

## **Introduction**

Le thème de cet article fait écho à celui de l'article de Pascal Bordes (2010) dans la revue Staps<sup>1</sup>. 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 est par conséquent fortement influencée par la notion prédominante de mouvement. Par exemple, l'enseignement accorde une importance à la cinésiologie<sup>2</sup> 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.*** » 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**

---

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 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.* »<sup>3</sup>. Il s'agit d'un modèle **intégrateur** à la fois des composantes **biologiques** (biomécanique en kinésithérapie) 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 diagnostic 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 psycho sociales 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 s'en tenir au seul aspect **descriptif**, alors même que selon Berthoz (1997)<sup>4</sup> « *le mouvement est toujours expression d'une intention* ». Il s'agit donc de réunir à la fois les trois dimensions :

- 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, aux aspects culturels et historiques de cette pratique.

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)<sup>5</sup>. 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.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> BERTHOZ, A. (1997). Le sens du mouvement. Paris, Odile Jacob.

<sup>5</sup> PARLEBAS, P. (1981). Contribution à un lexique commenté sur une science de l'action motrice. Paris, INSEP.

Pour intégrer ce concept de conduite motrice, les kinésithérapeutes ont besoin 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 Wertheimer<sup>6</sup>, 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.

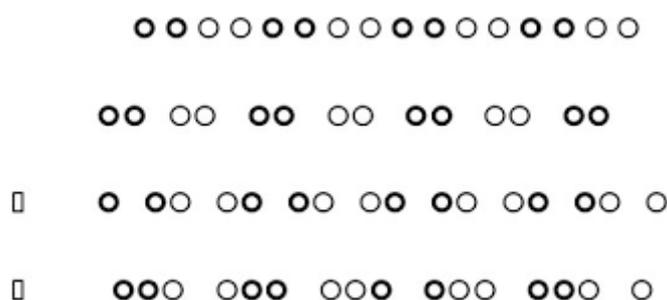


Figure 2 : expérience de Wertheimer en 1922

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 cercles et les espaces entre les cercles, les mouvements et les non-mouvements.

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 pensée en kinésithérapie qui a valorisé le non mouvement à travers des noms comme **Feldenkrais**, Gerda Alexander avec l'**Eutonie**, Thérèse 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.

Prenons l'exemple de l'apprentissage du transfert couché assis en prévention de douleurs lombaires. L'apprentissage traditionnel consiste à utiliser principalement les canaux visuels et auditifs pour transmettre une information. De plus, l'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

<sup>6</sup> GUILLAUME, P. (1937). *La psychologie de la forme*. Paris, Alcan.

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 quelque 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 d 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 puis analyser 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 l'échec des autres types d'apprentissage, ne serait-il pas pertinent d'essayer ?

## 6° Pistes de recherches

Il serait intéressant d'effectuer une étude visant à comparer les méthodes d'apprentissage afin de démontrer leur efficacité respective. Par exemple, deux groupes A et B de personnes en soin pourraient être constitués de manière aléatoire en ayant pris soin de choisir des personnes dont le transfert couché assis n'est pas acquis. Les personnes du groupe A bénéficient d'un apprentissage classique de type cognitif (explication démonstration et répétition). Les personnes du groupe B bénéficie d'un apprentissage perceptif. Au bout d'un nombre de séances déterminés, une évaluation des résultats obtenus est effectuée (par observation, questionnaire ou enregistrement vidéo).

## Conclusion

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