connaissance autonome²⁴ » paraît là au fondement de l'intervention. Le praticien pour intervenir sur la situation de soin observe et use des éléments de nature à faciliter ou favoriser son action.

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

²⁴ Selon la formule de Jean Piaget qui, dans ses deux ouvrages de 1974, souligne à la fois cette dimension et ses limites.

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.

Si nous reprenons l'exemple évoqué plus haut concernant la douleur, notons maintenant les différences se manifestant dans la prise d'informations et son usage par un MKL débutant et un MKL confirmé.

- Le début de séance « débutant »

| B | Echange direct | | Actions | | Auto-confrontation | |
|----|---|--|---|--|--|---|
| | MKL | P | MKL | P | Immédiate | Différée |
| 3 | Danser le rock ? | Pas dans la nuit, c'est surtout certains mouvements après, mais...là ça se calme. C'est pas bien hein d'avoir fait l'idiot | | Montre son épaule | Alors là je commence en début de séance... toujours savoir quelles sont les douleurs qu'il y a eu entre les deux séances pour savoir si... il y a eu un progrès au niveau de la douleur et pour savoir si je vais pouvoir tirer dessus : c'est une butée de Latarget.. qui a 3 semaines. Il en est à sa 7 ^{ème} séance et il doit y en avoir 12 ou 15 | |
| 5 | Ben oui la rotation externe on fait comment ? | | Imite le geste du rock, une grande rotation externe avec le bras du patient en soutenant son bras | Tend son bras pour que le kiné s'en empare | Et donc là je mime le mvt. C'est pour voir ce qui a pu être étiré plus qu'autre choses et puis je me suis aperçu que cela allait bien dans le sens de ma rééducation donc c'était pas si mal... et si c'était pas si douloureux que ça, c'est qu'il n'y avait pas de problème. | |
| 10 | Ca va là ? | | Monte et descend le bras du patient à l'horizontale | | Là je lui demande si ça va car il s'est tu et je me dis souvent que quand les patients se taisent c'est qu'ils sont en train de se focaliser sur leurs douleurs | J'ai commencé par une amplitude articulaire qui n'est pas douloureuse et j'ai commencé à le détendre avant d'aller dans l'amplitude la plus douloureuse. |
| 12 | Relâchez bien, ça tire sur le tendon ? | Ca tire... | | | Oui ça tire... je vais essayer de changer de secteur et surtout je vais à mon avis apposer la main pour... bien descendre la tête humérale à chaque fois. Non, non finalement...je vais chercher les points douloureux | Il m'adit que ça tirait dans son épaule, donc je vais rechercher les points douloureux et essayer de comprendre le pourquoi du comment en localisant le tendon qui est douloureux |

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 »...C'est ce que l'on trouve chez le MKL expérimenté dans l'extrait qui suit.

| | Echange direct | | Actions | | Auto-confrontation | |
|---|---------------------------------------|--|---------|---|--------------------|----------|
| | MKL | P | MKL | P | Immédiate | Différée |
| 1 | | Je vais mieux pour ce qui me faisait tant souffrir il y a dix jours, mais tout ça c'est musculaire.. ;ce n'est pas le même mal | | | | |
| 2 | Est-ce que ça vous semble bon signe ? | | | | | |
| 3 | | J'en sais rien parce que s'il y a une chose qui guérit et puis y'en a une autre qui s'amène, ... c'est pas marrant quand même | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|--|------------------------------------|----------------------------------|---|--|
| 4 | Vos possibilités sont meilleures ? | | | | | « Vos possibilités sont meilleures », c'est parce que je voyais qu'elle était négative et comme il y avait eu une plainte positive au départ « je vais mieux », je me suis dit, il va falloir exploiter ça... |
| 5 | | Oui, oui quand même...J'ai moins mal ici, c'est moins inflammé | | Montre son épaule coude au corps | | |
| 6 | Moins mal vous dites ? Quand vous dites moins mal, c'est sur l'épaule ? | Je ne sais pas comment vous appelez ça ? | Retour vers la patiente | | | |
| 7 | Ben oui c'est l'épaule. | | La place devant la table | Regarde son épaule | Cette plainte , c'est la même que le premier jour ; elle se localise au même endroit. C'est à l'épaule.(...) elle me reprochait de ne pas l'avoir prise plus vite car elle avait très mal | |
| 8 | | Je souffrais tellement quand il s'arrachait...je disais toujours mon bras et on me disait « l'épaule ? », non le bras et c'était brûlant | Baisse la table | S'assoit | | Je suis sûr d'avoir remarqué, là au moment où elle disait « je souffrais tellement» elle plaçait son bras d'une certaine manière c'est à dire étendu devant et donc d'obtenir dans une position difficile pour le sous-épineux... Donc du coup d'œil, ça allait mieux donc. Ca m'a un peu orienté par rapport au reste de ce que je vais faire |
| 9 | Je vous monter un petit peu, attendez | C'est là, derrière, donc c'est musculaire ça | Soutient son bras Regarde l'épaule | Patiente se masse | Alors, je fais en sorte se saisir...pour qu'elle commence pas à avoir des mouvements...qui pourraient réveiller la douleur et donc qu'elle se sente prise en main | C'est là derrière.. avec en fait qqc un tout petit peu différent par rapport au départ où « c'est l'épaule ». elle va préciser qqc de moins global, d'où l'impression qu'en effet ça va mieux et que là elle affine qqc de très précis...et ça , ça guide mon geste cas je sais que vais pouvoir lui faire faire plus de choses, parce que selon moi, ce qu'elle montre là c'est trop précis |

- Début de séance expert -

Il s'agit alors de **dire**, moins ce qu'il faut faire (la prescription), que **l'action qui convient** dans telle ou telle situation : énoncer moins des actes que des modèles

d'actes articulés à des considérations les légitimant par rapport à d'autres pratiques.

Ceci est manifeste dans l'extrait ci-dessus où le praticien renforce par le discours et par ses questions certaines modalités d'actions plutôt que d'autres. Il s'appuie sur des localisations de référence pour transposer les réponses de sa patiente en fonction du terrain corporel, de la situation clinique concrète que ses doigts rencontrent.

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 (D), de déroulés d'actions (E), de relevés d'incidents ou d'événements et de compte-rendu (D par les dossiers de soins ...). 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.

2.2.3. La ratification des savoirs professionnels

Il semble, enfin, qu'il faille relever que le dispositif ne fait pas qu'aménager des contextes et prescrire ou proposer des activités. Parce que sa finalité est de cadrer l'intervention kinésithérapique, celle-ci fait l'objet d'une attention

particulière. L'évaluation, telle qu'elle est modélisée par l'ingénierie de la clinique (cf. l'outil *Kin'éval* par exemple) n'est qu'une forme ou une part de cette intervention, qui tient également de l'institutionnalisation des connaissances (Brousseau, 1998) et d'une approbation professionnelle comme si le praticien en garantissait la qualité au patient.

On définit la ratification comme la reconnaissance (qui est toujours manifeste) par laquelle le patient, mais aussi le médecin, considèrent l'action du praticien.

Les effets pour ce dernier portent sur les points suivants :

- valider les gestes choisis comme savoirs, c'est-à-dire confirmer que ce qui a été prodigué et qui est mobilisé à nouveau correspond à l'intention du soin ;
- confirmer que cette reconnaissance individuelle correspond à ce qui était défini contractuellement comme but de l'action, sinon de la prescription ;
- attester d'une valeur professionnelle attribuée à la transformation de soi que le patient rend manifeste après son « passage » en consultation.

Par là, la ratification opère à la fois la reconnaissance interne de la qualité du soin qu'elle souhaite valoriser et légitime le dispositif qu'elle a instauré (comme l'illustre E où deux modalités sont en « rivalité » et où le praticien veut systématiser l'une auquelle il confère légitimité aux dépends de l'autre). Cette fonction légitimante du dispositif apparaît sans doute avec netteté dans la situation A1.

On voit bien là comment la ratification n'est pas seulement une évaluation de l'action mais une double opération orientée d'un côté vers la mobilisation subjective dans les moments de soin et de l'autre vers la cohérence professionnelle à laquelle elle doit apporter sa contribution.

| | Mode de ratification |
|----------|--|
| A | Evaluations en situation de soin |
| B | Validation des soins mobilisées et débattues durant la séance |
| C | transmission de procédure (à la maman) et validation par contrôle de qualité de soin |
| D | Par comparaison des mesures et attestation du dossier de soin |
| E | Par comparaison des mesures et debriefing de fins de séance |
| F | Par médecin prescripteur ou contrôle-assistance par l'associé(e) |
| G | Par appréciation sensorielle, réflexivité sur l'action et son évaluation |
| H | L'action du futur successeur dans le cabinet et par l'intervention de celle-ci. |

Tableau N° 11 : les modes de ratification des soins

2.2.4. Conclusion

Au terme de cette analyse, on peut d'abord rappeler quelques résultats. Les démarches d'intervention kinésithérapique émergent, pour les praticiens, du fait d'éléments multiples parmi lesquels on peut rappeler les actions professionnelles relevant :

- du diagnostic,
- de la prise en charge,
- de l'adaptation du traitement,
- des exigences de gestion
- des caractéristiques des patients, appréhendées de plus en plus fréquemment sous l'angle du vieillissement.

Quelle qu'en soit le déclencheur, l'intervention kinésithérapique est « stratégique » pour le praticien et le développement du cabinet.

L'analyse que l'on vient de développer met ensuite en évidence un modèle de l'élaboration des dispositifs à partir :

- de la définition des éléments potentiellement perturbants pour le praticien et affectant le travail,
- de l'articulation de cette représentation à celle des soins,
- de la définition des principes et finalité des actions à entreprendre.

Cette fonction est essentielle dans la mesure où elle permet de désigner un type de difficulté et une perspective pour le surmonter. Ceci est fréquemment le fait d'une co-élaboration entre les praticiens et les patients permet cette construction du « problème de soin » que le dispositif de soin va, ensuite s'attacher à résoudre.

Ce modèle « déficit-potentialité-probabilité-finalité-modalités-faisabilité » est une illustration d'une ingénierie de l'intervention K qui selon des modalités diverses revient toujours à co-configurer²⁵ le problème que l'on traite et la solution que l'on envisage. Ceci a pour conséquence que les dispositions prises pour intervenir auprès du patient sont rarement définitives et font l'objet de fréquents ajustements en cours de mise en œuvre, ce qui revient à dire que leur souplesse et donc, parfois leur caractère « lacunaire », est plus une force qu'une faiblesse.

Il en va ainsi notamment parce que, quelle que soit la forme d'intervention à laquelle on se réfère, une constante pour établir son efficacité réside dans des opérations de « redimensionnement » du modèle thérapeutique sollicité et conçu, à la réalité de la situation de soin et de son évolution. Un tel redimensionnement vise en fait à ajuster aux partenaires de la relation de soin et aux modalités de celle-ci, les « prédispositions » que le praticien ne manque pas de convoquer pour opérationnaliser son intervention.

Ceci semble d'autant plus indispensable que les dispositifs s'avèrent, selon les cas, d'autant plus pertinents que **l'expérience est un « opérateur » majeur de l'intervention kinésithérapique**. En effet, soit l'expérience professionnelle est considérée comme le cadre le plus propice au développement d'une maîtrise des processus thérapeutiques, en complément d'autres modalités (fiches, manuels,

²⁵ Dans un double sens : en même temps et à plusieurs acteurs (médecin, patient, MKL par exemple).

informations via internet...). Le travail en séance est alors non seulement l'espace où se constatent les résultats de la performance des MKL, mais aussi celui de l'élaboration du soin, de sa transformation, son évolution, son actualisation. Toutefois, ce travail en séance n'est pas seulement alors celui de l'action professionnelle habituelle : il s'en démarque par des « écarts » qui renforcent son potentiel de développement. Il en résulte nécessairement, que tous les dispositifs supposent une transition entre le cadre de travail aménagé, proposé et le cadre de travail imposé dans la situation de production : c'est ainsi dans l'aménagement de cette transition que se joue également l'efficacité des dispositifs. Celle-ci porte bien sur l'ensemble des dimensions du travail, c'est-à-dire non seulement son effectuation selon les exigences de la tâche mais encore sur la dimension identitaire qui y est reliée et sur les reconnaissances dont elle est l'objet.

A ces conditions, du moins tel qu'on puisse en juger dans les cabinets étudiés, l'organisation du processus d'activité favorise le développement des compétences en accompagnement de l'intervention sur le patient, phénomène que l'on désigne usuellement sous le terme de « **professionnalisation** ». Ainsi, de même qu'il y a des modèles de développement continu de la qualité, on peut sans doute relever des modèles de développement continu des soins sous les modalités les plus diverses dont les données réunies ici ont fourni un aperçu.

3ème PARTIE – Orientations pour l'écriture d'un référentiel d'intervention

Rappelons tout d'abord qu'il ne s'agissait pas dans cette étude de créer *ex nihilo*, un nouveau référentiel sur la base de données descriptives de terrain. Le but de l'étude (cf. commande de l'AFREK au CNAM) consistait dans la mise à disposition des données recueillies aux fins de production d'un référentiel.

Toutefois, si les instances de l'AFREK devaient valider ce travail d'étude, un certain nombre d'éléments permettent de cadrer plus avant l'écriture à venir. Rappelons maintenant que plusieurs voies de production de référentiels avaient été envisagées :

- une *voie technique d'analyse systémique et systématique*, sur la base des éléments de connaissances qu'infèrent les observateurs des procédures, des matériels, de l'installation du patient et des procédés adoptés.
- une *voie pratique* sur la base de la parole aux MK, leurs remarques et observations construites dans le travail, validées entre eux, un travail de construction des activités et des compétences peut-être réalisé avec l'assistance des observateurs.
- une *voie théorique* s'appuie sur l'observation que les MK utilisent des concepts pragmatiques pour " lire " et interpréter les phénomènes et perceptions. Au travers des représentations opératoires et évolutives de leurs actions, on identifie les concepts ainsi constitués et les mécanismes de leur formation. C'est la piste de la didactique professionnelle ouverte par Vergnaud (1985) et Pastré (1997).

Ces approches ne sont pas exclusives l'une de l'autre dans l'esprit de leurs concepteurs ou utilisateurs. Néanmoins, à l'observation, on constate que le choix de l'une de ces logiques fixe durablement l'orientation du regard. Quelques postulats nous y invitent :

- La pratique est ici configurée dans le temps par les interactions entre les MK et les processus qu'ils mobilisent, les acteurs (patients, médecins prescripteurs, ...), les significations qui émergent de sa mise en œuvre.
- La qualification de métier s'acquiert en réduisant la dualité travail/pratique.

La réflexion permanente sur la compétence intègre ces composantes en une démarche. La qualification a un cadre, le *métier*, caractérisé par des compétences significatives. Ces compétences s'exercent dans une maille d'analyse : *la situation professionnelle*.

