

CORPS LENTS, CORPS IMMOBILES : QUELLE PLACE POUR L'ABSENCE DE MOUVEMENT EN KINÉSITHÉRAPIE ?

Dr R.HUSSLER, kinésithérapeute, Directeur de l'IFMKDV de Lyon, Docteur en Sciences de l'Éducation

INTRODUCTION

Le thème de cet article fait écho à celui de l'article de Pascal Bordes (2010) dans la revue *Staps*¹. L'auteur, en effet, analyse les rapports complémentaires qu'entretiennent mouvement et non mouvement, non seulement dans les activités de type danse, gymnastique ou relaxation mais plus généralement dans les situations de jeux et de sports. Nous analyserons ces mêmes rapports dans le cadre de la kinésithérapie et analyserons l'impact de cette analyse sur la formation et la pratique professionnelle.

1 - PLACE DE LA NOTION DE MOUVEMENT EN KINÉSITHÉRAPIE

La notion de mouvement occupe une place centrale en kinésithérapie puisque le mot même vient du grec « *kinêsis* » qui signifie mouvement. Il est intéressant de noter le commentaire de P. Bordes (2010 : 96) à propos du lien entre la kinésithérapie et le mouvement : « *Une balle peut être en mouvement, les planètes sont en mouvement, l'eau d'une rivière est*

en mouvement, un bateau peut être en mouvement, et l'on peut dire que l'art du kinésithérapeute est de travailler sur et par le mouvement, quand bien même le patient serait passif. ». L'enseignement et la pratique professionnelle sont par conséquent fortement influencés par la notion prédominante de mouvement. Par exemple, l'enseignement accorde une importance à la cinésiologie² et la biomécanique dont ils sont les socles fondamentaux. Or les définitions de ces notions (dans la note en bas de page) sont étroitement liées avec la notion de mouvement.

Considérer le mouvement comme concept unique sur lequel reposerait la kinésithérapie serait comparable à une chaise à qui il manquerait un pied générant une position bien inconfortable. Pour souligner ce point, voyons l'analogie avec l'éducation physique. P. Bordes (2010 : 95), dans l'article précité, remarque : « *Faire de l'éducation physique la discipline du « corps en mouvement » est une impasse et relève d'un cartésianisme désuet.* ».

[1] Pascal Bordes, « Corps lents, corps immobiles : quelle place pour l'absence de Mouvement en EPS ? », *Staps* 2010/4 (n° 90), p. 93-101. DOI 10.3917/sta.090.0093. Disponible sur le site <https://www.cairn.info/revue-staps-2010-4-p-93.htm>

[2] Selon le dictionnaire de kinésithérapie et de réadaptation de Dufour et Gedda (2007), la cinésiologie est l'étude (logos) du mouvement (kinêsis) et la biomécanique est l'étude des lois régissant les mouvements humains

Le cartésianisme mentionné ici fait référence à une vision analytique de la pensée humaine, et considérée aujourd'hui comme restrictive et manquant du caractère holistique qui est aujourd'hui nécessaire pour résoudre des problèmes globaux, en systémique par exemple. L'esprit « cartésien » peut ainsi faire trop appel à une forme déductive de raisonnement, et pas assez à son intuition et à l'induction. Ne pourrait-on pas appliquer ce raisonnement à la kinésithérapie ?

Afin d'élargir le concept de mouvement, analysons maintenant les rapports de la kinésithérapie avec le modèle biopsychosocial de santé.

2 - KINÉSITHÉRAPIE ET MODÈLE BIOPSYCHOSOCIAL

Le modèle biopsychosocial procède de la définition donnée à la santé par l'Organisation mondiale de la santé, à savoir : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »³. Il s'agit d'un modèle intégrateur à la fois des composantes biologiques mais aussi psychologiques et sociales. La kinésithérapie a suivi l'évolution du concept de la santé, passant du modèle biomédical (où les composantes biomécaniques sont essentiellement considérées) au modèle biopsychosocial.

Prenons par exemple le bilan diagnostique kinésithérapique, tel qu'il est enseigné dans les instituts de formation. Celui-ci repose sur le modèle biopsychosocial et plus précisément sur la classification internationale du handicap où les considérations psy-

cho-sociales (facteurs environnementaux et personnels) sont prises en compte.



