



HAL
open science

Comment se réalise une séance kinésithérapique de reconstruction posturale ?

Jérôme Ehret, Emmanuel Triby

► To cite this version:

Jérôme Ehret, Emmanuel Triby. Comment se réalise une séance kinésithérapique de reconstruction posturale ?. Kinésithérapie, la Revue, 2022, 22 (241), pp.24-32. 10.1016/j.kine.2021.11.007 . hal-03608584

HAL Id: hal-03608584

<https://hal.science/hal-03608584v1>

Submitted on 8 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Note de la rédaction

Cet article fait partie d'un ensemble indissociable publié dans ce numéro sous forme d'un dossier nommé « L'ajustement tonico-dialectique de la Reconstruction posturale » coordonné par Michel Gedda, composé des articles suivants :

- Gedda M. L'ajustement tonico-dialectique de la Reconstruction posturale. *Kinesither Rev* 2021 ; 21 (241).
- Carpintero-Rubio C, Kannengiesser M, Galvañ-Serrano C, Ehret J. De la méthode Mézières à la Reconstruction posturale : une vision historique. *Kinesither Rev* 2021 ; 21 (241).
- Carpintero-Rubio C, Torres-Chica B, Moreno-Alcántara J, Vera-Saura P, Galvañ-Serrano C. Reconstruction posturale, une modalité d'exercice thérapeutique inductif. *Kinesither Rev* 2021 ; 21 (241).
- Galvan-Serrano C, Pecout D, Ehret J. Quels sont les principes thérapeutiques qui guident la pratique clinique de la Reconstruction posturale ? Enquête auprès de douze kinésithérapeutes. *Kinesither Rev* 2021 ; 21 (241).
- Erhet J, Triby E. Comment se réalise une séance kinésithérapique de reconstruction posturale ? *Kinesither Rev* 2021 ; 21 (241).
- Erhet J, Triby E. La reconstruction posturale répond-elle à un besoin de développement professionnel ? *Kinesither Rev* 2021 ; 21 (241).
- Graf S. Utilisation de l'état hypnotique, induit par la respiration spécifique en reconstruction posturale. *Kinesither Rev* 2021 ; 21 (241).

Comment se réalise une séance kinésithérapique de reconstruction posturale ?

How is performed a physiotherapy session for postural reconstruction?

Jérôme EHRET, Emmanuel TRIBY

Jérôme EHRET

Kinésithérapeute libéral

5, rue de l'Industrie

67560 ROSHEIM

Courriel : ehretjerome@yahoo.fr

Conflit d'intérêt :

L'auteur principal est membre du Collège français des praticiens de reconstruction posturale

Article commandé le : 08/02/2021

Article reçu le : 14/05/2021

Article accepté le : 10/11/2021

Résumé :

Introduction : La bonne compréhension de l'activité réelle des praticiens est favorable à l'accompagnement du processus de développement professionnel par les futurs dispositifs de formation dédiés aux kinésithérapeutes

Méthode : L'intervention réalisée consistait à observer et analyser des kinésithérapeutes pratiquant la reconstruction posturale en situation d'exercice.

Résultats : L'activité de 7 kinésithérapeutes a été étudiée. Les séances de reconstruction posturale observées sont individuelles de longue durée, et ne nécessitent aucun matériel particulier. Les praticiens observés réalisent une forme particulière d'exercice thérapeutique utilisant des techniques actives et/ou passives, localement ou à distance des zones corporelles cibles, dans le but d'améliorer la fonction neuromusculaire et les algies du patient. Le phénomène de *motor-overflow* semble utilisé dans un but thérapeutique.

Discussion : Les indications des techniques et le raisonnement clinique suivi par ces praticiens restent à préciser. Les gestes et activités observées sont conformes à ceux prescrits aux kinésithérapeutes. Les pratiques observées confirment que la reconstruction posturale constitue une expertise clinique de la kinésithérapie avec des savoirs et de savoir-faire qui ne sont pas enseignés en formation initiale.

Mots clés : Analyse d'activité ; Exercice thérapeutique ; Professionnalisation ; Rééducation neuromusculaire ; Savoir expérientiel

Abstract :

Introduction: A good understanding of the real activity of the practitioners is favorable to the support of the professional development process by future training device dedicated to the physiotherapists.

Method: The intervention consists in observing physiotherapists practicing postural reconstruction in an exercise situation.