Pour être reconnue, cette compétence peut référer à une unité d'action et de validation : la *séance*. Pour être reconnaissable, elle doit être mise en œuvre dans le temps d'un *cours d'action*. Pour être qualifiée, la compétence est située en rapport à une unité de compte : le *résultat thérapeutique*.

Enfin, intégrés au fonctionnement des organisations professionnelles dont ils sont l'émanation, les référentiels n'en sont pourtant qu'une dimension. D'où leur faible autonomie en moyens, acteurs, coûts, leur contingence aux temporalités et aux résultats. Concrètement cela signifie qu'il est malaisé d'évaluer une pertinence qui est propre à chaque projet de soin.

3.1 Premières conséquences pour le référentiel

Compte tenu des éléments qui précèdent, plusieurs approches organisent les matériaux empiriques recueillis qui peuvent contribuer à bâtir le référentiel. La

qualification technique des activités référencées ne peut seule rendre compte des processus de mise en œuvre de la prestation.

Pour apprécier l'activité de soin, plusieurs dimensions sont prises en compte par les MKL :

- l'activité elle-même 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.
- Ainsi, 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 dynamiques²⁶, au sens que leur donne Cellier (1996). Il s'agit de situations « dans lesquelles l'opérateur de l'activité n'a ni la maîtrise des processus essentiels (ici la satisfaction du client, voire le déroulement adéquat de la prestation) et surtout n'a pas la maîtrise des variables constitutives des processus (ici l'évolution du patient, par ex.).

²⁶ Rappelons que sous le terme de " situations dynamiques²⁶ " Cellier décrit des situations réunissant tout ou partie des caractéristiques énoncées ci-dessous :

- La distance de l'opérateur au processus et l'accès indirect au champ de l'activité;
- La continuité ou non des variables organisatrices de l'activité;
- La dynamique d'évolution des processus;
- La stabilité/instabilité du processus;
- La coexistence de plusieurs dynamiques : le besoin, les moyens, ;

Des cycles de périodes différentes.

3.2. Nos préconisations

Elles concernent notamment :

3.2.1. Une vision du métier

- le MK mène de front deux activités dans le même temps : conduire la séance en enrôlant le patient, et conduire la rééducation (et plus largement le soin) en organisant une stratégie thérapeutique. Comment organise-t-il alors son activité quotidienne ? Cette articulation temps de séance, temps thérapeutique plaide pour une réflexion autour des **démarches suivies ou processus adoptés**.
- La prise en compte du kinésithérapeute comme professionnel partageant avec d'autres certaines caractéristiques, dont
 - la pratique de MK change dans les premières années d'exercice : après un temps d'application et de maîtrise de cette application, il s'agit pour le MK de faire de son savoir une ressource afin par exemple de diagnostiquer les blocages, d'orienter la réflexion pour soigner.
 - l'expression des compétences : de quels moyens se dote-t-on pour vérifier puis mesurer leur mise en oeuvre effective?

3.2.2. La forme d'un référentiel

- cette question technique porte d'une part sur le **choix de la maille** susceptible de rendre compte de l'activité et de structurer le document : situation professionnelle, mode d'apprentissage, résultat à atteindre,
- d'autre part sur les catégories de classement des informations, compte tenu des résultats de l'étude présentés dans les deux premières parties de ce texte.

Conformément aux options évoquées lors du comité de pilotage de mars 2005, nous préconisons 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.

Cette différence peut se visualiser ainsi :

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

Dans cette seconde perspective, le référentiel n'a pas pour but de lister les conditions d'une maîtrise tant des conditions, que de l'exécution du travail. Au contraire, les ajustements, les redimensionnements opérés par les praticiens supposent avant tout la mobilisation des savoirs idoines, des connaissances permettant d'interpréter les indices de ce qui fait ressource dans la situation pour conduire la thérapeutique. C'est cet ensemble que la notion de dispositif veut traduire.

| | |
|--|--|
| Modalités : Information Expression Maîtrise du contenu Maîtrise des méthodes | 2^{ème} axe d'analyse Savoirs de base Connaissances associées Attitudes et comportements |
|--|--|

Nous proposons ci-après une première formalisation de référentiel qui ne concerne que le premier axe d'analyse de la démarche référentielle.

SITUATIONS / COMPETENCES des MASSEURS KINESITHERAPEUTES

1. Objectif général de la MISSION :

Dans le cadre des fonctions attribuées par les lois et règlements fixant l'exercice de masso-kinésithérapie doit, au sein des cabinets libéraux, et en collaboration étroite avec les médecins et professionnels de santé du secteur rechercher :

- L'adéquation des conditions de traitement au « terrain » clinique et aux résultats des évaluations pratiquées → Usage de la prescription
- la garantie des exigences liées à la conformité des décisions thérapeutiques → Qualité des protocoles, techniques et procédures mobilisées
- la mise à disposition des moyens permettant de répondre à l'activité → Administration et gestion du cabinet

Le masseur kinésithérapeute doit avoir les compétences nécessaires pour assurer au sein du collectif de SOIN qu'il forme avec le médecin, la responsabilité de la réalisation de l'activité « rééducation » (cf. rapport Matillon et référentiel d'emploi Barth).

2 Par son expertise propre et par le sens de la communication thérapeutique, il contribue à la performance individuelle de rééducation, de compensation, du patient et participe à la recherche d'efficacité des politiques de santé publique, notamment en terme de prévention.

3.3 Profil de compétences du MKL

1. Situer sa responsabilité
2. S'approprier une problématique de patient et ses objectifs
3. Analyses clinique, thérapeutique de la situation
4. Elaborer un plan d'action
5. Mettre en œuvre le plan d'action au profit du patient
6. Ajuster le plan d'action en fonction des événements
7. Evaluer l'action
8. Contribuer à l'amélioration

Compétence 1 - SITUER SA RESPONSABILITE

| Eléments de la situation | DEMARCHE | DECISION | Indicateurs relationnels |
|--|--|---|--|
| <p>1.1 Un cabinet ou un service. Une action à domicile. Des services ou secteurs d'appui à la réalisation .</p> | <p>Identifier les caractéristiques du cabinet et de ses orientations dans le cadre de ses activités</p> | <p>La prise en compte dans chacune de ses actions des caractéristiques économiques, humaines et personnelles du patient ainsi que la charge du cabinet.</p> | <p><i>Je connais le cadre général dans lequel je vais travailler. J'intègre les contraintes de mon environnement.</i></p> |
| <p>1.2 Un posture de relation client/ thérapeute.</p> | <p>Situer sa fonction dans le cadre des objectifs du soin, du service attendu du cabinet et de l'environnement du patient.</p> | <p>L'appréciation de la mise en oeuvre de sa responsabilité. Le positionnement de sa fonction par rapport aux médecins.</p> | <p><i>J'évalue la cohérence de ma posture attributions DE / fonction. Je réponds aux questions concernant les durées, les traitements, leur rapport avec mobilisations effectuées.</i></p> |
| <p>1.3 La définition de la mission, (on entend ici aussi bien la mission ouvertes par le DE que les délégations ponctuelles confiées par le médecin dans le cadre d'un réseau de soin).</p> | <p>Exprimer, en tant que de besoin, sa perception de la situation clinique du patient.</p> | <p>L'expression de ses propres analyses en diverses situations et leur argumentation.</p> | <p><i>Je prends des RV en fonction des activités à réaliser avec le patient et de ses contraintes J'argumente ma position.</i></p> |

| Compétence 2. S'APPROPRIER UNE PRESCRIPTION ET SES OBJECTIFS | | | |
|--|---|--|--|
| Éléments de la situation | DEMARCHE | DECISIONS | Indicateurs relationnels |
| <p>2.1 Une prescription, un patient avec un déficit.</p> | <p>Identifier les objectifs de l'activité confiée en relation avec les objectifs plus généraux du soin.</p> | <p>Expliciter des éléments de cohérence entre les objectifs de l'activité de soin et des résultats attendus.</p> | <p><i>J'explicite ma mission par rapport au contexte du cabinet et à l'activité globale de continuité du soin.</i></p> |
| <p>2.2 Déclinée en tâches codifiées (mesure, évaluation, etc.) par le masseur kinésithérapeute en relation avec ses objectifs.</p> | <p>Construire et mettre en forme les objectifs retenus propres à l'activité.</p> | <p>La rédaction explicitée des objectifs et la justification des priorités retenues.</p> | <p><i>Je trie et construis en fonction d'un faisceau d'informations, les conditions de mise en oeuvre des objectifs.</i></p> |
| <p>2.3 Des objectifs hiérarchisés, chiffrés, argumentés: *dans la durée (court, moyen ou long terme) * explicites (dans leurs aspects cliniques, thérapeutiques, psycho sociaux et organisationnels). Des informations rendues disponibles (dossiers de soin, bilans,...)</p> | <p>Communiquer, partager, transmettre et transférer ces objectifs.</p> | <p>L'information des personnes concernées.</p> <p>L'identification des points d'adhésions et de divergences.</p> <p>La prise en compte des réactions pour propositions d'éventuels aménagements des objectifs.</p> | <p><i>Je prends en compte les réactions des autres à l'expression des objectifs.</i> <i>J'associe les patients à ma réflexion.</i></p> |
| <p>2.4 Une assistance réclamée et une performance attendue (interne ou externe).</p> | <p>Valider sa perception de la tâche à réaliser.</p> | <p>La justification de la pertinence des objectifs de l'activité par rapport au contexte clinique, aux conditions de mise en oeuvre, aux réactions du patient.</p> | <p><i>J'écris les objectifs et résultats de mon action et les valide dans le contact au patient.</i></p> |

Compétence n°3 - ANALYSE d'UNE SITUATION

| Eléments de la situation | DEMARCHE | DECISIONS | Indicateurs relationnels |
|--|---|---|--|
| <p>3.1 Un patient avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une prescription, un dossier • une histoire, un « terrain » • objectifs de rééducation • ses attentes • ses caractéristiques psycho-sociales | <p>Identifier la situation clinique en relation avec la prescription</p> | <p>Recensement méthodique des informations en relation avec l'objet annoncé. Décrire et garder la trace. Prise en compte des expériences antérieures.</p> | <p><i>Je recense l'information. Je recueille les données. Je prends en compte l'historique.</i></p> |
| <p>3.2 Une batterie de techniques et protocoles avec leurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • objectifs • méthodes • procédures • ressources. | <p>Analyser les facteurs évolutifs et les contraintes spécifiques</p> | <p>La hiérarchisation des différents facteurs. L'explicitation des choix.</p> | <p><i>Je justifie les priorités.</i></p> |
| <p>3.3 Les informations (sécurité, conditions de travail, qualité, gestion, organisation...) disponibles par l'entremise du patient</p> | <p>Apprécier l'ensemble des enjeux techniques, personnels, familiaux et sociaux en lien avec les exigences du soin.</p> | <p>La détermination si possible chiffrée des progrès ou des résultats possibles dans les domaines de mobilité, d'amplitude articulaire, etc.</p> | <p><i>J'évalue les perspectives d'évolution et les points délicats.</i></p> |
| <p>3.4 Des historiques de traitement de dossiers. Des retours d'expériences.</p> | <p>Evaluer les risques de dérives, ou non-conformité du soin.</p> | <p>L'évaluation pour toutes les hypothèses au niveau des dérives éventuelles.</p> | <p><i>J'évalue le risque thérapeutique J'évalue ma compétence technique au regard du soin à prodiguer.</i></p> |

Compétence 4 : ELABORER UN PLAN D'ACTION

| Eléments de la situation | DEMARCHE | DECISIONS | Indicateurs relationnels |
|---|--|---|---|
| <p>4.1 L'ensemble des références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - fonctionnelles - anatomiques - physiologiques - hygiène - conditions de travail | <p>Repérer les contraintes et conditions préalables à chaque phase, à chaque action du domaine thérapeutique,</p> | <p>Etablir un « cahier des charges ». Se formuler les actions nécessaires. Choix des techniques</p> | <p><i>J'établis un plan de soin et j'envisage les conditions de mon intervention</i></p> |
| <p>4.2 Les manifestations physiologiques ou pathologiques et les connaissances relatives à ces manifestations .</p> | <p>Ordonner ces actions en plan d'actions. Prévoir des scénarios de réserve.</p> | <p>Estimer mon plan dans le temps et justifier des priorités d'actions. Choisir des indicateurs d'avancement en relation avec l'objectif.</p> | <p><i>J'établis un planning ; je prévois le scénario «habituel» et le scénario optimal.</i></p> |
| <p>4.3 Les procédures cliniques, techniques, thérapeutiques, méthodologiques,...</p> | <p>Confronter son plan d'action aux avis des pairs ou professionnels de santé de son environnement et l'aménager en conséquence.</p> | <p>L'explicitation du plan d'action en regard des avis recueillis et des aménagements effectués.</p> | <p><i>Je prolonge ma réflexion par la confrontation aux autres.</i></p> |
| <p>4.4 Les savoirs formels de référence.</p> | <p>Valider le plan d'actions.</p> | <p>Mettre en oeuvre et ajuster mon plan d'actions.</p> | <p><i>Je vérifie la validité de mon hypothèse.</i></p> |

Compétence 5 : METTRE EN ŒUVRE UNE DEMARCHE THERAPEUTIQUE

| Eléments de la situation | DEMARCHES | DECISIONS | Indicateurs relationnels |
|--|---|--|---|
| <p>5.1 La base actualisée du BDK</p> | <p>Engager une voie et un mode d'approche thérapeutique de la région Se faire expliciter le bénéfice attendu</p> | <p>S'assurer de la « disponibilité » du patient, de son adhésion au projet... Evaluer les moyens mobilisables.</p> | <p><i>J'identifie les dispositions du patient.</i></p> |
| <p>5.2 Un environnement défini en terme de: * Moyens matériels : US, cryogénie * Protocoles et procédures * Connaissances de l'approche clinique de la région</p> | <p>Organiser la complémentarité des compétences et des moyens.</p> | <p>Pré-répartir le temps de séance entre les « moments thérapeutiques » : détente, mobilisations. Envisager les manipulations nécessaires.</p> | <p><i>Je choisis les moyens et les compétences disponibles. J'élabore l'information et la formulation nécessaires.</i></p> |
| <p>5.3 Les références de l'action *les traitements proches exécutés région/patho/patient *l'expérience clinique *les « bonnes pratiques » HAS</p> | <p>Investigation clinique Questionnement du patient Réflexion praxéologique Coordination de l'enchaînement</p> | <p>Communiquer ou non sur les gestes pratiqués. Vérifier la compréhension des injonctions. S'assurer de l'engagement du patient Renouveler l'enquête pour suivre la mise en oeuvre. Définir et garder trace d'indicateurs pour soi</p> | <p><i>Je contrôle l'évolution de l'action. Je partage l'exploitation des indicateurs avec les personnes concernées (patient ou ses proches, médecin,...).</i></p> |
| <p>5.4 Les évolutions constatées entre les séances Les évolutions constatées en cours de séance Les prises de parole du patient</p> | <p>Contrôler la conformité de l'action. Prendre en compte des paramètres de l'environnement. Intégrer l'ajustement de son action.</p> | <p>Suivre plus spécifiquement tel ou tel indicateur. Evaluer la pertinence d'un indicateur. Analyser l'écart entre le réel et le souhaitable (cf. objectif).</p> | <p><i>Je mesure l'avancement par rapport aux objectifs. Je prélève des indices dans le discours du patient</i></p> |

