



HAL
open science

Valuation et corps de l'enquête

Paul Olry, Marie-Thérèse Froissart-Monet

► **To cite this version:**

Paul Olry, Marie-Thérèse Froissart-Monet. Valuation et corps de l'enquête. Questions Vives, recherches en éducation , 2018. <halshs-01743263>

HAL Id: halshs-01743263

<https://shs.hal.science/halshs-01743263v1>

Submitted on 26 Mar 2018

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.



HAL Authorization

Valuation et corps de l'enquête

The body of inquiry, between experience and valuation: Dewey's contributions.

Paul Olry et Marie-Thérèse Froissart-Monet



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/questionsvives/2083>

ISSN : 1775-433X

Éditeur

Université Aix-Marseille (AMU)

Édition imprimée

Date de publication : 31 juillet 2017

ISBN : 978-2-912643-51-3

ISSN : 1635-4079

Référence électronique

Paul Olry et Marie-Thérèse Froissart-Monet, « Valuation et corps de l'enquête », *Questions Vives* [En ligne], 27 | 2017, mis en ligne le 31 décembre 2017, consulté le 02 mars 2018. URL : <http://journals.openedition.org/questionsvives/2083>

Ce document a été généré automatiquement le 2 mars 2018.



Questions Vives est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Valuation et corps de l'enquête

The body of inquiry, between experience and valuation: Dewey's contributions.

Paul Olry et Marie-Thérèse Froissart-Monet

- 1 Le corps apparaît implicitement dans la pensée de Dewey dans le seul chapitre 2 de Logique, la théorie de l'enquête (1993). Le propos développé concerne alors le fondement biologique de l'enquête. Nous en retenons deux idées : i) la continuité de l'expérience est aussi corporelle, ii) au moyen de l'environnement au sein duquel s'intègre le corps de l'enquêteur. Quel sera ici notre objectif ? Nous souhaitons mettre à l'épreuve, à la suite de Thievenaz (2013) d'une part, la pertinence de la notion d'enquête lorsque celle-ci s'intéresse au corps à corps soignant/patient¹ dans les métiers de la réadaptation/rééducation ; d'autre part, nous proposons de considérer cette interaction à finalité capacitaire, au prisme des opérations de valuation réalisées tant par le soignant que par son patient lors d'une enquête menée de concert. Cette perspective replace le travail d'un praticien comme une expérience de l'échange avec un patient déployant sa propre expérience de « soigné » selon des modalités toujours inédites.
- 2 Enquête et valuation sont deux thématiques de l'œuvre de Dewey qui nous semblent en l'espèce devoir être abordés ensemble s'il s'agit de comprendre comment l'enquête est susceptible de faire d'une situation de soin asymétrique, dans les places comme dans l'interaction, une rencontre d'expériences ayant une unité. Nous les aborderons ici à partir de données recueillies auprès de professionnels de la santé, dans le cadre de recherches (Olry et Bautzer, 2003 ; Olry, Lang, Froissart, 2005) concernant les apprentissages professionnels du métier par des novices. Nous utilisons ici à dessein le terme de métier, pour signaler qu'en formation des adultes, la référence d'apprentissage ne saurait être réduite à un référentiel de formation prescrit de l'extérieur du travail. Elle intègre au contraire un corpus de protocoles, de procédures, de modèles d'action, d'un patrimoine de façons de faire, dont aucun référentiel ne saurait rendre compte. Ce patrimoine peu ou mal connu constitue pourtant une potentielle ressource pour de tous jeunes diplômés de la santé, qui se trouvent confrontés à une palette indéfinie de patients, de l'interaction pathologies, de traumatismes, qu'il leur appartient de réduire à un diagnostic, un protocole de soin, des procédures de prises en charge. C'est pour

appréhender la complexité de cette réduction, que nous mettrons ici à l'épreuve le concept de valuation dans un lien à l'enquête que nous préciserons.

1. Enquête et valuation

- 3 Ce que jusqu'ici nous avons compris de fondamental selon nous des apports de Dewey pour des recherches en formation professionnelle, c'est l'importance qu'il donne aux conséquences pratiques de toute action réalisée (1937, *How do we think?*). Son propos transposé nous invite à prêter autant attention aux processus de construction de notre pensée, qu'aux conditions du travail ou de la formation qui mobilisent cette pensée et sa traduction pratique. C'est un déplacement important qui est demandé ainsi à qui, comme dans la formation professionnelle des adultes, dispose d'un appareillage prêt à mobiliser, en l'occurrence l'ingénierie de formation. Appliquées à cet univers, les propositions développées par Dewey dans *Logique* (1987, trad. française), sont un défi permanent. Ne risque-t-on pas en effet dans l'espace de produire des discours sur les processus de la professionnalisation, sur les termes d'une professionnalité, sur les règles du professionnalisme, en considérant ces processus, ces règles hors des contenus de tâches, de savoirs et connaissances, de culture de métier sur lesquels une formation peut avoir des conséquences pratiques ? Comment cet appareillage peut-il prétendre sans cela être efficace, dont les effets sont reconnus par les professionnels, car correspondant aux prescriptions et l'attendu des gens de métier, mais aussi par les formateurs qui assurent l'intermédiation entre le savoir et les apprenants ?
- 4 L'ergonomie qui focalise son attention sur l'irréductibilité de la différence entre le prescrit et l'effectif au travail (Leplat, 1997), la sociologie critique du travail analysant les rapports de subordination, les psychologies du travail qui étudient finement éclairent déjà sous l'angle du travail les conditions qui favorisent une action professionnelle efficace pour les personnes, les collectifs et les organisations. Toutefois, si connaître le travail est essentiel pour la description des conséquences pratiques des actions professionnelles, l'affaire se complique lorsque l'activité réalisée mobilise autrui, pour le faire agir, comme c'est fréquemment le cas dans les situations de formation, et singulièrement en contexte de soin. C'est parce qu'il s'agit d'intermédiation entre un apprenant, un contenu et un « formateur » que la proposition de Dewey d'enquêter précisément à la recherche d'assertions garanties (Dewey, *Logique*, p, 60) revêt ici un caractère particulier. Rappelons que Dewey définit l'enquête comme « la transformation contrôlée ou dirigée d'une situation indéterminée en une situation qui est si déterminée en ses distinctions et relations constitutives qu'elle convertit les éléments de la situation originelle en un tout unifié » (1993, p. 169). Ce sont deux expériences qui se rencontrent, dans un moment socialement situé, au cours duquel l'enquête est contrainte dans le temps, dans l'espace et dans la capacité des actants à l'exprimer. La formation aux métiers du soin repose sur des vérités scientifiques établies par des démarches expérimentales statistiquement validées sur des échantillons significatifs ; la pratique du soin place face à face patient et soignant, menant chacun leur propre processus d'enquête. Si un patient a l'expérience de son déficit ou de sa gêne, le soignant dispose lui de connaissances nombreuses et variées leur propos. Leurs expériences ne sont donc pas nourries des mêmes faits et leur enquête ne débouchent pas également sur des « assertions garanties » évoquées plus haut. Dans les situations de soin entrent donc en