Results: The activity of 7 physiotherapists was analyzed. The postural reconstruction sessions observed are long-lasting individual and do not require any special equipment. The practitioners observed practice a particular form of therapeutic exercise using active and / or passive techniques, locally or at a distance from target body areas, with the aim of improving the patient's neuromuscular function and the pain. The phenomenon of motor overflow is used for therapeutic purposes.

Discussion: The indications of the techniques and the clinical reasoning followed by these practitioners remain to be specified. The activities observed comply with those prescribed for physiotherapist. The observed practices confirm that postural reconstruction constitutes clinical expertise in physiotherapy with knowledge and skills that are not taught in initial training.

Keywords : Activity analysis; Therapeutic exercise; Professionalization; Neuromuscular rehabilitation; Experiential knowledge

« Points essentiels » :

- L'analyse des pratiques réelles est un préalable pour identifier ce qui sous-tend l'action des professionnels.
- Les pratiques observées tendent à confirmer l'existence d'une expertise clinique kinésithérapique propre et partagée par ces praticiens.
- La mise en œuvre des techniques rééducatives suggère des connaissances spécifiques chez les praticiens de reconstruction posturale.
- La reconstruction posturale est une forme d'exercice thérapeutique qui utilise le phénomène de *motor-overflow*.
- Les séances observées sont individuelles, de longue durée et ne nécessitent aucun matériel particulier.

Introduction

À l'instar des autres filières de la santé, la Masso-kinésithérapie française a connu une réingénierie de son curriculum en 2015 incitant une logique pédagogique centrée sur le développement de compétences [1]. Dans une approche par compétence, la démarche d'analyse de l'activité des professionnels concernés constitue une étape cruciale d'ingénierie, dite de traduction didactique. Cette étape déjà réalisée par la profession [2, 3] permet de définir les objectifs d'apprentissages sous la forme d'un référentiel de compétences.

Il existe dans la kinésithérapie, de nombreuses techniques, de méthodes de traitement de qualités variables, souvent empiriques parfois dogmatiques [4]. Dans cette diversité de pratique, la reconstruction posturale (RP) se distingue par le caractère universitaire de sa formation depuis 1991, et sa reconnaissance comme spécificité de pratique par l'Ordre des kinésithérapeutes (MK) depuis 2013. Très peu de pratiques kinésithérapiques sont reconnues officiellement comme spécificité. Ces constats mènent aux questions suivantes : qu'est-ce qu'une spécificité de pratique ? Comment permettre à la profession de mieux faire acquisition de la réalité des pratiques de terrain ? Pour répondre à ces interrogations, l'observation des MK en situation de soin est utile. Elle permet d'identifier et de définir les situations, les tâches, les activités réelles et *in fine* le savoir-agir complexe des professionnels [5]. En outre, la prise en compte de cette réalité de terrain favorise la cohérence entre ce qui est à enseigner et à apprendre pour développer des compétences [5].

Par l'étude d'un corpus particulier de MK, cette recherche s'interroge sur l'avenir du métier et sur les voies possibles de développement professionnel pour les MK.

Les réponses obtenues semblent apporter un éclairage sur la pertinence de définir et de développer à l'avenir de véritables spécialités cliniques pour la profession.

Les précédents articles de ce dossier exposent les concepts et les principes thérapeutiques qui sous-tendent les décisions et les actions de RP. Le présent article décrit les pratiques réelles de terrain pour vérifier l'adéquation de celles-ci avec les principes théoriques déjà exposés.

Par ailleurs, les questions suivantes se posent : qu'y a-t-il de spécifique dans ces pratiques et dans ces savoirs ? En quoi ces spécificités peuvent constituer une voie particulière de DP pour les MK ?

L'hypothèse est que certaines pratiques kinésithérapiques non dominantes, comme la RP, possèdent des connaissances, des gestes techniques, des attitudes qui permettent aux MK de développer des compétences spécifiques et originales. Identifier, décrire et valider ces compétences permettrait de mieux les intégrer dans les curriculums de la kinésithérapie et ainsi d'enrichir la profession. En effet, comme le proposent Parent et Jouquan, « *analyser ce que font les professionnels en situation réelle de travail permet, par la suite de concevoir des dispositifs de formation visant le développement (et l'évaluation) des compétences* » [6]. À cette fin, cet article souhaite documenter

les activités réellement mises en œuvre par des MK lors de la réalisation de séances de RP, mais aussi de caractériser les modalités logistiques de réalisation d'une séance.