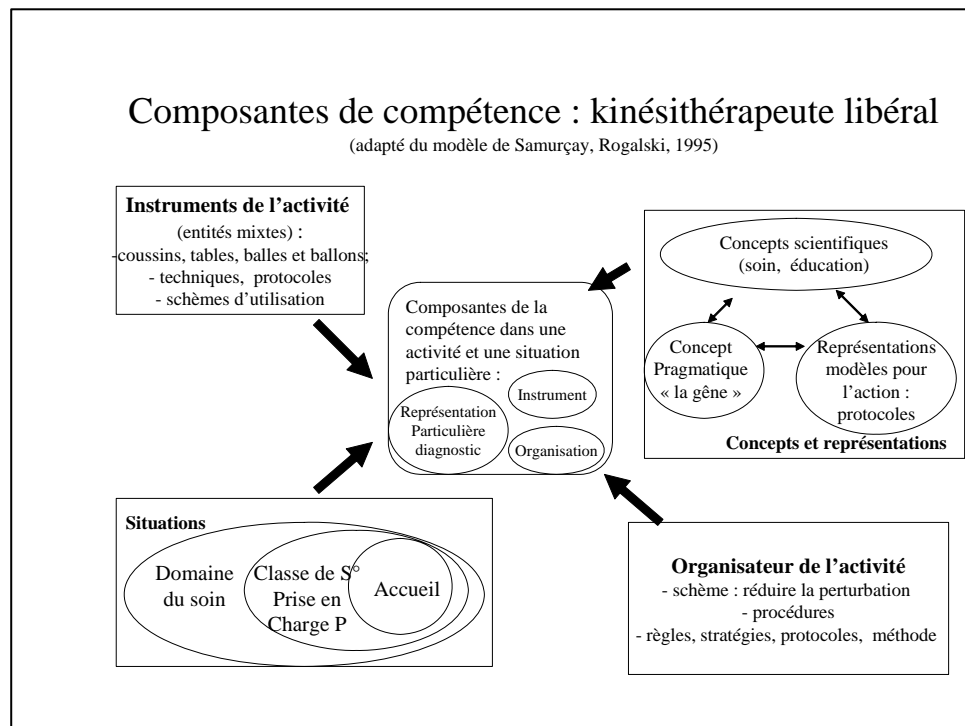
| Compétence 6 : AJUSTER et S'AJUSTER en fonction des événements | | | |
|---|---|--|---|
| Eléments de la situation | DEMARCHE | DECISIONS | Indicateurs relationnels |
| <p>6.1 Un état prévisible, « normal » (ex : traitements courants, patients engagé, etc.)</p> | <p>Etablir des relations entre les retours du patient et les éléments capitalisés « en tête » ou dans le dossier Réviser l'ordonnancement du soin en cours de déroulement</p> | <p>Etablir rapidement les conditions favorables à l'atteinte des objectifs concernant :- la disponibilité du patient, - le fonctionnement du soin,</p> | <p><i>Je trie les informations. Je décide des priorités. J'émet des hypothèses de modification du plan de travail et ses conséquences</i></p> |
| <p>6.2 Des écarts par rapport à l'état attendu</p> | <p>Rechercher les ajustements nécessaires et possibles au bon déroulement de l'action.</p> | <p>- Expliciter l'ajustement en relation au plan de soin élaboré et ses objectifs initiaux. Estimer les priorités de son intervention prenant en compte l'urgence, l'importance des problèmes et des contingences liées à leur résolution.</p> | <p><i>Je guide le retour à la récupération de la situation (mobilité, amplitude, ...) antérieure et/ou normale</i></p> |
| <p>6.3 Un état inattendu : changement d'état et/ ou dysfonctionnements du traitement</p> | <p>Mobiliser des procédures éprouvées Analyser et rechercher les actions thérapeutiques faisables</p> | <p>Agir pour la sauvegarde du patient Assurer la sécurité des autres patients, du matériel et des produits. Associer les patients ou les proches</p> | <p><i>Je prends les décisions raisonnables (ex. - de recherche des bénéfices acquis; - dans le délai idoine, etc.)</i></p> |
| <p>6.4 Des situations exceptionnelles</p> | <p>Diriger l'action en cas de prise en charge inhabituelle (ex : psychiatrique). Identifier sa maîtrise de la situation Analyser à posteriori la situation.</p> | | <p><i>Je prend en compte ou non l'attente de prise en charge du patient Je considère à froid ce qui est à réaliser en urgence</i></p> |

| Compétence 7 - EVALUER L'ACTION | | | |
|---|---|---|--|
| Eléments de la situation | DEMARCHE | DECISIONS | Indicateurs relationnels |
| <p>7.1 Le cahier des charges de la prescription</p> | <p>L'établissement de la liste des objectifs atteints, partiellement atteints et non atteints. La prise en compte de toutes les observations et leur classement suivant les diverses actions entreprises.</p> | <p>Vérifier l'atteinte des objectifs. Evaluer sa propre démarche</p> | <p><i>Je mesure le résultat sur le patient. Je récapitule mes observations Je mesure le résultat sur ma pratique. Je prends en compte l'ensemble des observations indexées</i></p> |
| <p>7.2 Le cahier des charges de l'activité que j'ai élaboré initialement Des indicateurs accessibles</p> | <p>L'explicitation des écarts entre résultats et objectifs et l'analyse de la cause de ces écarts en intégrant les observations précédentes (6.1).</p> | <p>Analyser les divers résultats.</p> | <p><i>Je procède à une analyse la plus large possible au regard des méthodes, protocoles, « bonnes pratiques »</i></p> |
| <p>7.3 Des historiques de traitement sur la base des dossiers renseignés.</p> | <p>Le renseignement des historiques de traitement de dossier. La constitution d'un bilan de mes pratiques dans un domaine donné. L'échange professionnel et la prise en compte des réactions à ce bilan.</p> | <p>Structurer mes évaluations. Elaborer et présenter un bilan</p> | <p><i>Je renseigne les historiques. Je partage le bilan avec le patient, le médecin prescripteur, avec des pairs.</i></p> |
| <p>7.4 Des retours d'expériences</p> | <p>La proposition de modifications du cahier des charges ou la proposition d'une autre manière de traiter en tenant compte de la capitalisation des résultats obtenus.</p> | <p>Formuler d'autres hypothèses d'actions en fonction des résultats obtenus et des expériences vécues..</p> | <p><i>J'intègre d'éventuelles actions de progrès pour les traitements ultérieurs. Je tire les enseignements de mon expérience d'application de pratiques de soin.</i></p> |

| Compétence : CONTRIBUER à faire PROGRESSER ma PRATIQUE | | | |
|---|---|---|--|
| Eléments de la situation | DEMARCHES | DECISIONS | Indicateurs relationnels |
| <p>8.1 Un cabinet, un exercice particulier (ex : maison de repos, retraite, etc.). Les critères de suivi des patients: continuité, sécurité, qualité, progrès, coûts,...</p> | <p>Démarche de progrès menée pour améliorer la qualité du service rendu au plan économique, organisationnel, technique.</p> | <p>Cibler des actions correctives de points d'insatisfaction (ex : la gestion des RV). Anticiper les insatisfactions (ex : je en suis pas spécialiste du drainage lymphatique).</p> | <p><i>Je recherche systématiquement les progrès</i> <i>Je favorise la formulation d'avis, d'opinions, de suggestions, ...</i></p> |
| <p>8.2 Des dispositions et compétences personnelles, une position de prestataire ou de quasi monopole, de soignant (patients) ou de fournisseur (clients).</p> | <p>Participation effective des différents partenaires (patients, médecins,...) de la démarche de soin à la qualité de celui-ci.</p> | <p>Favoriser l'implication des patients et de mes partenaires professionnels de soin du secteur dans une dynamique de progrès</p> | <p><i>Prise en compte de l'expérience des patients</i> <i>Résistance à la formulation du diagnostic médical initial</i> <i>J'obtiens l'adhésion de mes partenaires (patients, médecins, collègues, cotraitants...) à mes suggestions</i></p> |
| <p>8.3 Les critères techniques de gestion du cabinet et donc de performance. Les procédures de gestion des soins Les procédures de gestion du cabinet</p> | <p>Faire évoluer mes compétences et mon organisation de travail. L'implication dans les démarches de formation et d'évolution des compétences</p> | <p>Comptabiliser mon engagement dans le soin et adapter mon action Participer en tant que ressource aux différentes actions menées dans les formations initiale et continue du métier</p> | <p><i>J'accueille, j'informe et je forme des stagiaires dans le but d'une élévation permanente des compétences de métier.</i></p> |

3.4 La compétence comme structure (Notice théorique)

De Montmollin définissait les compétences de la façon suivante : « ensemble stabilisé de savoir, de savoir-faire, de conduites types, de procédures standards, de types de raisonnements que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissage nouveau » (1984, in Leplat & de Montmollin, 2001). Cette approche a l'avantage de ne pas réduire les compétences aux connaissances ou savoirs des MK. Plus récente, la définition de Samurçay et al. (1999) cherche à spécifier ces différents aspects (savoir, savoir-faire, etc.) et inclue la compétences pour agir au sein des collectifs : « les compétences individuelles et collectives sont un ensemble organisé de représentations (conceptuelles, sociales, organisationnelles, expérientielles), d'organiseurs de l'activité (schèmes, procédures, raisonnements, prise de décision, coopération), intégrant l'usage des instruments (Samurçay et al., 1999). Plusieurs dimensions qui structurent les compétences sont ainsi précisées ; nous nous cantonnerons aux compétences individuelles : représentations, connaissances, concepts ; organisateurs de l'activité ; usage des instruments.



A/ Représentations, connaissances, concepts.

Les représentations

Les représentations auxquelles nous nous intéressons sont des représentations pour l'action (Weill-Fassina et al., 1993). Elles sont issues de l'expérience de l'opérateur, de sa formation et de l'action en situation. Elles sont la caractéristique d'un sujet finalisé qui structure, réorganise ses connaissances, ses savoir-faire (Weill-Fassina et al., op. cit.). Leur rôle est de conceptualiser le réel dans un but d'action, de transformation... (Vergnaud, 1985 ; 1991). Elles sont des représentations fonctionnelles qui ont pour caractéristiques d'être lacunaires, schématiques — elles ne retiennent du réel que ce qui est pertinent pour l'action (Ochanine, 1978 ; Leplat, 1985).

Avec le développement de l'expérience, le champ couvert par les représentations est étendu. La prise de conscience se développe, permettant de passer de la réussite à la compréhension des raisons de cette réussite. Elles permettent de mieux anticiper l'évolution de la situation, les effets d'une action.

Les connaissances et les concepts

Les connaissances sont ici définies comme des connaissances opérationnelles (Rogalski, 1995) ie comme un ensemble des connaissances conceptuelles (scientifiques, techniques, pragmatiques), des types de situations, des classes de situations. Auxquelles il faut rajouter des connaissances pour travailler au sein de collectifs, des connaissances sur les processus de travail – comme par exemple la connaissance d'une procédure de soin, etc.. Nous considérons qu'elles concernent aussi des règles de métier (Cru, 1995) et des connaissances sur ses propres compétences.

* **Les connaissances opérationnelles** intègrent des concepts scientifiques, techniques ou pragmatiques. Par « concept », Vergnaud (1997, p. 145) entend un triplet, constitué de :

- l'ensemble des situations qui donnent du sens au concept (la référence).
- l'ensemble des invariants sur lesquels repose l'opérationalité des schèmes (le signifié).
- l'ensemble des formes langagières et non langagières qui permettent de représenter symboliquement le concept, ses propriétés, les situations et les procédures de traitement (le signifiant).

Partant de cette définition du concept, cet auteur précise comment un individu s'approprie des concepts techniques ou scientifiques. Il considère qu'un concept ne prend du sens que dans les situations et les problèmes où ils est mis en jeu : **il s'agit d'une élaboration des concepts dans l'action**. Deux notions en sont tirées définies :

- Les théorèmes -en-acte sont des invariants opératoires de type propositionnel que le sujet tient pour vrais. Ils expriment une propriété d'un concept ou des relations.
- Les concepts mis en œuvre au quotidien sont très rarement explicités par les élèves. Ce sont des concepts-en-acte. Ils sont des fonctions

prépositionnelles et, dans ces termes, ils sont dans une relation dialectique avec les propositions : l'un n'existe pas sans l'autre. Ainsi, concepts-en-acte et théorèmes-en-acte se construisent en étroite interaction.

Dans les termes de Vergnaud, il s'agit d'**invariants opératoires** qui s'expriment dans l'action²⁷.

Les concepts pragmatiques désignent ainsi des invariants conceptuels pertinents pour traiter des classes de situations. Ils s'appuient sur les variables essentielles du système (à contrôler, conduire, transformer, etc.). Ils peuvent comporter deux éléments (Pastré, 1999, p. 19):

- *Des variables observables, ou mesurables* : concernant la conduite d'une presse à injecter et le concept pragmatique de bourrage, « c'est le mouvement présent ou absent de la partie mobile de la machine, au début de la phase statique, au moment où le moule est théoriquement rempli ».
- *Une dimension abstraite du concept* : pour le même exemple, c'est « l'état d'équilibre ou de déséquilibre entre deux pressions », qui doit être inféré par les opérateurs.

Les concepts pragmatiques occupent une place centrale dans le réseau des variables du système. Ainsi, quand on établit les relations de causalité, ces concepts sont au cœur du graphe. Si les concepts pragmatiques peuvent être connus de professionnels peu expérimentés, le réseau de relations construit ne permet que le diagnostic de certaines situations. Chez de plus expérimentés, le réseau est plus étendu et le diagnostic devient plus précis. Les concepts pragmatiques permettent de traiter des situations connues mais aussi des situations plus complexes et des situations nouvelles pour l'opérateur.

Les concepts pragmatiques fonctionnent comme des invariants opératoires, tels que définis par Vergnaud peuvent être rapprochés des concepts-en-acte. Toutefois,

²⁷ Boucheix (2003) en donne un exemple à propos de la conduite de grue : la manipulation de charges au bout d'une flèche de plusieurs mètres mobilise dans l'action des notions relatives à l'équilibre des masses et des distances. L'opérateur, « dans l'action, sait se servir du concept de centre de gravité ».

contrairement à ces derniers, les concepts pragmatiques sont verbalisables par les sujets : ils peuvent être montrés (notamment en désignant les variables observables), transmis au sein d'une communauté professionnelle, et ils ne sont pas toujours issus de concepts techniques ou scientifiques. Il ne s'agit pas d'une approche épistémique du réel, mais avant tout pragmatique, c'est-à-dire orientée par l'action efficace en situation et la réalisation de la tâche.