jeu l'intercompréhension, la coordination sur le sens de l'action, voire la coopération qui garantira la compréhension de la forme et de l'effet du soin prodigué.

- 5 Ainsi, l'enquête menée par un soignant² est d'abord et avant tout distribuée. Si dans sa relation au patient le soignant est le maître des mots, équipé d'un appareillage conceptuel scientifique et pratique, ce dernier est indispensable à la conduite de l'enquête, ne serait-ce que par corps interposé. Même s'il n'est pas interrogé, son corps répond.
- 6 Ainsi, la valuation se trouve-elle au cœur de l'enquête dans ces situations, et de façon singulière puisque que le patient et son corps en sont tout à la fois l'objet et l'acteur. Dewey nous invite à nous dégager d'une conception normative et substantialiste des valeurs (2011), au profit de leur appréhension comme conduites situées, que la description de l'activité permet de saisir. Ce point de vue relativise les conceptions de l'action en plan (Norman, 1989) chères au soin, au bénéfice de fins poursuivies, précises et stables, quand bien même l'action elle-même est sujette aux aléas. Étudiant ces conduites plus incertaines, moins calibrées, en les reconnaissant aux prises avec de circonstances qui n'autorisent pas leur évaluation dans un cadre prescrit, notre vision de la professionnalité se trouve enrichie par Dewey sur deux plans :
 - celui de la normativité au travail comprise comme un processus et non comme un idéal inatteignable ;
 - celui de l'intériorité de valeurs, affirmée dans un éthos professionnel de l'expertise avec lequel on peut pourtant se trouver en délicatesse.
- 7 Comme le suggèrent Bidet, Quéré, Truc (2011) ce déplacement de compréhension des valeurs comme substance (sous forme de préférences, désirs, convictions) à des valeurs en acte, observables comme un fait objet de connaissance, prend source dans une historicité de l'action. Un exemple récent illustre cette tension sur les valeurs liées au « prendre soin » des patients : un directeur d'hôpital psychiatrique affirme l'application d'une éthique du care dans son établissement tandis qu'une inspection y relève des contentions systématiques et prolongées non justifiées.
- 8 Notre propos s'intéresse donc ici à l'enquête lorsque celle-ci, menée par le soignant, est conjointement nourrie par son patient, au sein de laquelle les opérations de valuation de l'un comme de l'autre jouent un rôle pour la compréhension comme pour l'effectivité de l'action de soin.
- 9 La question sociale que nous nous posons est de l'agencement thérapeutique patient/masseur kinésithérapeute par l'appropriation du diagnostic médical d'un patient en termes de déficit traitable au regard des attentes de chacun.

2. La valuation, un opérateur de qualification dans l'enquête

- 10 Dans les pratiques de soin, il est commun de souligner l'asymétrie de position du soignant et du patient. La masso-kinésithérapie n'y déroge pas. Toutefois, accompagner un patient pour le rééduquer, qu'il se réadapte, le soulager nécessite son engagement. Les situations de soin kinésithérapiques sont donc tout à la fois normées par des protocoles et des procédures, fondés sur un corps de savoirs scientifiques conséquent. Mais ce travail prescrit considère le corps du patient comme une machine, que tout masseur-kinésithérapeute ne peut faire fonctionner sans le sujet qui l'habite. Dès lors, il convient d'abord de noter que la possibilité et la faisabilité de la mise en œuvre de protocoles

dépend de l'engagement du patient. Et par conséquent, nous considérons avec Parage (2017) que le praticien n'applique pas seulement des règles liées à une procédure antécédente de diagnostic, mais qu'il développe une enquête sur la situation globale du patient (Thievenaz, op. cit.), à laquelle celui-ci est étroitement associé.