Figure 1: Classification internationale du fonctionnement et du handicap

Voyons maintenant comment considérer la notion de mouvement dans ce concept intégrateur et quel en est l'impact sur la pratique professionnelle.

3 - CONCEPT DE CONDUITE MOTRICE

Pour paraphraser P. Bordes, considérer le patient sous l'angle du mouvement perturbé, c'est tenir compte du seul aspect descriptif, alors même que selon Berthoz (1997)⁴ « le mouvement est toujours expression d'une intention ». Il s'agit donc de réunir à la fois les aspects biologiques et psycho-sociologique de cette pratique :

[3] Définition donnée dans le Préambule adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948 à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.

[4] BERTHOZ, A. (1997). Le sens du mouvement. Paris, Odile Jacob.

- le « **corporel** » : biomécanique, physiologique, physique, anthropométrique
- le « **psychologique** » : projets, calculs, élans, craintes, histoire, vécu, mécanismes mentaux plus ou moins conscients
- le « **sociologique** » : rapports à autrui, à la situation et à ses règles partagées de fonctionnement.

Pour P. Bordes, le terme le plus adapté pour qualifier ce concept intégrateur est celui de conduite motrice qui se définit comme « l'organisation signifiante des comportements moteurs » (Parlebas, 1981)⁵. Cette perspective permet de ne pas dissocier l'observable (les comportements moteurs) et les intentions qui y sont rattachées en fonction de la situation dans laquelle est plongé le sujet.

Pour intégrer ce concept de conduite motrice, les kinésithérapeutes ont besoin de d'élargir leur regard, et la théorie Gestaltiste peut les y aider.

4 - KINÉSITHÉRAPIE ET THÉORIE DE LA GESTALT

Penser en termes de conduite motrice nous permet de poser un regard différent sur la situation observée. En analysant l'expérience réalisée en 1922 par un théoricien de la Gestalt du nom de Wertheimer⁶, nous comprendrons mieux ce qui est nécessaire d'ajouter à la notion de mouvement pour obtenir une vision globale, unificatrice et signifiante de la situation ou du sujet observé.

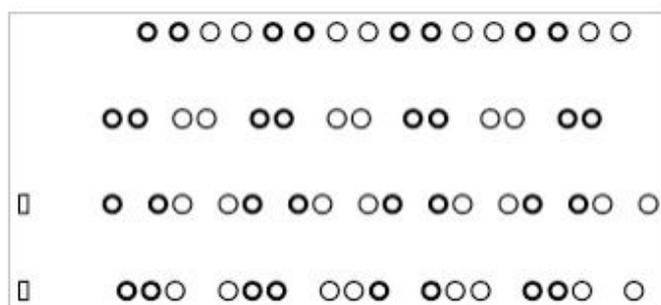


Figure2: expérience de Wertheimer en 1922

Qu'est ce qui permet de donner du sens à ces différentes lignes de cercles ? Ce sont bien les espaces entre les cercles groupés qui donnent du sens à ces formes. On voit bien, alors que notre regard est focalisé sur les cercles, que ce sont les espaces laissés entre ces cercles qui nous permettent de distinguer des formes. Ainsi, les quatre lignes ne sont pas perçues à l'identique, alors même qu'elles présentent le même ordonnancement de cercles. Maintenant imaginons que les cercles représentent la notion de mouvement, que représentent donc les espaces entre les cercles ? **Le non mouvement.**

Il en est de même en Kinésithérapie. Le regard porté sur la personne, dans une perspective d'évaluation ou d'intervention, gagnerait à intégrer les espaces entre les cercles, et considérer le mouvement et le non-mouvement.

Voyons maintenant ce que signifie le non mouvement en kinésithérapie.

5 - NOTION DE NON MOUVEMENT ET KINÉSITHÉRAPIE

Le non mouvement signifie la lenteur, les blocages et immobilisations segmentaires, les postures, les maintiens, les tensions et mobilisations isométriques.