Cette démarche s'inscrit dans le champ de la didactique professionnelle, et vise une analyse du travail en vue de la formation des compétences [7].

Cette étape descriptive est un préalable pour, à terme, mettre à jour ce qui sous-tend l'action du professionnel.

Cette perspective est soutenue par le concept des « théorèmes en acte » de Vergnaud. Il s'agit de « repérer comment s'est faite ou se fait la conceptualisation dans l'activité professionnelle » [7].

Selon Wittorski, « il y a une conception d'ensemble des liens activité-compétence-professionnalisation-développement professionnel et identité » [8]. L'activité du professionnel en situation représente un maillon indissociable du processus de DP. La bonne compréhension de l'activité réelle des MK est de ce fait essentielle à l'accompagnement du processus de DP par les futurs dispositifs de formation dédiés aux MK.

Le DP s'envisage selon deux perspectives principales [9] :

- La première répond à une demande institutionnelle : celle des guides de bonnes pratiques, de la pratique basée sur les faits [9]. Selon Gosselin, plusieurs recherches ont mis en évidence ses limites pour favoriser l'intégration des connaissances dans la pratique [9].
- Dans cette recherche, le concept de DP s'envisage selon la deuxième perspective : celle socio-constructiviste axée sur la professionnalisation [9].

Cette deuxième dimension est favorable à l'analyse des pratiques, à la réflexivité et à la gestion des connaissances par les professionnels de terrain [9]. Dans cette vision, le DP se définit comme un processus de « transformations individuelles et collectives des compétences et des composantes identitaires mobilisées ou susceptibles d'être mobilisées dans des situations professionnelles » [10]. C'est pourquoi, identifier et définir les connaissances, les gestes, les attitudes de la RP permet de définir ce qui constituerait une transformation des compétences et de représentations pour les MK.

À cette fin, une analyse de l'activité réelle de la RP documente la question suivante : comment se réalise une séance kinésithérapique de RP ?

Matériel et Méthode

L'étude conduite est observationnelle, qualitative et prospective. Le recueil et l'analyse des données se sont déroulés de novembre 2019 à juillet 2020.

Les critères d'inclusion des sujets à l'étude sont : être un MK praticien de RP titulaire du DU de RP ou membre du Collège Français des Praticiens de RP (CFPRP) et à jour de connaissances. Les praticiens n'ayant pas suivi de formation spécifique du CFPRP depuis 3 ans sont exclus de l'étude.

Un tirage au sort a défini un ordre de passage aléatoire de chaque sujet d'étude, et garantit l'anonymat des verbatim.

Les observations s'effectuent au cabinet de kinésithérapie de l'observé lors de la réalisation d'une séance de RP. Pour des raisons sanitaires, les observations réalisées après mai 2020 s'effectuent en visioconférence. L'observation accomplie identifie les caractéristiques logistiques de la salle de soins du MK. Un récit chronologique détaille l'environnement de la salle de soins, les éventuels instruments ou appareillages utilisés, les gestes et les activités mis en œuvre.

En amont de l'étude, deux sessions tests ont été organisées en novembre 2019 pour tester et valider le guide d'observation utilisés pour le recueil des données. Par ailleurs, cela a été l'occasion pour l'intervieweur de s'aguerrir aux techniques spécifiques de la recherche qualitative. Le superviseur de l'étude a validé le guide d'observation en janvier 2020. Les données issues de la deuxième session test réalisée avec un MK expérimenté non titulaire du DU de RP mais impliqué dans le CFPRP ont été jugées suffisamment valides pour intégrer les données de l'étude.

Chaque observation est anonymisée, retranscrite sous la forme d'un *récit chronologique*, codée, résumée et analysée. Les enregistrements une fois retranscrits sont détruits. Le référentiel métier rédigé par l'Ordre des MK, le référentiel de compétences de la profession, les textes législatifs et conventionnels officiels (Nomenclature générale des actes de la profession) servent de comparateurs pour vérifier l'adéquation des pratiques de la RP avec les pratiques prescrites et pour identifier les activités et compétences spécifiques de la RP. Pour favoriser l'analyse des données issues des observations, une grille de synthèse des données a été créée ([tableaux I, II, III, IV](#)). Elle vise à consigner les aspects logistiques, chronologiques, activités et techniques réalisées au cours de séances observées. Avant l'analyse des données recueillies, chaque participant à l'étude a validé le résumé de l'observation faite.