- 11 L'enquête selon Dewey (1947) vise à faire d'un environnement indistinct une situation déterminée, son processus d'enquête (ses modalités, l'expérience continuée de l'enquêteur, etc.) participant lui-même à la forme donnée à un aboutissement toujours transitoire. En rapport étroit à l'expérimentation, le processus de l'enquête se complique lorsqu'elle ne peut se dérouler sans la contribution d'un autrui intéressé par son cheminement. Les situations de soin qui servent ici notre propos, ne se tiendraient d'abord pas sans un début d'enquête menée par un médecin. En une première conséquence pratique, celui-ci passe la main à un autre professionnel pour assurer une continuité de cette enquête. Mais le patient concerné est quant à lui non seulement objet mais contributeur à cette enquête qui se révèle sociale. Comme le signale Dewey (Logique, p. 592), « un enquêteur dans un champ particulier donné fait appel à des expériences de la communauté des compagnons de travail pour la confirmation et la correction de ses résultats ». C'est bien ce cas de figure qui advient, alors que le médecin confie la poursuite de la réflexion sur la base de ses « conclusions (...) ayant le statut d'hypothèses, à la recherche d'un accord » sur un diagnostic et des protocoles déjà établis. Mais c'est également le cas du masseur-kinésithérapeute avec son patient qui poursuit avec lui une enquête dans laquelle les corps de l'un comme de l'autre sont engagés par des mobilisations, des manipulations, des massages, etc.
- 12 L'enjeu du soin n'est pas seulement de procéder à une réparation, à une récupération de capacité à l'identique, mais de se mettre d'accord sur un objectif partagé réaliste au regard de fins en vue du patient : couper sa viande seul(e), monter un escalier, etc. Et pour se faire affirme Dewey, les protagonistes (des proches peuvent s'y adjoindre au patient) émettent des propositions qui balisent la relation de soin, sont mises à l'épreuve et font l'objet ou non d'une ratification de leur part.
- 13 En d'autres termes, l'enquête mène au dépassement de propos parallèles entre types d'acteurs, au profit de propositions établies sur la base de l'interaction de soin. Lors de celle-ci, les opérations de recherche d'accord, de mises en équivalence sont l'objet de valuations portées par les propositions formulées. Les valeurs sont ici des conduites et non « une chose d'un type particulier mais une qualité attribuée, dans certaines conditions et avec certaines conséquences, à un événement, une situation, un objet ou une personne qui existe indépendamment du fait de recevoir une valeur. Cette attribution n'est pas un acte mental et la valeur ne procède pas d'un processus interne » (Dewey, 2011). Elle est acquise et incorporée au travers de l'action menée, avant d'être agissante. Ainsi, dans la relation de soin, patient et soignant produisent des valeurs en-actes (« il est détendu »), au travers de conduites sociales qui se forment et s'actualisent dans l'action. Les valeurs ici ne sont pas internes à un sujet, elles sont opérantes dans les conduites publiques en situation. Comme le résume (Bidet et al., op. cit.),

« ce à quoi nous attribuons de la valeur n'est rien d'autre que ce à quoi nous tenons, c'est-à-dire à quoi ou à qui nous manifestons concrètement notre attachement, à travers nos attitudes actives, nos comportements, nos façons d'agir. Nous y tenons : nous le désirons, nous nous efforçons d'y parvenir, de l'obtenir et, lorsque nous l'avons, nous faisons tout pour le conserver et en prolonger l'existence. Car ce à quoi nous tenons est aussi ce par quoi nous tenons » (pp. 33-34).

- 14 Ainsi, la valuation apparaît-elle comme un opérateur de l'enquête, dans cet exemple comme dans le soin. Toute relation de soin comporte une part interactionnelle centrale avec un organe, un membre, un corps ou un patient, qui peut être aussi un client. Cette interaction mobilise donc toute cette palette de liens que recouvre le terme de soin tant selon leur statut, leur fonction, que leur profondeur. Aux différentes échelles d'acception de ce qu'est le soin (une cellule observée, un prélèvement analysé, un patient ausculté, une pathologie décryptée, etc.), l'interaction repose sur un appareillage sémiotique, sémantique, symbolique, lexical, qui outille la description de cet opérateur qu'est la valuation. Dewey distingue priser, évaluer. Il nous fait deux invites :
- ne pas seulement observer l'attribution de valeur au regard d'une fin, ou d'un moyen mais considérer leur interdépendance dans la réalisation effective d'une action ; ainsi, le soignant qui délibère sur un traitement à appliquer, ne le choisira pas au seul regard de son bénéfice strictement thérapeutique ; il le fera également en lien aux conditions de l'interaction avec un patient, avec ce que son corps lui aura signifié. La non-observance médicamenteuse témoignerait aussi de ce point de vue de l'insuffisante prise en compte des informations délivrées dans l'interaction par le praticien, pour choisir le traitement approprié.
 - considérer la nature de la valeur, c'est lui donner un statut dans le couplage activité environnement, dans la transaction (Zask, 2015), sous deux aspects. Le premier, d'*appréciation* (Thévenot, 2000), est d'orienter la construction progressive, pratiquement testée au vu des conséquences, de problèmes pratiques posés dans la perspective d'atteindre une fin en vue. Le second, fondé sur des habitudes de couplage que marque la régularité de « ce que l'on tient pour vrai » comme valeur (Vergnaud, 1995), et qui donne sa *direction* à une activité toujours située en perspective (Olry, 2012).
- 15 La question de recherche à laquelle nous tentons de répondre est donc celle de l'agencement enquête/valuation dans des situations interactionnelles patient/soignant, dans lesquelles les corps parlent autant les personnes. Pour ce faire, nous retenons comme apports de Dewey deux éléments principaux.
- 16 Les valeurs se forment à la fois en appui sur des expériences antérieures, dans la continuité de l'expérience de l'action et par des appréciations situées à partir des conditions actuelles (ici de la situation de soin, des capacités conjointes du soignant et du patient), au regard de la lecture faite du protocole thérapeutique et des attentes concrètes du patient. Habitudes de partenariat avec l'environnement³, les valeurs concrétisent ce à quoi tiennent les professionnels : elles expriment une durée, une régularité et une stabilité liées à leur force de preuve acquise lors de moments d'enquête antécédents.

3. Les corps comme ressort des processus d'enquête et de valuation

- 17 L'approche méthodologique adoptée ici s'inscrit dans un double enjeu. L'un, scientifique, vient d'être évoqué. L'autre, pratique, concerne le développement professionnel de ces soignants.

3.1. Le diagnostic kinésithérapique à l'épreuve

- 18 Dans l'étude rapportée ici, nous focalisons notre attention sur le diagnostic kinésithérapique
- 19 Le nom de diagnostic kinésithérapique est récent (par décret de 2002), il recouvre un savoir-faire déjà répandu : se livrer à un constat concret des gênes et des potentialités du patient, et adapter son intervention thérapeutique en fonction de ce que l'on a observé. Il est formulé suite à une prescription médicale de masso-kinésithérapie, qui donne le cadre de l'intervention du MK en l'habilitant de ce fait à participer aux traitements de rééducation. La démarche de soin du MK est déterminée par la teneur du libellé de la prescription et par sa précision.
- 20 Rappelons que la raison d'être de la masso-kinésithérapie n'est pas la pathologie (domaine médical), mais l'étude des conséquences de la pathologie sur le mouvement humain afin de le structurer. Le diagnostic kinésithérapique traite donc de la compétence spécifique du MK : le mouvement humain perturbé.
- 21 La démarche masso-kinésithérapique consiste donc à explorer le mouvement et le projet du patient afin d'en améliorer l'interaction, en agissant soit sur l'un, soit sur l'autre, soit sur les deux. Le diagnostic masso-kinésithérapique se fonde sur une hypothèse évolutive de la problématique gestuelle d'un individu reposant sur la reconnaissance d'un problème clinique, actuel ou potentiel, et sur la compréhension des difficultés humaines qu'il entraîne. À ce titre, le diagnostic kinésithérapique prend en compte le caractère interpersonnel, intersubjectif du soin de rééducation.
- 22 Notre étude s'attache au diagnostic kinésithérapique, dans la mesure où il est renouvelé à chaque début séance, et qu'il s'actualise au cours de chaque séance. Notre postulat est qu'on peut en garder la trace à partir des actions observables comme des communications que Bruner (1990) nous invite à considérer comme unité fonctionnelle inséparable du dire et du faire.