Situations et classes de situations

L'ergonomie ou encore la didactique professionnelle (Pastré, 1999 ; Mayen, 1999) ont montré l'étroite relation entre les compétences d'un individu et les caractéristiques des situations auxquelles il est confronté. Ainsi, on peut dire avec Mayen (op. cit.) que toutes les situations de travail ne sont pas des « situations potentielles de développement ».

Rogalski (1995) intègre les connaissances sur les situations et les classes de situations aux connaissances opérationnelles de l'opérateur. Samurçay et Rabardel (à paraître, 2005) postulent l'existence de deux processus non exclusifs de constitution des classes de situations par le sujet avec l'acquisition de l'expérience :

- Le premier conduit à construire des classes de situations à partir des connaissances qui portent sur les objets : leurs propriétés, leurs relations, les traitements que l'on peut réaliser sur ces objets, etc.
- Le second processus conduit à construire des classes de situations en se fondant sur les invariants de l'action, invariants construits ou observés.

Par exemple les MK différencient deux classes de situations : 1) les situations dans lesquelles la douleur du patient est première (invariant de l'action : soulager) ; 2) les situations dans lesquelles la douleur est seconde (invariant de l'action : sélectionner les mobilisations).

Au cours de son parcours professionnel, le MK acquiert des connaissances lui permettant d'étendre et d'affiner ces classes de situations.

Les organisateurs de l'activité

Nous considérons qu'il s'agit d'un *répertoire organisé d'actions pour une classe de situations*. Il s'agit par exemple des schèmes : organisation invariante de la conduite pour une classe de situation, mais aussi de règles, de procédures invariantes pour une classe de situations. Il peut s'agir de méthodes qui organisent l'activité en assurant une démarche systématique de recherche de solution. Elles sont des outils particulièrement efficaces quand il n'existe pas une solution unique mais des solutions optimales.

Les organisateurs de l'activité peuvent être élaborés par les opérateurs eux-mêmes ou être inscrits dans l'histoire d'une communauté professionnelle, d'une collectivité, comme le sont en général les méthodes. Dans ce second cas, objet externe pour les acteurs, règles, procédures ou méthodes doivent être intériorisées pour devenir de véritables organisateurs de l'activité.

L'usage des instruments

Les instruments sont ici considérés comme des entités mixtes, c'est-à-dire composés des schèmes d'utilisation du sujet et d'un artefact (Rabardel, 1995). Celui-ci peut être un objet technique ou un objet non matériel, telles les protocoles de soin.

Les schèmes d'utilisation sont composés de deux sortes de schèmes : les schèmes d'usage et les schèmes d'action instrumentée. Rabardel (1995, pp. 113-114) définit les schèmes d'usage comme relatifs aux tâches « secondes » : « gestion des caractéristiques et propriétés particulières de l'artefact ». Les schèmes d'action instrumentée relèvent des tâches « premières » : ils sont un moyen d'action tourné vers l'objet de l'activité. Ils incorporent les schèmes d'usage et constituent une

totalité « *dont la signification est donnée par l'acte global ayant pour but d'opérer des transformations sur l'objet de l'activité* ».

La constitution de ses instruments par le sujet relève d'un processus de genèse instrumentale qui concerne aussi bien l'artefact — instrumentalisation — que le sujet — instrumentation. Ces deux dimensions sont, à la fois, conjointes et distinctes. Rabardel considère en effet que « l'un d'eux peut être plus développé, dominant, voire le seul mis en œuvre ».

- L'instrumentalisation est un processus de découverte des propriétés et d'attribution de nouvelles fonctions à ce qui devient alors un outil.
- L'instrumentation concerne l'évolution des schèmes du sujet : accommodation des schèmes de l'opérateur — les schèmes changent de signification —, assimilation d'un nouvel artefact aux schèmes — l'artefact acquiert une nouvelle signification

CONCLUSION

Récapitulons les principaux constats de cette étude exploratoire.

Le constat massif qui est produit est que par delà le partage de connaissances scientifiques et professionnelles communes, chaque praticien, à chaque patient reconfigure ses savoirs et ses connaissances de façon toujours originale dans l'intention son action thérapeutique.

Un second constat est que la répétition, dans la durée, touche les kinésithérapeutes. Si chaque séance est autonome dans le continuum du soin, les phases, le cadencement et certaines procédures sont répétées à l'envie. Pour autant, cette répétition participe de l'activité de conception que nous avons relevée ci-dessus. Une part largement implicite du praticien est par exemple de prendre ses repères dans la situation de soin, de développer des stratégies de recherche d'indices, d'approches du point douloureux, etc.

Un troisième constat est les opérations que suppose les points précédents ne peuvent se dérouler sans un redimensionnement du cadre d'action familial du praticien. Les procédures afférentes au drainage lymphatique sont connues et respectées, mais sont ajustées en fonction de la pathologie dominante des patients, de la concomitance avec d'autres traitements. C'est le redimensionnement.

Pour s'ajuster dans une relation de soin, il est nécessaire, quatrième constat de communiquer avec le patient en variant la palette de registres. La part langagière dans l'activité kinésithérapique est partie intégrante de l'action. Questionner le patient en co-relation avec une investigation manuelle est une compétence critique permettant de cibler la thérapeutique à adopter.

Cinquième constat, les compétences que nous venons d'évoquer, sont le plus souvent incorporées et donc difficilement transmissibles. Leur détention singularise à nos yeux l'intervention kinésithérapique au regard d'autres professions para-médicales.

C'est en effet la durée de présence auprès du patient qui permet le développement de stratégies raffinées d'accueil, de prise, de traitement et d'évaluation des patients.

Sixième constat, le panel des savoirs mobilisés en situation de séance de soin est large : les savoirs scientifiques sont souvent mobilisés conjointement à des savoirs professionnels d'une part. D'autre part, l'action des MKL est souvent polyfonctionnelle, éducative, rééducatrice, thérapeutique, etc. alors même que l'action observable semble très similaire. C'est pourquoi nous pensons que l'action est première pour qui veut connaître ces savoirs mobilisés.

Septième constat, les MKL observés développent peu l'évaluation de leurs pratiques. Tout se passe comme si de la satisfaction énoncée du patient s'inférait la performance du praticien. L'abord par la structure des compétences - représentations et connaissances opérationnelles, organisateurs de l'activité et les instruments des opérateurs - nous semblent de bon augure pour opérer des diagnostics de compétences non sous l'angle du repérage de manques que de développement des compétences pour intervenir auprès des patients.

L'ensemble de ces points participent de ce que nous avons désigné comme intervention kinésithérapique.

Il faut néanmoins rappeler que les éléments produits ici ne prétendent pas représenter toute la kinésithérapie. D'abord, les MK salariés exercent dans des conditions radicalement différentes, dans les hôpitaux et institutions. Ensuite la modestie de notre échantillon et la procédure de recueil « politique » retenue dans notre étude favorise une dispersion des MKL ; cela relativise donc les constats posés dans ce rapport.

Les précautions prises ici ne retirent rien à l'image d'un métier ayant des démarches propres, conduisant à des prises de décisions et exigeant un rapport serré aux données des situations de soin (dont fait partie le patient) et aux données de l'environnement.

BIBLIOGRAPHIE

- Audric, S. *Honoraires et revenus des professions de santé en milieu rural ou urbain*. ETUDES ET RESULTATS, 2003/08. Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.).xiDirection de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris.
- Barbier J-M (1999) Sémantique de l'action et sémantique d'intelligibilité des actions, in Maggi, B (dir.) *Manières de penser, manières d'agir*. Paris, PUF.
- Barbier J-M (1994).- *Evaluation de projets d'action et planification*.- Paris, PUF.
- Barbier J-M.(dir.) (1996). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris, PUF, 305p.
- Barbier J-M ; Galatatu O.- (2004).- Savoirs, capacités, compétences : organisation des champs conceptuels. in : Barbier J-M ; Galatatu O. (dir.). *L'énonciation des savoirs d'action : une mise en mots des compétences*. Paris, L'harmattan, pp. 31-79.
- Bardin L.- (1984).- *L'analyse de contenu*.- Paris, PUF.
- Beaud S, Pialoux M. (2004). *Retour sur la condition ouvrière*. Paris, Fayard 10/18 480 p.
- Berger P. Luckman T.- (1986).- *La construction sociale de la réalité*.- Paris, Méridiens Klincksieck, 288 p.
- Boutet J.- (2001).- Les mots du travail in Borzeix A; Fraenkel B. *Langage et travail. Communication, cognition, action*. Paris, CNRS éditions,
- Bourdieu P.- (1972).- *Esquisse d'une théorie de la pratique*.- Genève, Droz, 269 p.
- Bourdieu P. (1993). Comprendre. In *La misère du monde*. Paris, Seuil, pp 903-939.
- Brousseau G.- (1998).- *Théorie des situations didactiques*.- Grenoble, la pensée sauvage.
- Clot Y. (1995).- *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*.- Paris, La Découverte.
- Clot Y.- (1999).- *La fonction psychologique du travail*.- Paris, PUF, 243 p.
- Clot, Y. (2001). Le geste est-il transmissible ? In *Comment apprend-t-on ? Cité des sciences et de l'Industrie*.
- Darrine, S. *Les masseurs-kinésithérapeutes en France. Situation en 2002 et projections à l'horizon 2020*. ETUDES ET RESULTATS2003/06, Ministère de la Solidarité - de la Santé

et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris.

Dejours C.- (1993) *Travail : usure mentale : essai de psychopathologie du travail.*- Paris, Bayard, 265 p.

Delbos G. Jorion P. (1984).- *L'invention des savoirs.*- Paris, Editions de la Maison des sciences de l'homme, 310 p.

Dubar C. (2000). *La socialisation. La construction de identités sociales et professionnelles.* Paris, A. Colin, troisième édition, 288 p.

Dubar C. Demazière D.- (1998).- *Analyser les entretiens biographiques.* Paris, Nathan.

Froissart-Monet, M-T. (2003). *Activité de soin et compétences.* Etude comparative de trois conduites de séances. Mémoire de DEA Formation des Adultes, 121 pages hors annexes.

Le Guen, C. *L'activité libérale des masseurs-kinésithérapeutes en 2001.* POINT STAT2003/02, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.)- Direction des Statistiques et des Etudes. Paris.

Leplat J .- (1997).- *Regards sur l'activité en psychologie du travail.* Paris, P.U.F.

Malglaive G.- (1990).- *Enseigner à des adultes.*- Paris, PUF, 285 p.

Mayen P. (1999).- Des situations potentielles de développement. Education Permanente, N° 139, 1999-2, pp. 65-86.

Moeschler, J. (1996). *Théorie pragmatique et pragmatique conversationnelle.* Paris, Armand Colin, 255p.

Olry, P. (2003). Organisation du soin et développement des compétences. *Les sciences de l'Education. Pour l'ère nouvelle.* La formation des soignants, Vol 36, n°2, pp 91-105.

Olry, P. (2004). Un dispositif de recherche sur des pratiques de métier. Le cas des masseurs kinésithérapeutes. In Barbier J-M, et Galatanu, O. (dir.). *Les savoirs d'action, une mise en mots des compétences.* Paris, L'Harmattan, pp 169-190.

Olry, P. et Bautzer, E. (2003) Diagnostic kinésithérapique : les conditions d'une coproduction. *Recherche et formation* n°42. 35-50.

Olry, P. ; Lang, N. ; Froissart-Monet, M-T. (2006). distance thérapeutique et corps à corps. *Education Permanente*, 2005-4, 69-83.

- Pastré P. (1999).- L'ingénierie didactique professionnelle in : Carré P. Caspar P. (dir.) *Traité des sciences et techniques de la formation.*- Paris, Dunod, pp. 403 - 418.
- Pastré, P. Samurçay, R. (2004). *Recherches en didactique professionnelle.* Toulouse, Octarès.
- Pharo P. (1993). *Le sens de l'action et la compréhension d'autrui.*- Paris, L'Harmattan, 280 p.
- Ricoeur, P. (1986). *Temps et récit.* Paris, Seuil.
- Rochex J-Y. (1994). *Le sens de l'expérience scolaire.*- Paris, PUF.
- Samurçay, R. et Rogalski, J. (1994). Modélisation d'un savoir de référence et transposition didactique dans la formation de haut niveau. In Chevallard, Y. (dir.). *La transposition didactique à l'épreuve.* Paris, La Pensée Sauvage.
- Schwartz, Y. (dir.). *Reconnaissances du travail. Pour une approche ergologique.* Paris, PUF, TH, 323p.
- Vergnaud G. (1999). Le développement cognitif de l'adulte in Carré P.; Caspar P.- *Traité des sciences et des techniques de la formation.* Paris, Dunod, pp. 189-203.
- Vergnaud G. (1997). Au fond de l'action la conceptualisation.- in J-M Barbier (dir) *Savoirs théoriques et savoirs d'action.*- Paris, PUF.
- Vermersch P. (1994). *L'entretien d'explicitation.*- Paris, E.S.F.
- Wacquant, L. (2002). *Corps et âme. Carnets ethnographiques d'un apprenti boxeur.* Agone, mémoires sociales.

ANNEXES

| |
|---|
| <p style="text-align: center;"><i>Annexe 1</i> Fiche technique de la recherche AFREK</p> |
|---|

Dans un premier temps, l'objectif de cette étude est de produire une analyse de l'activité de masso-kinésithérapie. Dans un second temps, le « produit de sortie » final est un référentiel de kinésithérapeute libéral.

A/ Ce que nous attendons

- Mener l'étude avec des masseurs-kinésithérapeutes libéraux
- L'accord des praticiens pour un enregistrement vidéo en continu d'une demi-journée d'activité en cabinet.
- Un entretien d'une heure trente consécutif (si possible) à cette prise de vue, portant sur :
 - Le commentaire réflexif sur l'activité conduite sur la base de la vidéo visionnée à cet effet.
 - La description et l'analyse des situations d'interaction courantes avec le patient.
 - La sélection des situations professionnelles qui, selon lui, posent les plus grandes difficultés.

Contrainte : disposer d'un lieu dans ou proche du cabinet où l'on peut conduire un entretien avec une personne pendant une heure.

B/ Les contacts avec les praticiens libéraux

Prise de contact : avril 2004.