L'investigateur est un MK en activité exerçant en cabinet libéral depuis 15 ans et diplômé en RP depuis 9 ans. Il supervise et accueille en stage clinique des étudiants en kinésithérapie depuis 5 ans.

Résultats

Le corpus de praticiens observé se compose de 2 femmes et 5 hommes âgés en moyenne de 48,3 ans (Déviation standard (DS) : 8,52), pratiquant la kinésithérapie depuis 25,4 ans (DS : 8,32) et titulaires du DU de reconstruction posturale depuis 14,7 ans (DS : 7,23). Quatre MK ont une pratique exclusive de la RP ; les trois autres ont une pratique mixte RP et kinésithérapie conventionnelle.

De manière générale il a été constaté une grande homogénéité des pratiques pour ce corpus de praticiens tant sur la chronologie, les moyens logistiques utilisés que sur les techniques mises en œuvre lors d'une séance de traitement.

Ainsi, dès la deuxième observation, très peu de nouvelles données sont apparues ; la saturation des données semble obtenue à partir de la cinquième observation.

Les séances observées sont d'une durée de 52,4 minutes (DS : 8,42), toujours individuelles avec une présence permanente du MK auprès du patient. Les patients observés étaient 5 femmes et 2 hommes.

Les pathologies sont variées (Tableau II) : il s'agit de troubles musculo-squelettiques (4/7), de séquelles algiques post-lobectomie (1/7), d'un syndrome de Cougerot (1/7), de troubles de la statique du rachis (1/7). Les troubles algo-fonctionnels constituent la plainte principale des patients (6/7), un seul patient consulte pour un motif esthétique. Les phases de traitement observées sont variées : phase d'attaque des plaintes initiales du patient (2/7), phase de gestion des plaintes (2/7) et d'entretien (3/7).

Des actes kinésithérapiques classiques sont identifiables chez la totalité des MK : interrogatoire préalable à la séance (5/7), écoute et prise en compte des plaintes du patient (7/7), évaluation statique du patient (5/7), traçabilité des soins (2/7), gestes pour soulager la douleur (6/7), gestes pour améliorer des troubles fonctionnels (6/7), conseils d'hygiène de vie (3/7).

Au niveau logistique : les actes se passent au sol sur un tapis, il n'y a pas de table de massage, pas de crème, pas d'instrument ou d'appareillage (Figure 1), à l'exception de l'utilisation d'un saturomètre observée chez le patient ayant subi une lobectomie en début et fin de séance, et de la disposition de cales sous certains segments corporels pour un autre. Le patient réalise essentiellement la séance allongée en décubitus dorsal, mais aussi debout (1/7) et assis sur un tapis (3/7).

Au niveau des actes observés, tous les praticiens demandent au patient une ventilation particulière. Il s'agit d'une expiration profonde prolongée qui s'effectue du début à la fin de séance. Cette respiration fait apparaître quasi systématiquement une activité musculaire modérée à importante du tronc et des membres. Seul un MK interrompt cette respiration au cours de la séance et réalise une technique sans cette respiration.

Chez tous les MK sont observées des mobilisations segmentaires et articulaires. Bien que les mouvements réalisés puissent se faire sur une grande amplitude, il ne semble pas y avoir d'objectif d'étirement myofascial ou de gain d'amplitude articulaire sous-tendant l'action. Ainsi, la réalisation de mouvements passifs, c'est-à-dire sans demande formelle au patient de réaliser ou d'aider le mouvement, est observée chez plusieurs MK (5/7). Les MK semblent s'intéresser à identifier les résistances aux mouvements ou l'aide musculaire involontaire du patient sur les différents secteurs du mouvement (Figure 2). Autrement dit, les MK cherchent à obtenir une passivité musculaire stricte du patient sur toute l'amplitude du mouvement réalisé. Par exemple, un MK mobilise la coxo-fémorale droite du patient et stoppe le mouvement lorsqu'il ressent une aide ou une résistance

musculaire à la mobilisation. Il attend d'obtenir un relâchement musculaire effectif pour continuer le mouvement. Pour objectiver cela, le MK peut se dérober et confronter le patient à la pesanteur (la jambe reste en l'air) ou donner des informations proprioceptives manuelles ou verbales pour faciliter la perception de la contraction musculaire abusive.