Il a pour noms : perception des sensations, écoute de soi, attention intériorisée, mouvement ralenti à l'extrême. Il existe un courant de pensées en kinésithérapie qui a valorisé le non mouvement à travers des noms comme Feldenkrais, Gerda Alexander avec l'Eutonie, Thèrèse Bertherat avec l'antigymnastique pour ne citer que les plus connus.

Concrètement quel est l'impact sur notre pratique professionnelle ? Le non mouvement peut être utilisé dans l'apprentissage perceptif. L'apprentissage perceptif consiste à utiliser la voie kinesthésique pour s'approprier ou incorporer une posture préventive des douleurs.

[5] PARLEBAS, P. (1981). Contribution à un lexique commenté sur une science de l'action motrice. Paris, INSEP.

[6] GUILLAUME, P. (1937). La psychologie de la forme. Paris, Alcan.

Prenons l'exemple de l'apprentissage du transfert couché-assis en prévention de douleurs lombaires. L'apprentissage traditionnel consiste à utiliser les canaux visuels et auditifs pour transmettre une information. Cette information provient d'une référence extérieure à la personne, à savoir le thérapeute qui se positionne en détenteur de la bonne information (le kinésithérapeute possède le savoir et la légitimité). Dans ce modèle, une explication des principes du transfert, une démonstration par le thérapeute puis une répétition du geste adapté sont considérés comme garant de l'efficacité de l'apprentissage du transfert. Nous laisserons les kinésithérapeutes habitués à utiliser ce modèle répondre de l'efficacité à court et à long terme de cette méthode et ce quel que soit les personnes en soin.

L'apprentissage perceptif utilise exclusivement le sens kinesthésique et considère que la personne a les moyens intrinsèques pour comprendre et assimiler le transfert couché-assis. Le principe pédagogique consiste à guider la personne afin de percevoir dans son corps la stratégie la plus économique pour passer de la position couchée la position assise.

Voilà un exemple de stratégie perceptive qui fait appel à la perception des sensations.

1. Evaluer la stratégie de la personne pour passer de la position couchée à la position assise et noter dans quelle mesure celle-ci est adaptée (économique et protectrice de la région lombaire). Si tel n'est pas le cas, passer au point 2
2. Faire percevoir la position couchée en décubitus par la perception des appuis, de la position et des tensions dans le corps
3. Proposer à la personne de s'asseoir en lui demandant d'observer sa stratégie (modification des appuis, utilisation des muscles, tension dans le dos, etc.) sans faire de commentaires
4. Lui proposer de percevoir d'autres façons de s'asseoir avec l'objectif de réaliser le mouvement avec le moins d'énergie musculaire possible
5. Discuter du résultat obtenu et analyser la stratégie retenue : avantages/inconvénients pour le dos, en situation de faiblesse, en termes d'autonomie, etc.
6. Lui suggérer de tester cette nouvelle stratégie à chaque fois qu'elle doit effectuer un transfert

couché-assis

7. Observer si la nouvelle stratégie est intégrée/analysée ainsi que les obstacles à sa mise en place

La pédagogie ou apprentissage perceptif peut sembler exiger davantage de temps car elle suppose utiliser un sens peu ou pas utilisé, à savoir le sens kinesthésique.

Toutefois, en termes d'appropriation du geste adapté, et devant les limites des autres types d'apprentissage, cela ne vaut-il pas le coup d'essayer ?

Bien sûr il ne s'agit là que d'une proposition de stratégie perceptive nécessitant une validation scientifique pour déterminer de sa réelle efficacité mais le tester dans le cadre de notre pratique clinique pourrait permettre des études ultérieures.

CONCLUSION

Depuis sa naissance, le regard kinésithérapique s'est porté plus essentiellement sur les cercles (mouvement) que sur les espaces (non mouvement) qui pourtant les organisent et leur donnent du sens. **Ne serait-il pas temps d'intégrer dans notre vision professionnelle ces deux notions de mouvement et de non mouvement ?**

Ne pourrions-nous pas élargir la définition de la kinésithérapie/physiothérapie par le concept novateur et unificateur de conduite motrice et des intentions et significations qui le sous-tendent : ***Voulons-nous participer à cette progression dans notre pratique dès à présent ?***