Présence des chercheurs dans les cabinets MK :

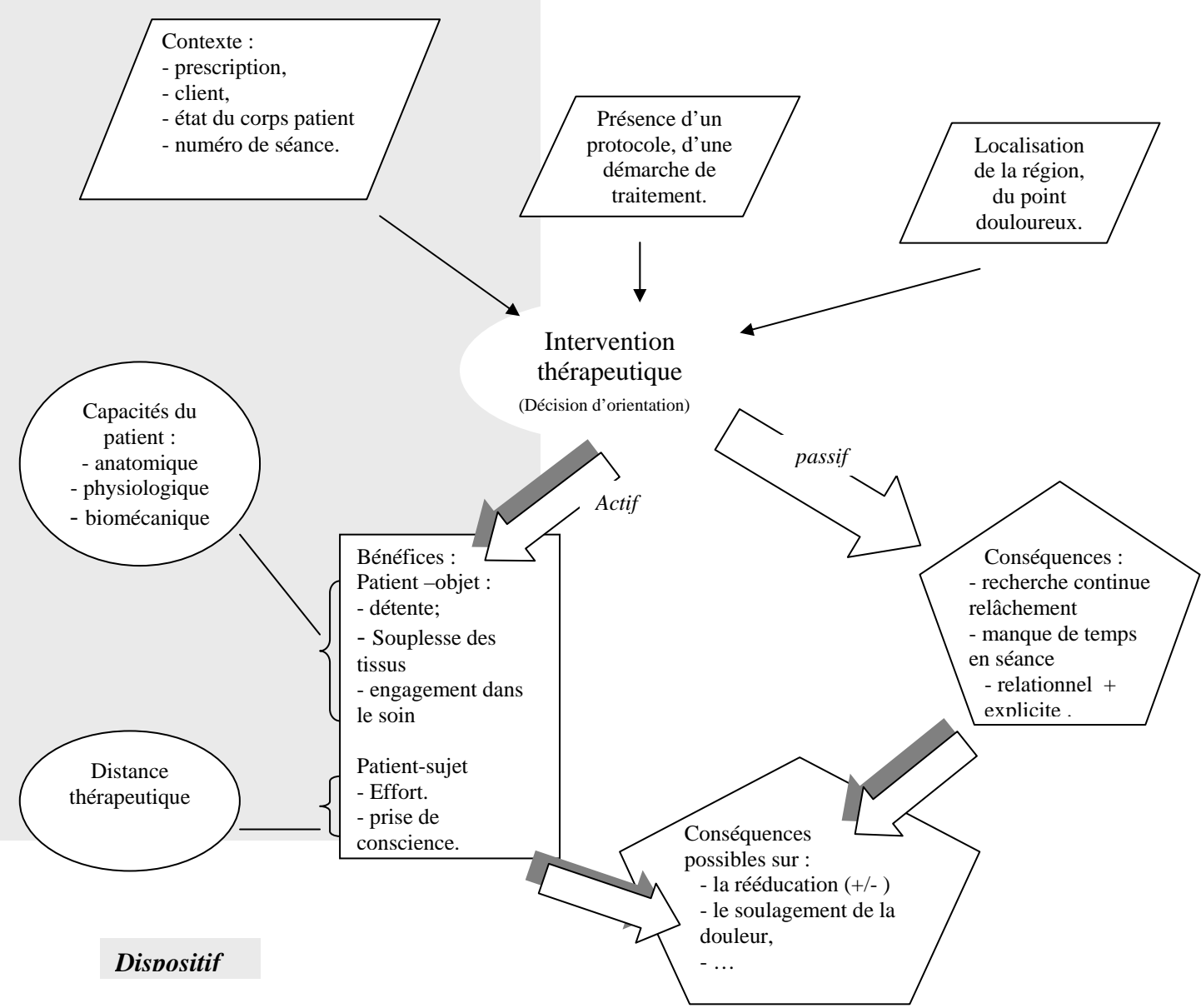
- ♦ période : d'avril 2004 à juin 2005.
- ♦ Sur rendez-vous.

C/ Ce que nous restituons

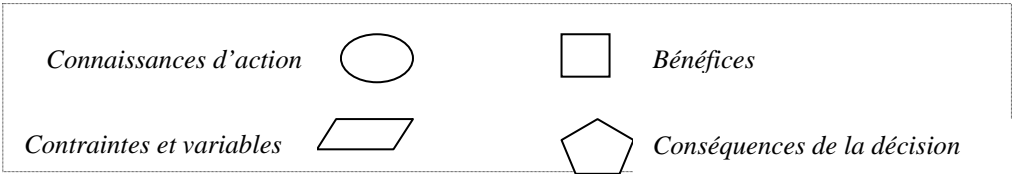
- Les chercheurs fournissent à chaque praticien la retranscription des extraits qu'il a sélectionnés pour avis et commentaires éventuels (voie postale ou contact tél. ou courrier électronique).
- Les situations évoquées en entretiens sont restituées par une analyse des situations et des interprétations selon les hypothèses produites lors des réunions collectives du comité de pilotage.
- Transmission du document de travail de l'étude aux praticiens engagés, restituant les éléments de l'analyse.

-
Si vous acceptez de consacrer une demi-journée à cette étude, nous vous remercions de contacter rapidement le secrétariat de l'AFREK.

Annexe 2-
Variables et contraintes concernant l'élaboration du soin et son orientation



Légende :



Annexe 3

Méthodologie de codages et d'analyses des séances centrée sur l'analyse des communications.

Chaque actions et communications de la séance ont été intégralement retranscrites dans un tableau à plusieurs colonnes.

1) Décomposition et codage de la séance en phases principales

Ce découpage s'est fait en fonction des changements importants d'action et de communications repérées dans les protocoles, et en nous aidant des autoconfrontations du professionnel.

Cette décomposition préalable des protocoles en différentes phases sera la trame qui structurera la présentation de la plupart de nos analyses.

2) Codage et analyse de la durée respective de chacune des phases de la séance

La retranscription de la séance s'est accompagnée d'un marquage temporel systématique.

L'analyse de la durée de chacune des phases de la séance a été calculée en secondes puis retraduite en pourcentage pour mettre en évidence la durée relative de chaque phase par rapport aux autres.

3) Codage des interactions verbales entre le professionnel et son patient

Chaque protocole a été codé selon les critères suivants

- **Qui conduit chaque tour de parole et quel est son statut durant ce discours (initiateur ou répondant) :** est considéré comme tour de parole chaque changement de locuteur, quelle que soit la durée de prise de parole de chacun et la signification (le contenu) de ce qui est dit. Dans les cas où des changements importants de contenu de communication ont été repérés après un long silence ou une action du patient, nous l'avons comptabilisé comme un nouveau tour de parole, même s'il n'était pas précédé d'une intervention verbale d'un autre interlocuteur. La référence aux tours de parole ne sera utilisée que pour rendre compte globalement de l'évolution de la fréquence des interactions verbales entre MK et patient au cours des différentes phases de la séance, selon qu'ils sont initiateurs des tours de parole ou qu'ils y répondent
- **Qui conduit l'unité sémantique et quel est son statut durant ce discours (initiateur ou répondant) :** est considérée comme unité sémantique, toute intervention verbale ayant une signification (un contenu) particulière. Ainsi un même tour de parole peut contenir plusieurs unités sémantiques. Cette unité de codage sera utilisée pour analyser de manière plus détaillée la répartition des communications entre MK et patient selon leur statut d'initiateur ou de répondant, la forme et le contenu des interactions verbales entre le professionnel et son patient.
- **Forme des communications :** chaque unité sémantique a été codée pour rendre compte de la forme du discours de chacun selon les catégories suivantes :
 1. Information : tout ce concerne l'apport complémentaire d'infos
 2. Questions
 3. Réponse
 4. Consignes : prescriptions, ordres de travail, conseils
 5. Soupins
 6. Validation : acquiescement, accompagnement mutuel

7. Interactions sociales : communications diverses (pluie et beau temps)
 8. Clôture de séance ; tout ce qui relève de la gestion du patient sur le plan de la politesse, prise de rendez vous etc...
- **Contenu des communications**

Annexe 4

Orientations possibles des questions concernant l'économie générale des séances

Modalités de codages des interactions verbales entre le professionnel et son patient

L'unité minimale de codage retenue pour coder la forme et le contenu des communications : unité sémantique. Est considérée comme unité sémantique, toute intervention verbale ayant une signification (un contenu) particulière. Ainsi un même tour de parole peut contenir plusieurs unités sémantiques. L'unité tour de parole nous est apparue trop générique pour être pertinente.

Chaque protocole a été codé selon les critères suivants

- 1) Qui conduit l'unité sémantique et quel est son statut durant ce discours (initiateur ou répondant) : Est considéré comme initiateur, celui qui lance spontanément la discussion. Le répondant étant celui qui y répond.
- 2) Quelle est la forme des communications : 8 catégories principales retenues pour coder la FORME des communications

La forme des communications renvoie à la façon dont elles ont été conduites et répond donc à la question « comment parlent ils entre eux ? ».

Chaque unité sémantique a été codée pour rendre compte de la forme du discours de chacun selon les catégories suivantes :

| Catégories de formes | Types d'interactions | Exemples de communications extraites des séances |
|----------------------|---|--|
| Informations | Transmission d'informations et apports de connaissances diverses | Alors là effectivement vous avez le bassin qui est un peu tordu. A gauche ça paraît plus souple. |
| Questions | Toute forme d'interrogation | Est-ce qu'il a de la fièvre ? Vous avez cet épisode douloureux depuis combien de temps ? |
| Réponses | Toute forme de réponse à une question | Oui il a un peu de fièvre. J'ai cette douleur depuis 10 jours |
| Validation | Répétition de ce qui vient d'être dit, validation. Marqueurs d'empathie avec ce qui vient d'être dit | Vous avez raison. Tout à fait. Et oui. |
| Consignes | Premiers guidages, premières prescriptions, apparaissant au début de chaque nouvelle phase de travail | Vous vous mettez en appui sur vos mains. Vous vous allongez sur le dos. Alors tu te penches |

| | | |
|-----------------------|---|---|
| | qui incitent le patient à adopter une posture et/ou à exécuter une action | un peu en avant. Alors vous pouvez le rhabiller. |
| Critiques | Consignes particulières transmises après observations des postures du patient visant à corriger ses postures et/ou actions inadéquates. | Non non tu décolles la tête s'il te plait. Décrivez un peu vos orteils. Descendez un petit peu plus. On écarte un peu plus les bras. Restez bien posé sur mes doigts. |
| Encouragements | Motivation et soutien du patient, validation de ce qu'il fait, répétitions de consignes déjà énoncées et encouragements pour l'inciter à continuer. | Voilà. C'est très bien. Allez on continue. Allez, allez, allez. Tu te redresses, allez, encore, encore, encore. |
| Remerciement | Divers | Bon ben merci monsieur. |

3) Quel est le contenu des communications : Catégories retenues pour coder le CONTENU des communications : 2 niveaux de détail des codages





Le contenu des communications renvoie à la signification des propos échangés et répond donc à la question « de quoi parlent ils ? »

| Catégories du 1^{er} niveau de codage : communicat° portant sur... | Catégories du 2^{ème} niveau de codage plus détaillé que le 1^{er} niveau | Exemples de communications extraites des séances |
|---|--|---|
| Symptômes et douleurs | Durée : tout ce qui renvoie à des informations temporelles concernant l'apparition des douleurs ou symptômes | Vous avez cet épisode depuis combien de temps ? Il est souvent encombré. Il mange toujours bien ? |
| | Localisation (Loc) : tout ce qui renseigne sur le siège des douleurs ou lésions | Est-ce que ça irradie dans la fesse ou dans la jambe ? Ici douleur ? Et là ? |
| | Gravité (Grav) : tout ce qui permet de qualifier l'importance des symptômes ressentis | Ca va c'est supportable ? Quand je suis assis et que je me relève c'est pas évident. |
| | Facteurs personnels (FP) : tout ce qui met en cause les caractéristiques intrinsèques du patient dans la survenue des problèmes | Vous êtes trop tendu. Vous vous détendez pas assez. |
| | Facteurs extérieurs (FE) : tout ce qui met en cause les caractéristiques externes au patient (liées à son environnement | Alors là il y a quelque chose qui vous aide pas, cette humidité ambiante, le froid qui arrive. C'est pas démontré |

| | | |
|--|--|---|
| | de vie ou de travail) dans la survenue des problèmes | scientifiquement mais c'est un facteur important, le facteur climatique hein. |
| | Facteurs liés à l'activité exercée et aux postures adoptées (FA) : tout ce qui met en cause les activités (de loisirs ou professionnelles) exercées par le patient dans la survenue des problèmes | Je pensais que c'était d'avoir fait du kayak qui m'avait déplacé. Oui le kayak peut jouer. |
| Déroulement du traitement | But et résultats attendus (But) : tout ce qui renseigne sur les objectifs poursuivis pendant la séance | En ayant repositionné le socle on va repositionner tout ce qui pose dessus. Malheureusement on ne peut que limiter la casse. On va l'écouter pour voir si ça siffle toujours. Alors on va l'aider un peu. Quand ça va bien on tire un peu moins. Comme je veux le faire travailler en chaussures je ne fais pas ça. Il va chercher ses jouets et du coup il tire un peu plus. |
| | Durée (Durée) : tout ce qui renvoie à la durée prévisible du traitement | Alors bon, ce n'est pas une seule séance qui va marcher. S'il allait très bien on pourrait sauter dimanche. |
| | Résultats obtenus (Résultat) : tout ce qui rend compte des objectifs atteints et des résultats constatés | Bon on a repositionné un peu le bassin. Vous voyez, là on l'a obtenu, il tend un peu plus la jambe. Voilà là je suis à plus de 90° d'écartement. |
| Postures, regard et respiration à adopter | Pour la phase de test (Test) | Vous allez mettre vos pieds l'un contre l'autre, et on fait le test de flexion debout comme d'habitude. |
| | Pour la phase de massage (Mas) | Bon alors on va se mettre à plat ventre pour faire le massage. |
| | Pour les exercices durant la séance (ExSéance) | Vous allez allonger vos jambes s'il vous plait. Appuyez les talons sur mon ventre. Descendez un peu l'épaule gauche. |
| | Pour les exercices à faire chez soi (Exdom) | Pour les vacances, il faudra entretenir un peu ces étirements. Vous prenez des fois un peu son pied pour tirer ? |

| | | |
|--|---|---|
| | Respiration à adopter (Respi) | Respirez. Soufflez bien à fond. Vous cherchez à bien creuser les cotes. |
| | Regard à avoir (Reg) | Tu te regardes dans le miroir et tu tiens debout tout seul. C'est devant qu'il faut regarder, tu te regardes dans la glace. |
| Connaissances sur la physiologie du corps humain | Fonctionnement normal du corps humain (Fct) | Vous voyez, les deux dernières vertèbres lombaires là, sont attachées au bassin par de petits ligaments de chaque côté. Il va passer par des poussées de croissance. Le temps que l'os grandit, les muscles ont du mal à suivre. Alors de toute façon, ces différents matériels c'est évolutif. |
| | Fonctionnement dégradé, déformations (Défor) | Apparemment c'est un décalage au niveau de cette articulation. Le bassin est un peu tordu. On a plus de contractures à droite qu'à gauche. Il est encore un peu trop en arrière. |
| Interactions sociales diverses | | Cette retraite se passe bien ? On n'est pas gaté avec le temps en ce moment. |
| Prise de rendez-vous, gestion administrative du patient | | Bon, on se voit la semaine prochaine. Vous êtes allez voir votre médecin ? |