Chez l'ensemble des MK (7/7), les techniques actives de traitement mises en œuvre, demandant la réalisation volontaire d'un mouvement par le patient, procèdent par facilitation neuro-musculaire et provoquent des réponses musculaires et des syncinésies observables, assimilables à celles décrites dans le phénomène de *motor-overflow*, à distance du lieu de mise en œuvre de la technique. L'apparition de ces réponses semble recherchée par le MK pour valider la bonne réalisation de la technique. De même, la diminution de l'expression de ces réponses apparaît comme utilisée par le MK pour l'arrêt de la technique effectuée. Autrement dit, là encore c'est le relâchement musculaire objectivé par la diminution de la réponse induite par la technique qui semble recherché.

Les réponses neuro-musculaires observées sont souvent peu ou pas conscientisées par le patient et nécessitent parfois une information verbale ou manuelle du MK pour la rendre perceptible au patient.

Les mouvements réalisés peuvent être des *mouvements combinés*, comme une abduction en rotation médiale du bras (Figure 3). Des *mouvements dissociés*, comme la dissociation de la flexion de la métatarso-phalangienne et des interphalangiennes lors d'une dorsiflexion de cheville (Figure 4) ; spontanément les métatarso-phalangiennes et les interphalangiennes se mettent en extension. Enfin, il peut s'agir de la *correction active d'une déformation corporelle* probablement identifiée lors des évaluations statiques initiales. Par exemple, il a été observé la demande du maintien actif d'un contact sur les condyles fémoraux internes chez un sujet présentant un genu varum.

La proprioception et la perception du « schéma corporel » du patient semblent constituer un élément central des techniques observées dans l'ensemble du corpus. Par exemple, pour réaliser une manœuvre de traitement, un MK demande au patient de « dissocier son bras du thorax ». Une autre demande au patient de « laisser son dos s'approcher du sol » sur le temps expiratoire. Parfois cela consiste à laisser le patient sentir les tensions qui apparaissent lors de la réalisation des techniques et d'attendre que celles-ci s'atténuent. Par exemple, un patient a ascensionné les épaules en cherchant à déplier activement le dos en station assise avant que ce phénomène soit neutralisé au bout de deux minutes environ.

La respiration et la réalisation des techniques semblent constituer un point de focalisation important pour le patient, et lui demandent à la fois une grande concentration et un engagement constant pour exécuter la manœuvre proposée par le MK. Cela d'autant plus que les échanges avec le patient se limitent quasiment à des consignes et à des indications verbales ou manuelles pour la bonne

réalisation des manœuvres demandées. Un seul MK a fait une pause pour discuter avec le patient avant de reprendre la séance.

Enfin, une technique assimilable à de la thérapie manuelle orthopédique a été observée une fois en cours de séance chez un MK.

Discussion

Principales réponses apportées par l'étude

Il existe, dans les séances observées, des gestes et des attitudes conformes à ceux prescrits aux MK mais aussi des spécificités de pratique qui suggèrent la mobilisation de savoirs et de savoir-faire particuliers. Sur la base des observations faites, la RP consiste en des séances individuelles de longue durée ne nécessitant aucun matériel particulier. La RP est une forme particulière d'exercice thérapeutique utilisant des techniques actives et/ou passives, localement ou à distance des zones corporelles cibles, dans le but d'améliorer la fonction musculaire et les algies du patient. Les indications réelles et la stratégie thérapeutique suivie par les praticiens méritent des clarifications. Ces MK semblent s'appuyer sur l'analyse de déséquilibres morphologiques et de dysfonctions musculaires. L'utilisation du phénomène de *motor-overflow* dans un but thérapeutique constitue la principale originalité de la méthode, et ouvrirait la voie à des innovations rééducatives.

Comparaison avec les données de la littérature

Des activités mises en œuvre par les praticiens RP sont similaires à celles prescrites aux MK : écouter et examiner un patient de façon analytique et globale, traiter les plaintes du patient, prévenir les troubles algo-fonctionnels. En se référant au référentiel de compétences définies pour la profession [2], c'est essentiellement les compétences 4 et 5 qui sont mobilisées par les praticiens lors des actes effectués.