3.2 Le terrain enquêté et sa méthode

- 23 Le terrain enquêté est celui des étudiants en formation professionnelle initiale et celui de MK libéraux agissant en cabinet ou à domicile ont pour tâche de transformer la prescription médicale en application d'un soin. Ils doivent donc prendre connaissance, puis interpréter plus ou moins la prescription, dans la mesure où une grande quantité d'informations sur le patient leur échappe.
- 24 Les vignettes qui sont traitées ci-après mobilisent un schéma d'action (Sonntag, 2002) commun aux praticiens de la masso-kinésithérapie avec des variantes à chaque séance que l'on peut décrire ainsi :
- 25 **T1. Le moment d'accueil** 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.
- 26 **T2. Le moment de diagnostic conception** 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.
- 27 **T3. Le moment de manipulations** proprement dit au cours duquel la douleur est *subordonnée* au plan de soin (elle peut donc gagner temporairement en intensité).
- 28 **T4. Le moment de clôture où la douleur est *suspendue*** par les effets du soin prodigué, jusqu'à la prochaine séance.
- 29 L'enquête débouche formellement sur deux « produits » professionnels : le bilan kinésithérapique (correspondant à notre première dimension) et le diagnostic kinésithérapique correspondant à un examen clinique (nos deux autres dimensions). Par-delà la prescription, le MK « s'autorise » à réaliser un examen clinique en fonction de son corps de théorie puis à faire le choix d'un traitement. Ainsi la tâche effective des MK introduit-elle une interprétation formalisée de la prescription, conforme avec la marge de liberté laissée dans l'application des traitements.
- 30 L'analyse de l'activité, du cursus étudiant jusqu'aux professionnels, soutient l'enquête par l'accès qu'elle donne accès aux éléments de la situation. L'enquête ainsi « armée » fait apparaître les situations-critiques faisant l'objet de propositions et partant de débats, entre professionnels, lesquels procèdent aux valuations qui les supportent.
- 31 Une analyse psycho-ergonomique de l'activité nous a permis une mise en lien des gestes engagés par le corps, l'interaction et la mise en œuvre des prescriptions, afin de tracer le déroulement de l'enquête par-delà les actes professionnels explicites et référencés. Des entretiens de confrontation simple ont été le lieu d'une production de discours des professionnels, entendus comme éléments de leur base d'orientation (Savoyant, 1979) et, partant, comme instance d'expression de valuations énoncées. Cette double investigation vise à situer et comprendre les propositions émises par le soignant dans la séance de soin et leur devenir dans l'interaction avec le patient et dans l'action finalement retenue comme thérapeutique adéquate. Se révèle ainsi les éléments d'une organisation de l'activité à laquelle contribuent le dire et le ressenti du patient, au même titre que les savoirs de référence et que les connaissances empiriques acquises par l'expérience.

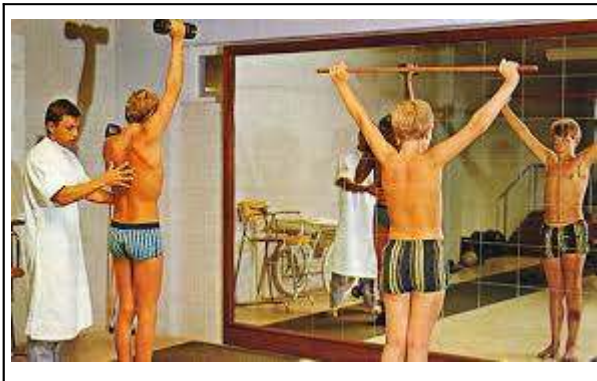
4. Trois exemples des rapports entre enquête et valuation

- 32 Les données qui fondent notre propos sont donc constituées d'énoncés commentant les activités au travail, à partir de la description de séquences « types », de façon à repérer l'éventuelle régularité ou variabilité de schémas d'action ou de modèles auxquels ces experts se réfèrent selon les situations. C'est la comparaison des énoncés produits autour de ces séquences types que nous traçons dans l'enquête le processus de valuation.
- 33 La compétence des thérapeutes consiste à mettre en relation les techniques et leurs effets, en liaison avec ses connaissances scientifiques et ses propres observations. Mais les propositions formulées en séance ou post séance sur le choix thérapeutique sont aussi produites en lien à une relation interpersonnelle au patient qui peut être

émotionnellement chargée. Les praticiens dont il s'agit ici ont à traiter de prescriptions floues, portant sur des maux courants. Trois domaines de tâches distincts de ce métier ont ici un intérêt pour notre propos en lien au diagnostic : apprécier l'état d'un patient, mobiliser par corps et délibérer avec le médecin.

4.1. Apprécier un état : enquête analogique et valuation mimétique

- 34 Une tâche première du diagnostic MK est d'apprécier l'état biomécanique, fonctionnel et physiologique du patient, dans un cadre d'information incomplet de la part du médecin.
- 35 Pour MK1⁴, la prescription est de tonifier un patient dont la faible activité physique est susceptible d'entraîner dans le futur des affections lourdes au niveau moteur. MK1 traduit cela par la nécessité de mettre son patient en activité au travers d'exercices à réaliser au domicile, dont il suit les progrès lors des séances programmées. L'analyse de son activité montre tout à la fois la distance entretenue au corps du patient, et les consignes fermes qu'il donne à ce patient. Lorsqu'il regarde le patient lors des séances sans parler, ce regard est démultiplié par le miroir devant lequel il le place. La séance suit un cours dicté par les exercices donnés, et l'activité de MK1 alterne entre consignes données, et gestes de contrôles.