Annexe 5
Éléments de contextualisation des séances

| | | Patient | | Prescription : | | | Prise en charge k | | | | |
|----|---|---------|-----|----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--|--|-----------------------------------|-----------------|-----------------------------------|
| | | Sexe | Âge | Spécialité du prescripteur | Région | Description | Diagnostic médical supposé ou avéré | date patho | Début de ttt mk | Fréquence | Examens complémentaires consultés |
| P1 |  | femme | 45 | chirurgien | cou et région sous mentonnière | massage cicatriciel et drainage | lipome sous-mentonnier | post chir + 1 mois | depuis 15 jours (séance n°4 / 15) | 2 * par semaine | |
| P2 |  | homme | 63 | chirurgien orthopédiste | épaule gauche | rééducation post-op | rupture sus ep sous ep sous scapulaire | post chir à j+ 3mois arthroscopie +après 45 jrs platre abd | post-op | | |
| P3 |  | femme | 48 | chirurgien orthopédiste | épaule droite | post op | Tendinite +AND | acromioplastie épaule droite à j+ 3 mois+ AND | depuis 2,5 mois | | piqûre cibacalcine pdt 3s |
| P6 |  | femme | 34 | chirurgien orthopédiste | genou gauche | pré - op | Rupture complète LCP genou droit | | depuis 1 mois | | |

Annexe 6

Éléments de contextualisation des séances et caractéristiques des soins réalisés durant les observations

Patients de Clouteaux (A), formation Mézières . Patients adultes

| PATIENTS | | | | | | PRESCRIPTIONS ET SOINS REALISES | | Postes utilisés | Fréqce moyenne des séances de MK | N° de la séance actuelle |
|----------|------|-----|--|--|-----------------------------------|---|--|--|----------------------------------|-----------------------------|
| N° | Sexe | Age | Profession | Pathologies et origines | Traité par le MK depuis | Objectifs du MK | Ordre et nature des phases de soins effectués durant la séance observée | Pour chaque phase de soins | | |
| 1- | M | 61 | Retraité depuis 1 an. Etait VRP (tassé sur lui, posture en baionette à cause de la conduite) | <ul style="list-style-type: none"> - Lombalgique chronique (sciatique droite sur un terrain d'hernie discale constatée en 1988, sciatique gauche en 2003, aujourd'hui illiaque postérieure gauche). - Episode aigu depuis 10 jours de douleur devant la jambe gauche et dans le bassin (décalage de l'articulation, hémi bassin gauche bloqué en arrière suite à une gestuelle asymétrique de bricolage, kanoé kayak etc...). - Etait déjà venu consulter pour ça il y a un an. Articulation du bassin remise deux fois en place. | janvier 2003 (env 1 an et 9 mois) | <ul style="list-style-type: none"> - Détendre, assouplir la musculature des gouttières vertébrales et du complexe ILS avant de travailler les articulations du bassin avec la technique isométrique de Mitchel. - Repositionner le bassin et du coup tout ce qui repose dessus. - Et pouvoir les séances d'après, entamer les postures d'étirement | <ul style="list-style-type: none"> 1) Test de flexion debout puis assis. 2) Massage détente dos 3) Massage appuyé des muscles profonds (qui assurent la solidité). 4) Technique isométrique de Mitchell couché sur le ventre (tracter l'articulation vers le haut pour faire avancer l'os, tout en détendant les muscles arrières) 5) Travail couché sur le côté pour détendre les 5 muscles du pelvitre antérieur près du col du fémur (5 muscles dont le périforme pyramidal qui va en avant du sacrum) pour redonner de la mobilité à l'articulation 6) Test de flexion | <ul style="list-style-type: none"> 1) Debout puis banc 2) Banc 3) Banc 4) Banc 5) Banc 6) Debout | Environ 1/semaine | 10-12 séances maxi /patient |
| 2- | M | En | Policier | - Fracture au niveau | | Séances | 1) Massage appuyé dans la région | 1) Banc | 2 | 10-12 |

| | | | | | | | | | |
|--|-----------------|-----------------|---|--|---|--|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| | viro n 50 | (grand sportif) | rachidien vertébral dans la région médio dorsale - Traumatisme de l'épaule droite (ou gauche???) suite à une chute de moto pdt le travail. Est voûté. A eu un épisode aigu traité. | | d'entretien suite au traitement effectué après l'épisode aigu. Pas de correction. | <p>lombaire (près des petites gouttières) et près de la région cervicale (trapèze) d'abord (pque les zones cyphotiques c.a.d sa bosse résultent des 2 lordoses, c.a.d des zones creuses cervicales et des zones lombaires), et massage plus relaxant sur sa bosse (patient sportif et très tonique).</p> <p>2) Travail de postures couché pour étirer et décontracter les zones creuses cervicales et lombaires (décompression du rachis et réduire la protrusion des cotes basses).</p> <p>3) Détente des cervicales (disjonction crano-cervicale) pour faciliter la détente et la rotation de la tête</p> | <p>2) Tapis de sol</p> <p>3) Banc</p> | séances/s emaine au début. Puis 1/ toutes les 2 semaines. | séanc es maxi /pati ent |
|--|-----------------|-----------------|---|--|---|--|---------------------------------------|---|-------------------------------------|

Patients de Rouxel , formation ostéo puis Mézières et d'autres chaque année. Patients enfants

| PATIENT S | | | | | | PRESCRIPTIONS ET SOINS REALISES | | Postes utilisés | | |
|------------|------|------------|------------|---|---------------------------------|---|---|---|--|-----------------------|
| N° | Sexe | Age | Profession | Pathologies et origines | Traité par le MK depuis | Objectifs du MK | Ordre et nature des phases de soins effectués durant la séance observée | Pour chaque phase de soins | Fréqce moyenne des séances de MK | N° de séance actuelle |
| 1- Raphael | M | 3 semaines | non | - 2 pieds bots, pathologie congénitale ayant entraîné une déformation de l'orientation de la plante des pieds vers l'extérieur, avec déséquilibre musculaire et perte de mobilité | Peu de temps après la naissance | <p>Manipulation de mise en tension avec détente des pieds, pour faciliter l'étirement et préparer la mise sous attelle</p> <p>- Appareillage du pied avec plaquettes et attelles pour permettre une hypocorrection</p> <p>- Réorienter les pieds et obtenir une récupération progressive (au bout de plusieurs années en général 5 ou 6 ans) d'une partie</p> | <p>1) Mise en place de la plaquette sur pied gauche</p> <p>2) Retrait de plaquette du pied droit</p> <p>3) Massage et mise en tension du pied droit</p> <p>4) Montage de la plaquette du pied droit</p> <p>5) Guidance de la mère</p> <p>6) Préparation de la pose du plastique sur pied gauche</p> <p>7) Pose de l'attelle</p> | <p>1) Chaises à coté de la table de soins, bande, ciseaux, biberon</p> <p>2) Chaises, bande, ciseaux</p> <p>3) Chaises, morceau de gaze, mains</p> <p>4) Chaises, bande</p> <p>5) Chaises, bande, conseils</p> <p>6) Chaises, salle de « cuisine » pour chauffe du plastique au micro onde, table de soins, bande, ciseaux, élastoplast</p> <p>7) Table de soins, mains</p> | <p>- Séances d'environ 1 heure</p> <p>- D'abord tous les jours 7/7 puis 6 puis 5 pendant presque 1 an, puis ça diminue</p> | |

| | | | | | | | | | |
|--------------|---|----------------|-----|---|---|---|---|--|---|
| | | | | | de la mobilité - Probable intervention chirurgicale (allongement du triceps percutané) en vue | | | | |
| 2- Mounir | M | 2 ans et de mi | non | Prématuré ayant eu une lésion cérébrale probablement par ischémie (non irrigation d'une partie du cerveau) ayant entraîné des retards moteurs (marche jambes pliées, difficultés de tension, de flexion et d'équilibration) | - Développer ses muscles, lui apprendre à gérer son corps, à trouver l'équilibre, la flexion, et le maintien d'une station debout pour développer une marche plus assurée - Stimuler son fonctionnement cognitif, l'éveiller | 1) Bilan de départ 2) Etirements des cuisses, tension des jambes, redressement du dos, et rotation du tronc en position assise 3) Etirements des jambes en position couchée sur le ventre 4) Etirements des jambes en position couchée sur le dos 5) Etirements des jambes en position couchée sur le ventre 6) Etirements des jambes en position accroupie, genoux redressés 7) Etirement des jambes en position de chevalier servant, genou alternativement redressé 8) Etirements en position accroupie, les deux genoux au sol 9) Relevé en station | 1) Fond de salle et tapis de sol 2) Fond de salle, tapis de sol, jouets, téléphone et ses propres jambes 3) Tapis de sol, téléphone pour stimuler et ses mains 4) Tapis de sol, téléphone pour stimuler et ses mains 5) Tapis de sol, téléphone pour stimuler et ses mains 6) Tapis de sol, téléphone pour stimuler et ses mains 7) Tapis de sol, téléphone pour stimuler et ses mains 8) Tapis de sol, téléphone pour stimuler et ses mains 9) Tapis de sol, téléphone pour stimuler et ses mains 10) Plateau mobile et | - séances de 30 à 45mn - D'abord 2 voire 3/semaine, avec des critères pour la troisième séance qui sont bien définis (si trop de travail la 3 ^{ème} séance est raccourcie, et décomposée en deux | S |

| | | | | | | | | | | |
|----------|---|---------|-----|--|--|--|---|--|--|--|
| | | | | | | | debout, penchée et marche avant. 10) Tension, flexion et équilibration sur plateau mobile 11) Marche arrière 12) Etirements debout, extension, alternance côté droit/gauche | miroir 11) Tapis, téléphone 12) Tapis, téléphone | séances progressives et il faut sentir l'enfant accessible à cette 3 ^{ème} séance). | |
| 3- Yanis | M | 11 mois | non | <ul style="list-style-type: none"> - Prématuré né à 24 semaines - Souffre régulièrement d'encombrement, problèmes respiratoires de type asthme et bronchiolite nécessitant l'emploi de ventoline et bécotide | | <ul style="list-style-type: none"> - Dégager l'encombrement des bronches pour faciliter la respiration par friction des poumons, drainage, toux provoquée et évacuation des glaires | 1) Bilan de départ 2) Une série de frictions, avec secousses pour favoriser la toux et nettoyage par sonde du nez et de la gorge 3) Une seconde série de frictions suivie directement d'un nettoyage du nez et de la gorge 4) Une troisième série de frictions suivie de secousses pour favoriser la toux et du nettoyage par sonde du nez et de la gorge 5) Bilan de clôture pour vérification de la respiration et détection de baisse de sifflements | 1) Table de soins, fiches avec critères de questionnement, stéthoscope et observations diverses 2) Table de soins, mains, sonde 3) soins, mains, sonde 4) soins, mains, sonde 5) Debout, stéthoscope, observations | <ul style="list-style-type: none"> - Séances de 15 mn - Fréquence variable selon les périodes de l'année (hiver) et les années | |

Patients de Sifrenbossan, formation Balint. Patients adultes gérés simultanément

| PATIENTS | | | | | | PRESCRIPTIONS ET SOINS REALISES | | | | |
|-------------|------|--------|------------|---|-------------------------|---|---|--|-------------------------------------|-----------------------|
| N° | Sexe | Age | Profession | Pathologies et origines | Traité par le MK depuis | Objectifs du MK | Ordre et nature des phases de soins effectués durant la séance observée | Pour chaque phase de soins | Fréquence moyenne des séances de MK | N° de séance actuelle |
| 1- Jocelyne | F | env 40 | | - Scoliose très importante. - Opérée avec une tige de Harrington, tout le long du dos. - - - Renversée par une voiture il y a 6 mois d'où une entorse grave du genou droit | 22 ans | | Traite 2 pathologies distinctes : 1) Traitement du dos 2) Traitement du genou de la jambe droite | 1) Boxe de massage couché n°1 2) Poste de traction cervicale et du genou (poids de 32Kgs) puis bicyclette cardio puis exercices de jambe debout sur tapis de sol, puis chaise en deux parties | Environ 2 fois/semaine | |
| 2- Mm ? | F | env 50 | | - Arthrodèse du talon gauche avec atrophie il y a 14 ans qui a entraîné toute une chaîne montante de pathologies au niveau du genou, de la hanche et du dos (lombalgie parce qu'elle marche mal) - Pathologie psychosomatique (ne boîte que dans le cabinet, or marche normalement dans la rue). Traitée aussi en psychiatrie. | | - Entretenir la mobilité et l'autonomie | Phase de traitement léger (c'est surtout un accompagnement de son traitement psychiatrique, une sorte de prise en charge et de socialisation, d'ailleurs apporte régulièrement des gateaux etc... Ne parle jamais au MK dans la cabinet, mais uniquement en tête à tête dans le bureau et uniquement en fin de séance) : 1) Massage surtout à visée relaxante 2) Gymnastique douce de rééquilibrage, plus pour le dos | 1) Boxe de massage couché n°2 2) Gros ballon et baguette | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------------|---|-----------|---------------|--|--|--|---|--|--|---|
| | | | | | | | que pour le genou. | | | |
| 3- Bernard | M | env 45 | En invalidité | <p>- Pathologie arthrosique lourde : souffre beaucoup au niveau de sa colonne cervicale au niveau de son rachis cervico-dorsal haut, ce qui entraîne des douleurs cervicaux brachiales au niveau des deux bras</p> <p>- Tendance à avoir des problèmes au niveau du canal carpien. A été opéré sur un côté du canal. Il reste l'autre coté à faire, mais, c'est assez compliqué parce qu'en plus il a une maladie orpheline qui s'ajoute</p> | | <p>- Mener une vie à peu près normale.</p> <p>- Essayer de lui conserver une activité physique (n'en n'a presque plus, souffre rien qu'en bricolant)</p> | <p>1) Massage dorsal et cervicales.</p> <p>Puis mélange de plusieurs gymnastiques :</p> <p>2) Tractions cervicales douces, pour libérer ses articulaires au niveau cervical,</p> <p>3) Gymnastique abdominale pour arriver à travailler un peu la région lombaire et ensuite, travail des épaules, parce que ses épaules ont des conflits. Et régulièrement il change, c.a.d qu'aujourd'hui</p> <p>4) Bicyclette ergonométrique pour travailler sa résistance à l'effort : travail un peu, cardio-vasculaire, cardio respiratoire, sur la bicyclette pour lui permettre d'avoir un minimum d'entretien.</p> | <p>1) Fauteuil de massage assis</p> <p>2) Poste de traction cervicale</p> <p>3) Tapis abdo</p> <p>4) Bicyclette cardio</p> | | Actuellement tous les jours de la semaine |
| 4- Marcel | M | env 25 | | <p>- Grand sportif. A eu des luxations et saignements de l'épaule droite.</p> <p>- A été opéré 2 fois, dernière fois il y a 15 jours- 3 semaines. Et va reprendre le sport en février (dans 4 mois)</p> | | <p>Déblocage du coude et de l'épaule pour préparer la rééducation prévue dans 4 mois.</p> | <p>Actuellement phase où le bras ne doit pas bouger, rester en écharpe, collé au corps.</p> <p>1) Mais le chirurgien a autorisé un travail basique de démarrage pour déblocage du coude. Travail couché de flexion avec haltère.</p> <p>2) Au niveau de l'épaule rien n'est autorisé, sauf de la stimulation électrique</p> | <p>1) Tapis de sol avec 1 haltère main droite</p> <p>2) Appareil de stimulation électrique</p> <p>3)</p> | | |