Des spécificités de pratiques se retrouvent dans cet échantillon de MK. Ainsi, la durée d'une séance est supérieure aux 30 minutes recommandées par les textes officiels [11] pour des actes individuels de ce type. L'absence systématique de table de massage, de crèmes ou d'appareillage rééducatif constituent également une originalité et diffère de « l'imagerie populaire » communément associée au MK. Une recherche sur un moteur de recherche généraliste avec les termes « salle-soin-kinésithérapie-image » fait apparaître exclusivement des salles avec des tables et/ou du matériel rééducatif. Par ailleurs, ces MK possèdent une vision holistique du patient, ce qui autorise des stratégies de traitement se réalisant à distance du symptôme. Cette vision « globale du patient » semble partagée par les diverses méthodes kinésithérapiques issues des travaux de Françoise Mézières [12,13].

Les techniques déployées lors des séances de RP présentent des caractéristiques particulières et ne correspondent pas à des techniques enseignées en formation initiale. Certaines de ces techniques

sont documentées dans la littérature [14,15]. Au cours des séances, tous les MK ont réalisé des techniques actives, et une majorité les combinent à des techniques passives. Le patient réalise un effort proprioceptif important, que ce soit en dissociant ou en associant des mouvements ou en rendant perceptibles des contractions involontaires peu ou pas conscientisées. Cela est en adéquation avec certaines recommandations actuelles, pour des pathologies comme la lombalgie, de la nécessité d'une prise en charge active, et la présence de troubles proprioceptifs chez ces patients [16].

Certaines techniques pourraient s'assimiler à des postures d'étirement myofascial actif [12]. Toutefois, il est constaté que le MK s'intéresse fortement aux réactions neuro-musculaires apparaissant à distance, au niveau de l'extrémité céphalique par exemple pour l'élévation des membres inférieurs, et néglige le potentiel effet d'étirement obtenu sur les muscles des plans postérieurs. Ainsi, l'effet d'irradiation neuromusculaire obtenu par la technique semble l'élément majeur recherché par les MK. Les techniques procédant par un phénomène de facilitation neuro-musculaire sont généralement utilisées pour améliorer la mobilité et la force musculaire du sujet [17] ; ce qui ne semble pas être l'objectif des MK observés puisque l'arrêt de la technique réalisée semble concomitant d'une diminution des réponses neuro-musculaires déclenchées. Il se pourrait que ce soit un effet de relâchement musculaire qui soit recherché.

Les MK s'intéressent à des réponses musculaires pas ou peu conscientisées par le patient. Ainsi, certaines techniques passives utilisent la résistance non perçue immédiatement par le patient à certains mouvements. Le relâchement musculaire recherché semble s'objectiver pour le MK lorsque cette résistance disparaît au moins partiellement. Il serait intéressant de vérifier par des études ultérieures si ces réponses neuro-musculaires induites sont en lien avec une altération sensori-motrice sous-jacente.

Dès lors, cela confirmerait que la RP constitue une technique rééducative originale des troubles sensori-moteurs.

La ventilation observée et demandée au patient ne correspond pas à des techniques de désencombrement bronchique [18] ou de relaxation. Il s'agit d'une *ventilation spécifique*, une expiration profonde prolongée, qui partage des similitudes avec la respiration ample décrite par Mézières [12]. Cette respiration occupe une place centrale dans la séance. Les entretiens devront faire expliciter l'intérêt et les buts suivis par cette respiration spécifique.

Point fort de l'étude

Pour comprendre un phénomène, il est important de le connaître. Ces observations *in situ* permettent de mieux appréhender la réalité des actes de ces MK. Cela est essentiel pour caractériser précisément les pratiques RP et ainsi identifier en quoi celles-ci seraient spécifiques.

Les liens de proximité de l'investigateur avec les MK ont été un atout pour obtenir l'accord des professionnels pour participer à l'étude. En outre, cela a permis de créer l'environnement de confiance nécessaire à des observations de qualité.

Limites de l'étude

L'absence de neutralité de l'investigateur réduit la validité de l'étude. La supervision de ce travail, à visée diplômante, a été faite par des universitaires extérieurs à la profession. Cela a permis de limiter l'influence de l'enquêteur. Pour maximiser la fiabilité de l'étude, il aurait été utile de réaliser les observations à plusieurs investigateurs. Toutefois, trouver un kinésithérapeute au profil adéquat, prêt à consacrer son temps sans rémunération, n'est pas chose aisée. Il semble opportun que la profession se dote de manière significative de laboratoires de recherche et de kinésithérapeutes-chercheurs.