« Dans l'exercice ci-contre, il s'agit d'étirer ses muscles des bras en tension, tout en maintenant le niveau de ses épaules et sans cambrer les lombaires » (MK1).

- 36 Ce sont les regards et le ton employé par MK1 qui nous ont intéressés. En effet, MK1 fait preuve d'autorité et enchaîne les exercices rapidement, tout en se plaçant régulièrement derrière le patient, face au miroir. Que nous en dit-il ?
- « Oui, je contrôle toujours la symétrie devant le miroir : ça me permet de voir si l'exercice est fait correctement d'une part et d'autre part si d'une séance à l'autre je constate une amélioration de la posture. Bon... en l'occurrence, c'est un jeune homme qui n'a jamais fait de sport et a passé beaucoup de temps devant des jeux vidéo durant sa scolarité, et aujourd'hui, il peine à tenir son emploi de magasinier en logistique. Ça m'énerve parce qu'il ne fait pas les exercices, ne va pas à la piscine, donc ce n'est pas facile de le mettre au travail » (MK1)
- 37 La dimension technique du soin est inscrite dans une pratique habituelle de contrôle fondée sur la symétrie de position des épaules ; de cette observation analogique, l'enquête s'élargit à l'appréciation d'un état tonique. Ce diagnostic d'état se trouve chargé, comme l'énonce le praticien par une valuation du mode de vie du patient, qui charge l'énoncé et le ton de l'énoncé des consignes de tâches et de contrôle d'affects relatifs à l'engagement du patient dans le soin. La proposition lie ainsi engagement et efficacité du soin.

38 MK2 réalise un soin de drainage lymphatique sur une femme ayant subi une mastectomie suite à un cancer du sein et sous traitement chimiothérapique. La séance débute par la mesure d'un tour de bras (gonflé en eau), qu'il convient d'évacuer. Cette mesure signale (et attend) une éventuelle baisse qui signifierait la remise en route d'un drainage naturel par le corps. En l'occurrence, ce n'est pas le cas même si le praticien tente d'en convaincre la patiente. S'ensuit immédiatement l'application par le praticien du geste technique de drainage opérant par des pressions douces en commençant par l'épaule et en descendant le long du bras puis de l'avant-bras. La conversation quant à elle, se développe autour de la fête patronale qui se tient bientôt et sur les curiosités touristiques du lieu (à l'attention du chercheur). Que nous en dit MK2 ?

« C'est une séance toujours très difficile, au sens pleine d'émotions ; cette dame est fatiguée de son cancer. Quand elle sort du centre de chimio comme aujourd'hui, elle est très faible et je sens qu'elle n'y croit plus. Donc j'essaie de la rebooster un peu, sachant que le geste m'y aide car vous avez vu ce sont des pressions très douces et progressives. Mais il ne faut pas en rajouter ; elle a surtout envie qu'on parle d'autres choses. Là ça va au-delà de la technique, il faut quelqu'un pour l'écouter ou parler, j'évite les silences » (MK2).

39 Dans l'enquête menée, le diagnostic se construit ici selon un barème analogique : où en est la grosseur du bras par rapport à la fois dernière ? Mais l'enquête semble s'attacher d'abord à apprécier la situation globale de la patiente, au regard de ce qu'elle vient à nouveau de vivre au centre anticancer. Son action s'en trouve aménagée, le geste technique précis devant en quelque sorte se faire oublier d'une patiente porteuse d'une pathologie à fort taux de morbidité. La valuation formulée porte sur l'état psycho-affectif de la patiente, et la proposition qui soutient l'action s'énonce ainsi : « elle n'y croit plus ; j'essaie de la rebooster et le geste m'y aide ».

40 MK3, en fin de stage de 3^e année en exercice de ville, diagnostique un jeune patient souffrant d'une douleur à l'épaule consécutive à une pratique sportive assidue et traumatisante, qui requière l'observance d'une mise au repos. Or, ce patient a « aggravé son cas » en allant danser le rock le samedi précédent, et se présente donc douloureux le jour de la séance. Le diagnostic du jeune soignant débute par un mime : il effectue en séance quelques gestes relatifs aux passes de rock, l'enquête débutant ainsi par remémoration des blocs musculaires engagés et des traumatismes prévisibles, avant de s'atteler à une vérification de ces propositions par l'échange son patient :

(MK3) Ça vous fait mal dans la nuit après votre rock ?

(P) Pas dans la nuit, c'est surtout certains mouvements.... Après, ça se calme... C'est pas bien d'avoir fait l'idiot, hein ?

MK3 : Ben c'est pas que c'est pas bien...

41 Que nous en dit MK3 ?

« Au début, j'essaie toujours de 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^e séance et il doit y en avoir 12 ou 15.

Il m'explique ce qu'il a dansé, qu'il a fait du rock tout le WE avec son bras gauche et je lui explique que c'est pour ça qu'il a eu mal et donc là je mime le mouvement avec le bras, parce qu'il est limité en rotation et que ça abime le ... Et puis là je mime le mouvement avec son bras à lui. C'est pour voir ce qui a pu être étiré plus qu'autre chose. 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 » (MK3).

- 42 MK3 questionne son patient mais vraiment utiliser ce questionnement dans son enquête. Les repères techniques sont aisément formulés, tandis que l'imitation personnelle précède l'imitation par le corps du patient des mouvements que les passes du rock requièrent. Les figures de rock, de traumatisantes deviennent le support de l'enquête pour apprécier l'état de l'articulation du patient. La valuation est ici avant corporelle et tournée moins vers le patient que vers le soin à appliquer, ce dont témoignent les propositions énoncées : « savoir si je vais pouvoir tirer dessus », « ça va bien dans le sens de ma rééducation ». L'objet de l'enquête se présente ici comme la ratification du choix de thérapeutique.
- 43 Ces trois illustrations nous permettent de cerner pour l'activité professionnelle de diagnostic un ressort analogique de l'enquête, qui soutient les propositions émises résultant des valuations conduites en mobilisant des attitudes mimétiques.