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|-----------|--|---|----------------------------------|---|--|---|--|----------------------------|
| | | | | | | | d'entretien. Les séances sont assez légères. Dans un mois et demi sera autorisé à démarrer la rééducation. | | | |
| 5- Mr Maurin | M | env 50 | | - Problème d'épaule droite | | Réduquer l'épaule (phase finale) | 1) Tractions couché sur le ventre puis sur le dos | 1) Boîte de massage couché n°1 avec 1 haltère main droite | | |
| 6- Mme Chauvin | F | | | - Fracture trochantérienne de l'épaule droite | Reprise du travail dans 15 jours | Récupérer la force musculaire, le reste va bien | 1) Haltère main droite, couchée sur le dos 2) Musculation du bras droit (traction d'épaule) à l'aide d'une sangle | 1) Boîte de massage couché n°2 avec 1 haltère main droite 2) Poste de traction d'épaule face à la glace (sangle bleue) | | |
| 7 Mme Serwin | F | 40 | | - Problèmes de vision (œil droit part en déviation latérale droite au bout de quelques secondes d'attention) - Troubles psychosomatiques (dont elle n'a parlé qu'à cette séance pour la première fois : fille anorexique etc...) | | - Rééducation occulo cervicale - Modifier la posture, le rachis musculaire | 1) Suivi laser de cible (protocole Revel) mais avec lunettes à vision fovéale (non adaptées pour ses problèmes de vision, ce qui lui a été dit à la fin de la séance précédente) 2) Prise de tension 3) Musculation cervicale assistée 4) Massage de détente du dos et des cervicales | 1) Poste laser de suivi de cible 2) Tensiomètre 3) Boîte de massage couché n°3 avec chiffon de traction cervicale 4) Fauteuil de massage assis | | 4 ^{ème} séance |

Patients de Drole (G)

| PATIENTS | | | | | | PRESCRIPTIONS ET SOINS REALISES | | Postes utilisés | | |
|----------|------|-----|--|---|-----------------------|---|---|-------------------------|----------------------------|-------------------------|
| N° | Sexe | Age | Profession | Pathologies et origines | Traité MK depuis | Objectifs du MK | Ordre et nature des phases de soins effectués durant la séance observée | à chaque phase de soins | Fréquence moy. des séances | N° de séance actuelle |
| 1 | F | 35 | Douanière Championne de Bourgogne de pétanque | Tendinite de la cuisse (150 flexions dans un tournoi de pétanque) | 2 ^{ème} fois | Retrouver une flexion correcte sans douleur (le genou n'est plus chaud) | Massage initial de la cuisse de la patiente, puis Electrothérapie (10') | Table de soins | 8 séances | 7 |
| 2 | H | 23 | Motard | Rééducation de l'épaule (2 fractures suite à accident de moto) Sclérose en plaque non déclarée | | - | Rééducation de l'épaule | Table de soins | | |
| 3 | F | 65 | Retraitée | Antécédents drainage lymphatique suite à cancer du sein Lombaires | 11 ans | soulager la douleur retrouver la mobilité | Douleurs lombaires | Table de soin | 10 séances | 3/5 |
| 4 | F | 60 | Retraitée | Drainage lymphatique suite à ablation du sein droit | 4 ans | | | Table de soin | 300 séances | 1 ^{ère} post-o |
| 5 | F | 35 | Danseuse | 2 prothèses de hanche | | soulager la douleur | Massages, flexion | Table soin | | |

Annexe 7

Extrait détaillé d'un entretien avec un praticien selon une logique chrono thématique Drole (G)

| Thèmes | Retranscription intégrale de l'entretien |
|--|--|
| Obtention du diplôme | <p>J'ai 59 ans J'ai eu mon diplôme de kiné en 1973, après ma formation à l'Ecole des Enfants Malades à Necker. J'avais fait 4 années de pharmacie avant. Et puis mes sœurs ont eu un accident de voiture, une paralysie... Mon père a été étonné du travail des kinés. Il m'a dit : « tu fais ce que tu veux, mais... ». Alors j'ai fait kiné. Donc c'est un choix, une vocation, pas comme certains collègues qui ont fait ça , faute de mieux , après avoir raté médecine.</p> <p>Installé en 1974, puis j'ai repris un jeune.</p> <p>Je suis arrivé directement ici après la formation, donc ça fait 35 ans d'exercice.</p> |
| Localisation géographique du cabinet | <p>On a tout de suite été dans ce grand espace. Je me suis associé avec lui et à on départ j'ai racheté les murs. On a 200 m2</p> <p>C'est repris par un jeune depuis 4ans. C'est mon prédécesseur qui avait trouvé les locaux. J'ai loué pendant une vingtaine d'années et à son départ j'ai repris racheté les murs.</p> |
| Caractéristiques du cabinet | <p>Cabinet de centre ville, alimenté par le bouche à oreille et l'insertion associative (rugby, etc) du praticien. De plus il travaille à la polyclinique le matin, ce qui lui permet de poursuivre ses rééducations avec les mêmes patients en libéral.</p> |
| Types de patients et informations archivées les concernant | <p>Tous types de patients. Je fais tous types de patients. Mon collègue fait les bébés</p> <p>Moi ils sont beaucoup plus âgés ; à 60% plus rhumato.</p> <p>- et vos patients « tournent » ? Quel est le % de nouveaux patients ?</p> <ul style="list-style-type: none"> — Je ne sais pas , je ne suis pas informatisé. ON est trois dans l'Yonne à ne pas être informatisés, du cop d'ailleurs je suis payé à 6 mois. — Et en terme de pathologies ? — Je ne sais pas non plus. Mais je fais plutôt de la rééducation et puis beaucoup de drainage lymphatique... — Vous n'êtes pas informatisé ? — Non, ça va vous paraître prétentieux, mais tout est dans ma tête . Je me souviens quand je vois les gens, je vois tout de suite pourquoi ils viennent et je me souviens du soin que je leur ai prodigué. — Vous utilisez les fiches bilan ? — Non ! |
| Durée et fréquence des séances | <p>- le nombre de séances varie en général entre 10 et 15. Bon mais si ça va mieux, même si j'ai une prescription de 12, je peux m'arrêter à 7. Au contraire, si ça ne va pas, je peux demander un renouvellement.</p> <p>- Vous n'hésitez pas à décrocher le téléphone pour demander une nouvelle ordonnance ?</p> <p>- Non , vous savez depuis 35 ans, on est dans une petite ville, on se connaît tous</p> <p>- Et la durée ?</p> <p>- Mes séances, non, Moi je suis avec le patient 20 mn.</p> |
| Relations avec les médecins, avec la | <p>- c'est quand même une drôle de relation que vous avez avec les médecins. ? En gros , la prescription vous indique la région...</p> <p>P : et donc le diagnostic kinésithérapique , acquis par le décret de compétences ?</p> |

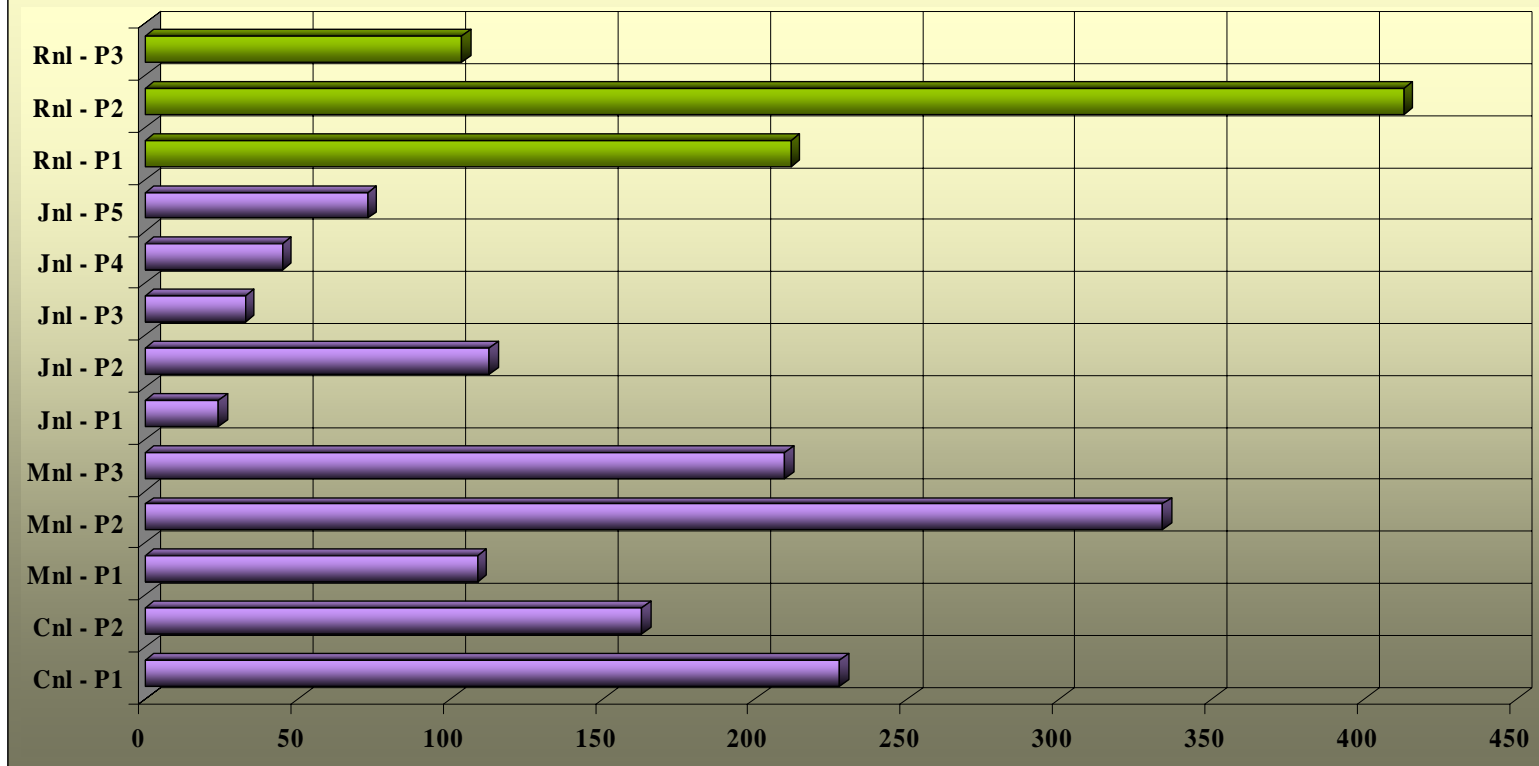
| | |
|--|---|
| prescription | K : Oh, ben alors là, ...ben je crois qu'elle ne vient pas aujourd'hui. Les médecins, ils ne savent qu'ils ont, donc ils marquent quelque chose « rééducation de l'épaule droite ». mais attention, avant ils, ont proposé des antibiotiques, des antalgiques, des gels, qui ne servent. Si le/la patiente n'est pas soulagé(e), alors, hop séances chez le kiné. Je me débarrasse de ma merde. |
| Choix du cabinet par les patients | O : savez-vous pourquoi les patients s'adressent à vous ? K : Non j'en sais rien, je ne sais pas pourquoi ! Le bouche à oreille est très important au bureau, en famille, etc. O : et vous avez idée |
| Limites de la formation initiale | Ce qui manque, c'est la massage. Les jeunes , ils ne savent pas masser. Les médecins non plus ne savent pas comment faire. J'ai déjà essayé de leur demander de me trouver une douleur. Ils passent comme ça (imite un geste de pincer grossièrement la peau), mais ils ne touchent pas ! alors dans les écoles, il faudrait qu'ils sachent mieux masser, sinon, ils n'ont qu'à demander à la secrétaire de brancher les appareils ! |
| Prescriptions médicales | Les prescriptions, je vais dire, elles ne me servent à rien. Si ! le diagnostic est posé, à partir de là ... Vous savez, en plus maintenant avec leur informatique, ils vous collent une « rééducation de lombaires et du rachis ». (fais un geste de mise à la poubelle), ça ne veut rien dire. (Me montre des prescriptions) Tiens ! Vous l'avez vu, c'est le jeune « sclérose en plaque » ! Tu fais quoi avec ça ? J'invente pas ! Comment vous le savez que c'est une sclérose en plaque. Je l'ai soigné avant ! Avant il ne roulait pas en moto ! |
| Une activité de diagnostic | <ul style="list-style-type: none"> - Un phénomène que vous connaissez peut-être, l'algodystrophie, la neuro dystrophie. Une jeune femme que j'ai récupérée, mon collègue l'avait vue...Lui il s'était planté. Et moi j'ai trouvé immédiatement ...trouvé...j'ai senti en plus c'est un domaine que j'adore. Elle s'était planté un couteau dans la main au boulot, qui avait traversé. La clinique de la main à Dijon n'avait rien trouvé. Et là, j'arrivais à rien faire. Mon collègue l'avait mobilisée, des douleurs extrêmes, extrêmes, je la revoie le 27 août, mon collègue était en vacances. Elle souffrait, bon moi je lui dis « je ne vous touche plus, je met du froid et vous allez revoir le médecin. J'appelle le médecin : « tu t'es pas gourré mon Jacquot, tu pensais l'algo ? - ben oui , ! » une mains noire , décalcifiée. Alors là, ça c'est mon, monoui, là j'ai porté un diagnostic, j'ai arrêté. Je lui dis « vous continuez avec mon collègue, elle me dit non ! Et là j'en chie, elle a une main comme ça (d'un geste grosse main). L'algo, si vous sentez pas ça de suite, vous en avez, là elle en a pour, pour six mois d'arrêt. - Vous pouvez me décrire les sensations que vous éprouvez ? - Moi, ce que j'éprouve ? J'éprouve, sa main, c'est de l'instinct !! - Vous pourriez me le dessiner - C'est une main chaude, transpirante, impossible à mobiliser dans toutes les articulations, aucun diagnostic de posé. Oui, elle a eu la main transpercée par un couteau chez Casino mais c'est pas un fléchisseur, c'est pas un truc...la main comme ça ! le premier médecin n'avait pas vu, le deuxième non plus, mon collègue non plus, je lui dis, mois je la touche plus hein !!! Là c'est vrai que je me suis posé, j'ai fait un acte volontaire, j'ai posé un diagnostic. - Donc par rapport à ce que vous disiez tout à l'heure, - que l'on soit, ...je, je me contredis là , oui mais parce que bon quand c'est une douleur dorso-lombaire, vous pouvez noter, je fais jamais de manipulations, jamais jamais jamais, parce que l'on sait pas ce qu'il y a dessous. Mais là on faire tout craquer, peut être pris pour Jésus Christ le sauveur ou pour le démon hein. Je préfère dire je ne sais pas que jouer l'apprenti-sorcier, quitte à perdre un patient, mais je m'en fous de ça ! |