Les observations effectuées se limitaient à une seule séance par MK. Il serait intéressant de suivre l'évolution d'un traitement sur la durée, non seulement pour mieux en percevoir la logique et les objectifs mais aussi pour mieux s'assurer de la réalité des pratiques observées. En outre, il serait bon pour des études ultérieures d'observer la première séance qui constitue la séance d'évaluation de prise en charge du patient, et permet au MK d'élaborer une stratégie et un projet thérapeutique adapté au patient.

Conclusion

Il a été identifié dans les séances de RP des gestes et des attitudes qui sont compatibles avec les compétences prescrites à la profession. Par ailleurs, des caractéristiques logistiques, gestuelles sont originales et seraient de nature à modifier certaines représentations identitaires de la profession. Cela d'autant que les modalités de mise en œuvre des techniques rééducatives requièrent des connaissances spécifiques.

L'analyse des activités observées corroborent l'existence d'une expertise clinique kinésithérapique propre et partagée par ces praticiens.

Des interrogations subsistent : de quelle manière les plaintes algo-fonctionnelles sont prises en compte pour la construction de la séance et d'un traitement ? De même, des observations de la statique des patients sont réalisées de manière quasi systématique par l'ensemble des MK. Quel est l'intérêt de ces observations ? Guident-elles le MK dans la construction de sa séance ?

Bibliographie :

- [1] Remondière R, Durafourg MP. Regards sur la kinésithérapie en 2018. Santé Publique 2018 ; 6 : 869-76. DOI: 10.3917/spub.187.0869.
- [2] République française. Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. p51. Légifrance : le service public de la diffusion du droit [En ligne]. [Cité le 4 avril 2020] Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/9/2/AFSH1516234D/jo/texte>
- [3] Groupe d'experts coordonné par Roquet P, Franck G. Le référentiel de la profession, Ordre MK, 2013, [En ligne]. [Cité le 18 mars 2020] Disponible : <https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/le-referentiel-du-masseur-kinesitherapeute-et-du-masseur-kinesitherapeute-osteopathe/>
- [4] Ponomarenko GN. Physical therapy: prospects for the systematic development. Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult 2017; 94: 59-64. Russian. DOI: 10.17116/kurort201794659-64. PMID: 29388935.
- [5] Van loon K, Peeters D, Wardavoir H, Parmentier P, Romanus C, Parent F. Réforme des études de kinésithérapie dans deux hautes écoles belges. Construction d'un référentiel de compétences intégré en kinésithérapie. Pédagogie Médicale 2013; 14: 107–17. DOI:10.1051/pmed/2013046
- [6] Parent, et al. Penser la formation des professionnels de santé : une perspective intégrative. Paris, De Boeck. 2018.
- [7] Pastré P, Mayen P, Vergnaud G. La didactique professionnelle. Revue Franç Pédagogie 2006 ; 154. DOI : 10.4000/rfp.157.
- [8] Wittorski R. Jeter les bases d'une conception d'ensemble des liens entre activité-compétence professionnalisation/ développement professionnel-identité. Penser l'éducation, Laboratoire CIVIIC. 2009; 25: 143-55.
- [9] Gosselin M, Viau-Guay A, Bourassa B. Le développement professionnel dans une perspective constructiviste ou socioconstructiviste : une compréhension conceptuelle pour des implications pratiques. Perspect Interdisciplinaires Travail Santé 2014 ; 16. DOI : 10.4000/pistes.4009.
- [10] Uwamariya A, Mukamurera J. Le concept de développement professionnel en enseignement : approches théoriques. Rev Sci Education 2005; 31 : 133–55.
- [11] Nomenclature générale des actes professionnels. Assurance Maladie. Titre XIV, p 94. Ameli.fr : l'assurance maladie [En ligne]. [Cité le 29 août 2020]. Disponible : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/697957/document/ngap-assurance-maladie-29-aout-2020.pdf>
- [12] Gain-Duval S, Paquette AM. Méthode Mézières : Moyens thérapeutiques. Kinesither Rev 2020; 20: 224–5.