4.2. Établir une direction de soin : enquête par corps à corps et processus de valuation

- 44 Les situations qui engagent le corps sont des situations asymétriques : le rapport de force, le rapport d'aisance, le rapport de domination physique ou symbolique, conduisent à replacer l'enquête tout à la fois dans la matrice culturelle, dans les habitus du groupe d'appartenance, dans le rapport à soi. Ainsi, il est courant pour les MK de segmenter le déroulement des séances de soin selon la dichotomie actif/passif, très opérante pour concevoir un soin efficace. Dans les situations d'enquête travaillées ici, le corps est central. Il est observé, ausculté, manipulé, mobilisé et il répond à toutes les sollicitations. Il est malhabile sous le regard, ou révèle un état pathologique ; il craque, bruisse, crie à l'auscultation ; il plie, s'ajuste ou refuse la manipulation ; il résiste, fait défense et retour de force à la mobilisation. Ainsi chaque moment d'une séance le patient s'exprime par corps interposé, ce qui contraint le soignant à mobiliser son expérience du processus d'adaptation à cet environnement corporel du patient.

« On a un monsieur qui a une pathologie arthrosique lourde, qui souffre beaucoup au niveau de sa colonne dorsale au niveau de son rachis cervical haut et ça entraîne des douleurs cervico-brachiales au niveau des deux bras, avec tendance aussi à avoir des problèmes au niveau du canal carpien. Donc, on va commencer par une petite approche massage et puis ensuite on va, il va continuer en faisant plusieurs choses, c.a.d qu'il va faire un peu de tractions cervicales douces, de façon à libérer ses articulations au niveau cervical, suivi d'une petite gymnastique abdominale qui est indispensable pour mettre en place, pour laquelle il a beaucoup de difficultés mais qui est absolument indispensable pour arriver à travailler un peu la région lombaire et ensuite, on va... il va travailler un peu ses épaules, parce que ses épaules ont des conflits sous-acromiaux donc on fait un peu de travail de, mais c'est un petit peu de chaque chose parce que si on veut tout traiter, il faudrait 3 heures de traitement. » (MK4)

- 45 L'ensemble des informations fournies par l'interaction (corporelle, discursive, etc.) ouvre de multiples pistes à emprunter que la prescription des séances n'éclaire que partiellement. Le praticien est conduit à rechercher la direction de soin la plus adéquate. Parmi cette multiplicité de possibles, il opère des *transactions* entendues selon Deledalle comme une « situation en devenir continu qualitativement unifié dans laquelle on distingue un individu et son environnement » (1967, p. 393). L'enquête est de plus enrichie de sous-butts comme la socialisation corporelle, entendue comme connaissance

par le patient de ce corps diminué ou déficitaire mais non dépourvu d'opportunités d'auto-développement. Ainsi, le corps à corps, lors des mobilisations est un ressort de l'enquête du soignant permettant la perception par le patient de son corps propre, des troubles qui l'affecte. Tout peut se passer comme si l'enquête menée par le soignant déclenche ou amplifie l'enquête du patient sur son propre corps.

- 46 Dès lors pour le praticien, l'enquête à mener, les valuations réalisées ont pour enjeux non seulement la thérapeutique afférente au patient, mais également l'enrôlement du patient lui-même dans cette valuation.

« (...) Il ne parvenait pas à faire sa béchamel. S'il rate sa béchamel, je ne peux pas l'aider, c'est pas mon..., par contre, s'il a du mal à s'asseoir et à se lever je sais que je peux l'aider, donc, j'essaie quand même d'orienter les choses sur ces aspects-là. Je crois qu'on apprend à mieux cibler, à mieux... par l'écoute à mesurer que finalement on trouve qu'il y a des grandes fonctions qui sont souvent perturbées, après on a tendance à développer sa technique parce qu'on sait que c'est souvent la préhension, la marche, le grand thème comme ça, finalement, il y a une multitude de causes qui font que ces choses-là se trouvent déficientes. (...)

J'ai l'impression que ce qui compte, peut-être ce qui ne peut pas s'apprendre au sens savoir-faire, c'est d'arriver à se rendre compte, on doit se tromper et oui, des fois on se trompe et de mesurer assez vite, et assez précisément quel est l'impact de la pathologie, de la maladie, de la souffrance la douleur, dans le quotidien. Je crois qu'il faut vite dépasser l'aspect évaluation quantitative, je vais l'ouvrir à trois, je vais l'ouvrir à cinq, ça peut apporter un plus, mais, je crois que l'important c'est de se rendre compte quelle est la conséquence dans la vie quotidienne, est-ce que le patient travaille ou pas dans son métier, ça le gêne ? Dans la vie de famille ? » (MK5)

- 47 Se trouvent ainsi posées les exigences de la coordination du soi, du soin, avec le patient dont enquête et valuation sont des ingrédients. Si l'analyse de l'activité se construit sur la désignation d'opérations d'exécution, de contrôle et d'orientation, l'ordinaire du praticien MK est d'être désorienté par la complexité des cas cliniques rencontrés

« 14 ans, bon, et cette arthrodèse du talon a entraîné toute une chaîne de pathologies parce que il y a eu un arthrodèse du talon mais aussi une atrophie donc au début la pathologie a été très lourde, a entraîné un handicap, heu qui a été une chaîne montante de pathologies retentissantes au niveau du genou, au niveau de la hanche et bien sur au niveau du dos donc là on est dans une phase de traitement léger, de gymnastique pour entretenir disons au maximum la mobilité et l'autonomie donc c'est massage mais surtout à visée relaxante et ensuite une gymnastique de rééquilibre, plus, en fait plus pour le dos que pour son genou. Mais c'est sa jambe qui est la cause de toutes ses pathologies. Bon, on va la laisser toute seule, on verra après. » (MK4)

- 48 C'est par les corps qu'opèrent des valuations. Les tests, leur vérification, leur ratification croisée par le patient et le praticien, les formulations énoncées en séance, la découverte de sensations, finalisent l'enquête est la transformation effective d'une situation problématique en une situation unifiée. Cela conduit à des pratiques rusées ou non, mais qui facilitent la coordination avec le corps du patient.