| | |
|---|---|
| Demandes d'informations par les patients | <ul style="list-style-type: none"> - K : Les patients demandent beaucoup, « pourquoi vous me faites cela ? » - En rhumato , ce que j'ai pas le droit de faire tailler de bois, les femmes pas faire le repassage, tout ce qui provoque la douleur... mais ça je leur dis pendant la séance. <p>O : et les patients essayent d'en savoir plus auprès de vous ?</p> <p>K : je suis mal placé pour en parler , ma femme est infirmière en chimio, alors je suis souvent informé de leur état...J'ai beaucoup de client . Vous n'allez pas cacher à qq'1 qui a un sein, une couille qui a été retiré, on vous dit pas que c'est pour donner à manger aux cochons, hein, ! alors moi Je dis tout !</p> |
| Education du patient | <ul style="list-style-type: none"> - « Bonjour Mme, oh elle est maquillée toute belle, comment va ? - ça va pas ! - Ah ben c'est bien » <p>O : Jusqu'où écoutez vous les patients ?</p> <p>K : Y'en a ça ne va jamais ...ça ne va pas. Certains ne sont jamais contents. Là je la met sur la machine, elle est infilmable. J'ai essayé non non, « mais je viens à cette heure là. ». « Bon ben d'accord, je vous mettrai sur l'appareil électrique mais je ne pourrai pas vous toucher ». « Aucun problème ».</p> <p>O : Et vous leur demandez des exercices ?</p> <p>K : Non parce que ça sera mal fait, pas sous ma surveillance, jamais sauf pour les basiques de la respiration, bine plier les jambes, pas plier les genoux, pas croiser les jam</p> <p>bes quand on est assis sur une chaise ou un fauteuil, n'est-ce pas monsieur ?... Vous voulez vous mettre ?</p> <p>O : Il existe des petits livrets de sensibilisation, d'information des patients ?</p> <p>K : non je n'utilise rien de tout ça !</p> |
| Effets de son travail sur lui même | <ul style="list-style-type: none"> - Et pour vous les manipulation et mobilisations ce n'est pas trop éprouvant après 35 ans de carrière ? - Eh oui, ça use mais pas jusqu'à une maladie professionnelle. En général, on s'entretient. Vous pouvez pas avoir un kiné qui fait 135 kilos ! |
| pathologies traitées | <p>Majoritairement, je fais de la rééducation et de la rhumato, beaucoup de drainages lymphatiques, de plus en plus ...</p> |
| Fréquence et durée annuelle des soins | <ul style="list-style-type: none"> - Ca dépend des pathologies, mais les clients que j'ai, je les vois régulièrement. Mme L, elle vient là parce qu'elle est rentrée de la Drôme en voiture et elle a un lumbago. Je la reverrai cet hiver pour un drainage. Ça fait 11 ans que ça dure. |
| Pathologies les plus dures à traiter selon lui | <ul style="list-style-type: none"> - K : Les instituteurs MGEN qui ont l'impression de tout savoir. Ils ont regardé la définition dans le dictionnaire - O : Quoi d'autres ? - K :C'est tout, ... non le plus dur c'est les décès. Mon premier ça a été un gamin de 6 ans. De 1 an à 5 ans, deux fois par jour, atteint de mucoviscidose. Alors on s'attache. Pourtant on sait qu'on doit se blinder, il faut se blinder, mais là ça m'a cassé. (silence) L'autre, c'était Cédric, un copain de ma fille, un gars d'1m90, une bête, un cancer du pancréas qui a duré trois ans. Lui aussi, cinq fois par semaine ! C'était un gamin adorable (silence). Non d'ailleurs j'en ai refusé un là. Un autre gamin avec la mucoviscidose, j'ai refusé, il faut être quatre, deux fois par jour en hiver pour le dégager et puis les dimanches et le jour de l'an |
| Règles d'hygiène | <p>Nous on a des pieds qui puent. Ben oui, en plein été, le gars, il a transpiré dans ses chaussettes ! alors ça pue ! Les jeunes oublient qu'ils vont travailler sur le corps, alors il faut qu'ils fassent un autre métier.</p> |

Annexe 8

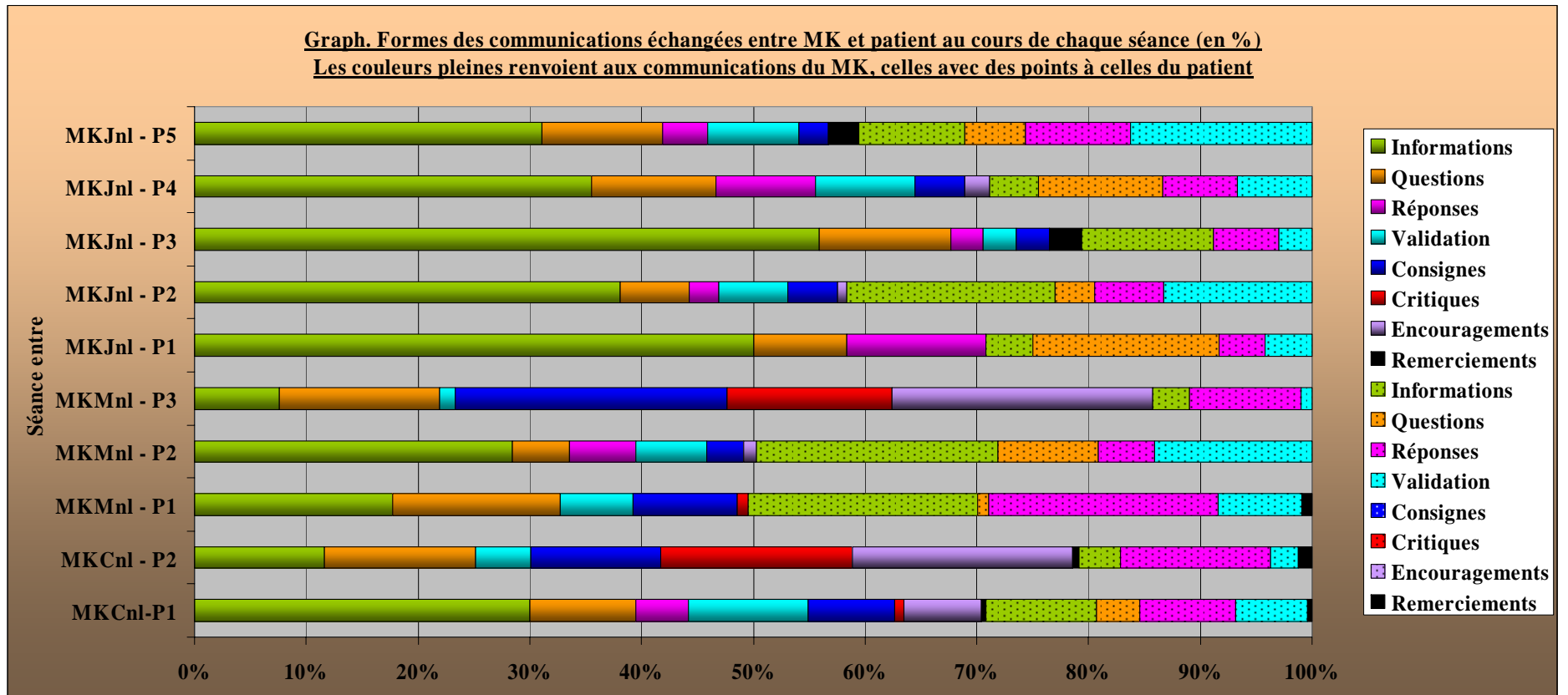
Graphiques d'analyse de contenu des communications entre MKL et patients montrant entre autres la proportion des échanges liés à l'explicitation des objectifs poursuivis et des résultats attendus par le MKL.

Graph. Nombre total d'unités sémantiques au cours de la globalité de la séance (en nombre brut) et indépendamment de la durée de chaque séance.
En vert, le cas particulier du MK qui gère des patients enfants



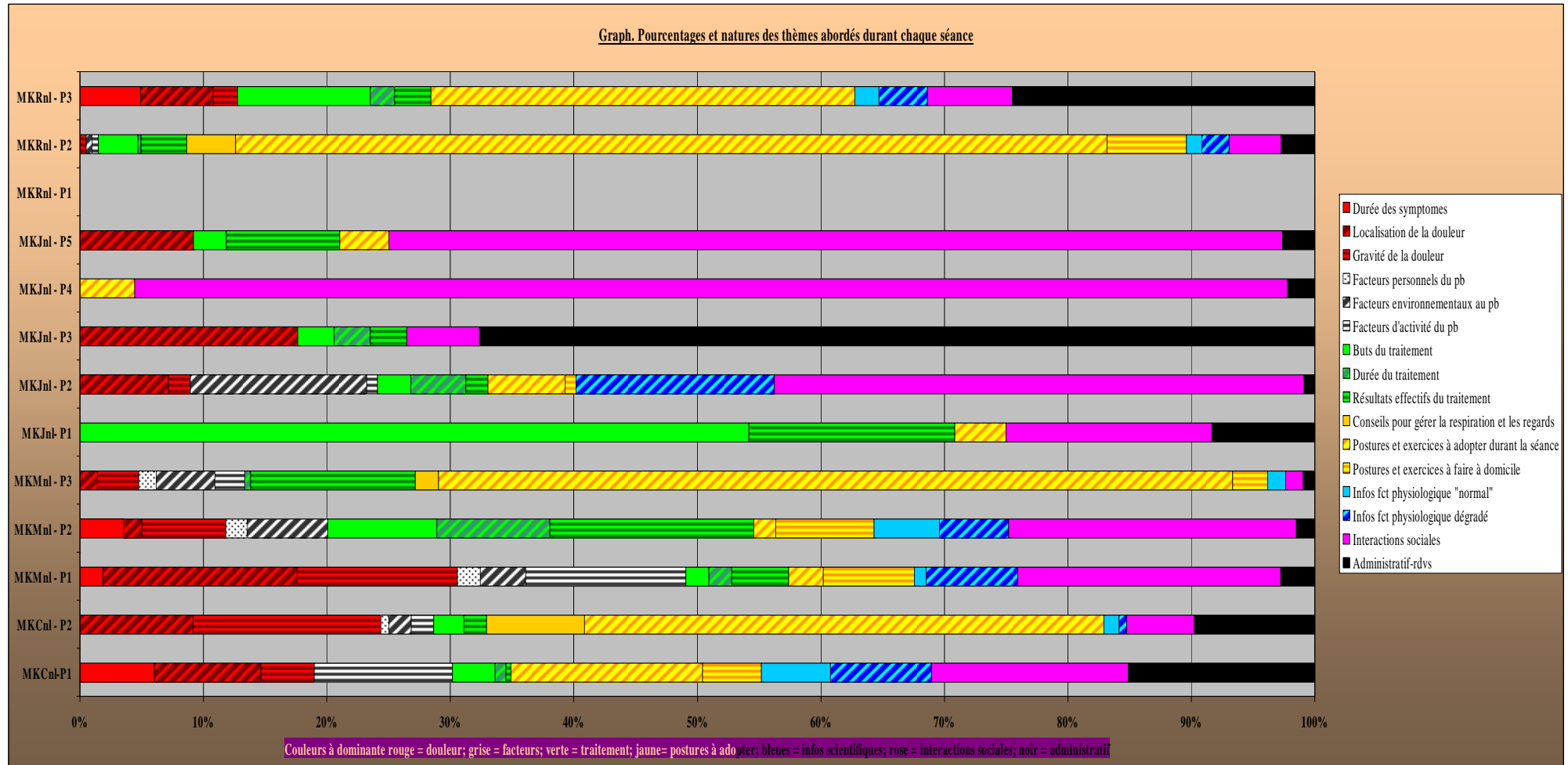
Annexe 9

Graphiques de synthèse du contenu des communications entre MKL et patients qui rendent compte de la fréquence avec laquelle ces buts sont explicitement fournis.



Annexe 10

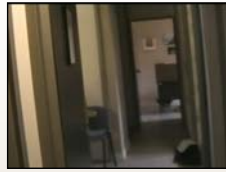
Formes et contenus des communications échangées avec les patients, et entre autres, de la proportion des échanges consacrée à la chasse initiale aux indices, au travers de questionnaire centrés sur la douleur.



Annexe 11

Exemples : photos caractéristiques des équipements d'un cabinet pour patients enfants

Caractéristiques du cabinet du MK, règles d'hygiène et équipements



Entrée



Salle d'attente (déshabillage et prise de rendez vous)



Salle d'une collègue

Cuisine
d'appoint



Protocole de lavage des mains



Sèche main



Nettoyage de la table et papier



Table de soin



Mobile



Revêtement de jeux



Jeux divers



Annexe 12

Exemples photos des caractéristiques et équipements d'un cabinet pour patients adultes gérés simultanément

Cabinet du MK : pièces et aménagements

Salle d'attente avec vue extérieure, vestiaires et casiers à vêtements et chaussures



Bureau, coin lavabo et salle de soins



Annexe 13

Exemples photos des caractéristiques et équipements d'un cabinet pour patients adultes gérés individuellement

Différents postes, différents équipements, pour différents types d'activités : Equipements de base pour activités « quasi autonomes »

Bois grillagés avec rideaux, table de soins, haltères...



Tapis de sols, espaliers, élastiques...



Outils de rééducation proprioceptive : ballons, barres...



Annexe 14

Exemples photos de différentes techniques de bilan possibles pour des patients adultes et des compétences mobilisées par le MK

Exemple de bilan de démarrage assis : verbal, visuel et tactile



Exemple de bilan de démarrage debout : visuel et tactile



Exemple de bilan final debout : visuel et tactile