- [13] Carpintero C, Origen y desarrollo del concepto de cadenas musculares en fisioterapia. [Thèse]. Madrid - Université Complutense de Madrid - Faculté de Médecine. 2015.
- [14] Ehret J. Apport de la reconstruction posturale dans le traitement des névralgies occipitales : étude de 2 cas. *Kinesith Rev* 2016; 20: 81-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.11.012>
- [15] Destieux C, Nisand M. Geste pratique : l'abduction en rotation médiale du membre supérieur en Reconstruction posturale®. *Kinésithér Scient* 2010; 513:35-41.
- [16] Laird RA, Gilbert J, Kent P, Keating JL. Comparing lumbo-pelvic kinematics in people with and without back pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* 2014; 10: 229. DOI: 10.1186/1471-2474-15-229.
- [17] Hindle KB, Whitcomb TJ, Briggs WO, Hong J. Proprioceptive neuromuscular facilitation (pnf): its mechanisms and effects on range of motion and muscular function. *J Hum Kinet* 2012; 31:105-13. DOI: 10.2478/v10078-012-0011-y.
- [18] Postiaux G. La kinésithérapie respiratoire du poumon profond. Base mécanique d'un nouveau paradigme. *Rev Maladies Respir* 2014; 31: 552-67. DOI : <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2013.11.009>

Iconographie :

Figure 1 : Illustration d'une salle de soin RP.

Figure 2. : Illustration d'une recherche de passivité musculaire stricte lors du passage d'une position en décubitus dorsale à une station assise du patient.

Figure 3 : Technique active d'abduction en rotation médiale du membre supérieur.

Figure 4 : Technique active de dissociation cheville-orteil avec élévation du membre inférieur.









Tableau I : Caractéristiques logistiques de la salle de soin.

	Obs 1	Obs 2	Obs 3	Obs 4	Obs 5	Obs 6	Obs 7
Tapis de sol	x	x	X	x	x	x	x
Miroir		x	X	x	x	x	x
Bâche quadrillée	x	x	X	x		x	
Aide instrumentale					cales		

Obs : observation

X : oui

Tableau II : Principales caractéristiques des patients observés.

	Obs 1	Obs 2	Obs 3	Obs 4	Obs 5	Obs 6	Obs 7
Age (ans)	31	57	XX	60	55	22	60
Sexe	F	F	F	H	F	H	F
Motif	Coxalgie droite	Algies diffuses de l'hémicorps droit	Syndrome de Cougerot	Séquelles post lobectomie droite/ lombalgie	Lombo-sciatalgie droite/ gonalgie droite/ Cervicalgie	Gonalgie	Scoliose
Type de plaintes	Algies et fonction	Algies et fonction	Algies et fonction	Algie lombaire droite	Gonalgie droite	Gonalgie droite et gauche	Esthétiq.

Obs : observation

F : femme

H : homme

Esthétiq. : esthétique

Tableau III : Principales caractéristiques du déroulement des séances observées.

	Obs 1	Obs 2	Obs 3	Obs 4	Obs 5	Obs 6	Obs 7
Phase du traitement	Initiale	Gestion	Entretien	Gestion	Entretien	Initiale	Entretien
Durée (minutes)	67	58	50	46	54	41	51
Anamnèse	x	X	X	x	x		
Examen clinique	Éval. statique initiale et finale	Éval. statique initiale et finale	Éval. statique initiale et finale	Évaluation de la statique initiale et finale/ saturation en oxygène/ prise de température	Éval. statique initiale et finale	Aucun	Éval. statique
Nombre de techniques réalisées	4	5	6	3	3	4	8

Obs : observation

Eval. : évaluation

Tableau IV : Typologie des techniques observées.

	Obs 1	Obs 2	Obs 3	Obs 4	Obs 5	Obs 6	Obs 7
Expiration profonde prolongée	X	x	x	x	x	x	x
Technique active	X	x	x	x	x	x	x
Technique active-aidée					x		
Technique passive	X	x		x			x
Phénomène d'irradiation neuromusculaire visible	X	x	x	x	x	x	x
Massage	Avant-bras gauche / Diaph.	Diaph.	Diaph.	Diaph.	Pieds/ genou droit/ diaph./ dos	Diaph.	
Mobilisation segmentaire					Tibio-tars. droite/ genou droit		
Autre					TMO sur la rotule droite		

Obs : observation

Tibio-tars. : tibio-tarsienne

TMO : technique manuelle orthopédique