« J'utilise la conversation pour qu'il se détende. Je le fais automatiquement avec tout le monde parce que c'est plus facile d'engager la conversation sur qqc qui n'a rien à voir avec l'épaule pour être sûr que le patient se soit pas sur son épaule à essayer de sentir et à se contracter » (MK3.)

- 49 Les praticiens disposent en ressources de savoirs académiques descriptifs qui cadrent les processus de conduite de l'action, par exemple des structures d'une part et des fonctions ensuite. Ces processus sont des processus de *catégorisation* - le MK s'appuie sur son savoir scientifique pour discriminer les pathologies selon des classes de critères relatives à leur

gravité, leur pronostic (évolutivité), leur permanence (aiguës, chroniques) - et de **particularisation** - le patient est classé selon des critères objectifs (ex : homme ou femme) et/ou subjectifs (ex : nécessitant un accompagnement, pouvant se prendre en charge).

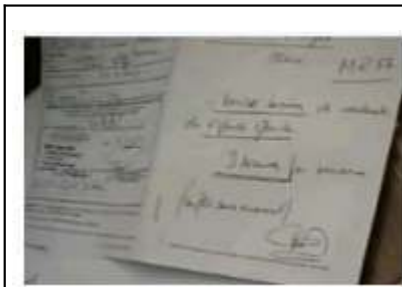
« Ici par exemple, on est parti d'insuffisance de l'épaule et on est arrivé à un bilan qui est le SST, qui est un bilan fonctionnel, qui est à 6/12 au niveau fonctionnel donc quelqu'un qui est assez gêné au niveau fonctionnel parce que 6/12, c'est quand même gênant, avec une limitation de mobilité de l'épaule à 130, 110 en antépulsion non latérale. Donc c'est quand même quelqu'un qui est loin, pour quelqu'un qui a moins de 50 ans, c'est quelqu'un qui est loin de la normale, donc c'est une femme, qui est laxé (?). Donc mon problème à moi c'est que j'ai quelqu'un qui souffre entre 8 et 3 (EVA), 8 pour elle c'est quand même quelque chose de lourd pour elle, parce qu'on était tombé largement au-dessous de 3 avec ça (l'EVA) et ressent une gêne fonctionnelle importante. Mon objectif, ma problématique c'est de supprimer la douleur, récupérer la mobilité et donc récupérer une fonction normale pour retrouver une mobilité fonctionnelle normale. Ça c'est mon diagnostic kinésithérapique. Donc je vais repérer les éléments qui gênent et ce n'est pas un conflit sous-acromial. La preuve c'est que j'ai soigné des éléments qui sont complètement de l'autre côté, qui sont au niveau de ... de la ... scapule arrière et c'est une tendinite de position, avec un problème de trapèze etc. C'est pas du tout un conflit, (soupir)... c'est pas grave, c'est pas gênant. » (MK2)

- 50 Le patient est ainsi décrit, la prescription est ainsi traduite, le soin est ainsi justifié, mais la teneur de l'action efficace se précise constamment par le processus de valuation. Le soin est construit avec le patient, ce qui signifie une relativité du résultat attendu, par-delà l'approche thérapeutique formalisée. Par l'atteinte d'un résultat d'amélioration de la vie quotidienne, il s'agit d'obtenir une contrepartie : un engagement, une adhésion. La formulation du but est identique pour chacun : elle formule le contrat commun. Pour le praticien, c'est la résultante de deux paramètres de son activité : la détermination par le bilan d'un profil de patient d'une part, et d'un diagnostic sur l'état du corps de ce patient. Le geste et les opérations techniques (« je rentre dans le traitement par le biais de la souffrance », « on explore le mode de vie, mais sans se perdre dans le quotidien ») et pédagogique, forment une action spécifique : le traitement est construit pas à pas.
- 51 Les savoirs professionnels sont ainsi adaptés voire transformés par cet engagement plus ou moins conséquent du patient dans les séances de soin. De même, avec l'expérience, les gestes thérapeutiques sont attachés à une histoire et à un répertoire : « on se raccroche toujours à une pathologie existante déjà rencontrée, ou très proche. On utilise ce qu'on a pu construire antérieurement sur des patients avec qui on a eu des résultats et on essaie de se raccrocher à ce que l'on connaît déjà » (MK6). Aux patients, et parfois aux procédures adoptées s'attache une histoire : même si la pathologie est différente, certains aspects se retrouvent.
- 52 La direction du soin ne se construit donc ni par la clarté de la prescription médicale, ni par une conformation stricte aux protocoles. Ceux-ci laissent dans l'ombre les voies par lesquelles la direction de soin s'élabore au travers de l'enquête et des valuations qui l'accompagnent.

4.3 Délibérer avec le médecin prescripteur sur la signification des faits pour former le diagnostic

- 53 La conduite de conversation à visée diagnostique peut s'entendre comme le décalque d'un protocole de soin. Comme l'a montré Thievenaz (2013), il n'en est rien. Le dialogue qui

s'instaure lors de l'entrée en consultation ne suit pas toujours la ligne d'un bilan diagnostique que régiraient soit des habitudes pratiques, soit des modèles de questionnement qu'appelleraient les protocoles. L'enjeu de l'interaction est multiple pour le praticien MK. Il s'agit pour lui de valider le diagnostic médical, mais sur la base de son propre référentiel, qui ne se recouvre pas complètement avec celui d'un médecin. Aussi la prescription médicale (dans sa fréquente sécheresse) ne dit-elle souvent rien des voies par lesquelles la thérapeutique va être engagée. Au sein de l'enquête conduite, les opérations de valuations consistent à fourbir les significations de ce que la prescription mentionne, dans son incomplétude voire sa fausse évidence. Pour le patient, la consultation médicale a rempli son office : sa douleur est reconnue, sa source sûrement connue, puisque le remède tient dans des séances de rééducation.



« Neuf fois sur dix, le diagnostic porté sur l'ordonnance ne correspond à rien pour nous : nom de la maladie, de la pathologie, ou nom générique, il va falloir que l'on adapte à la personne, faire notre bilan. Une étude sur 1000 personnes en Suède a porté sur les prescriptions en sortie de cabinet du généraliste. Dans 95 % des cas, le diagnostic était faux. Par contre, dans 95 % le traitement proposé était bon. Donc mauvais diagnostic, mais bon traitement, c'est là le plus important. »

- 54 Cette prescription comme on le voit ne mentionne qu'une durée « quinze séances de rééducation de l'épaule gauche, trois séances par semaine ». La prescription est si faible que la mise en œuvre d'un bilan diagnostique kinésithérapique est alors bienvenu. Ce laconisme du médecin appelle le praticien MK à en clarifier les attendus, les motifs et les conséquences pratiques. Au regard de ce que nous avons dit plus haut de la valuation, l'information donnée renseigne sur la fréquence du soin, qui dit le caractère aigu de la demande du patient. La durée de prise en charge renseigne également. Voici ce qu'en dit le praticien MK :

« quand je lis la prescription, je comprends que ce médecin a donné une durée standard. Il est probable qu'il ne sait pas d'où vient la douleur de cette dame, et pour tout dire, il me délègue ce problème, auquel il ne croit pas pouvoir apporter de soulagement. D'ailleurs franchement, ça ne l'intéresse pas » (MK6).

- 55 Cet état de fait le conduit à poursuivre l'enquête ainsi ouverte par le médecin. La région « épaule » est ciblée, qui ouvre avec elles de nombreuses hypothèses à investiguer, à tester pour cerner la thérapeutique adaptée.

« En fait dans les pathologies articulaires, les dénominations qu'utilisent les médecins, pour eux elles sont utiles, pour nous elles n'apportent pas grand chose par rapport, à la réalité du terrain, aux indices que l'on prélève. On va diagnostiquer notre affaire. De toute façon, je lancerai différemment le traitement en fonction des éléments que je vais recueillir. Nous prenons nos propres repères. Moi je vais faire un bilan et produire mon diagnostic. » (MK6).

- 56 Ainsi, l'enquête révèle que la prescription est d'abord le premier tour de parole d'une délibération à mener, que le médecin initie, mais que le MK poursuit avec lui-même ou avec le patient, voire en reprenant contact avec le prescripteur. Et dans ce colloque qui s'initie, se débattent des repères, des variables et dimensions de valuation qui ne sont pas identiques pour les professionnels qui s'y engagent. Au contraire, d'autres ont

traversantes dans les interactions traitées, au sens où elles sont partagées par les professionnels, même s'ils n'en tirent pas les mêmes conclusions selon leur degré de familiarité au cas.

- 57 Le protocole de soin donc dépend de la part de recherche et d'investigation de l'activité. Ce que nous disent les enquêtes croisées dans une perspective de formation, c'est que l'empirie des pratiques de diagnostic se fonde sur trois points de vue à construire assurant la pertinence du soin : la technique, la finalité curative poursuivie et la connaissance de la thérapeutique par le MK. Celui-ci adapte sa technique dans un but fonctionnel en puisant dans des registres différents : structure, matériaux, pathologies (la fonction = le but ultime). Dans les faits, l'analyse bilan/diagnostic du patient déforme ce schéma pour le rendre opératif. Le MK multiplie les prises d'information dès le début de séance (« je regarde comment le patient se dévêt ce qui me donne des indications sur l'amplitude du déficit »). Le geste professionnel qui en découle est constamment validé par des questions et analyses des perceptions (« j'apprécie l'état tonique, la texture du muscle, la symétrie des reliefs, etc. »). Mais cette activité est aussi dirigée vers le MK lui-même, soucieux de se « rendre compte qu'on se trompe et de mesurer assez vite l'impact de la maladie, de la pathologie ».
- 58 En d'autres termes, la délibération engagée quitterait progressivement la base de l'échange avec le médecin, entrant en rupture avec le paradigme dominant du « déficit » en terme médical, à celui de l'intervention kinésithérapique de gagner en mobilité, en fonctionnalité, etc. Mais ce glissement de valuation s'opère au risque d'une incertitude perçue, par le patient en attente d'une manipulation concrète (souhaitée chaque séance) et le relatif tâtonnement du praticien, qui sur des bases scientifiques mais abstraites, conduit le traitement sur la base d'autres références empiriques celles-ci.

Conclusion

- 59 Dans ses écrits, John Dewey n'évoque pas explicitement le corps comme élément spécifique de l'enquête, comme le principe de rupture du dualisme corps /esprit en témoigne. Pour autant nous avons souhaité ici éclairer la fécondité de son appareillage conceptuel lorsque le corps est objet même des apprentissages professionnels. Nous en avons exploré quelques méandres, l'appréciation, la direction, la délibération comme éléments porteurs de valuation.
- « La logique de la science n'est pas seulement séparée du sens commun, mais le mieux qu'on puisse dire est que la méthode logique et la méthode scientifique forment deux matières différentes et indépendantes". "La logique purifiée de toute tache expérientielle est devenue si formelle qu'elle ne s'applique qu'à elle-même. » (2011, p. 141).
- 60 C'est fort de ces propositions que cet article prend appui sur l'apport des concepts d'enquête et de valuation pour comprendre l'activité de professionnels dont les actions sont réglées par des procédures et protocoles, sans que l'exercice quotidien soit pris en compte dans leurs définitions. Or, les thérapeutiques masso-kinésithérapiques ont d'autres effets tels que l'individuation par la connaissance que l'on prend sur son propre corps, et ce faisant, sur ce corps devenant socialisé. À cet égard, on ne peut que souscrire à la proposition de Dewey de rompre les dualismes dont celle corps/esprit.
- 61 La méthode scientifique qu'il appelle de ses vœux est celle d'une exigence de penser, selon un « pragmatisme expérimental de terrain » qui reste dès lors à expérimenter

comme nous l'avons risqué ici, par une mise à l'épreuve de la pensée de Dewey à un champ de pratiques. Nous croyons que la technologie didactique professionnelle (Mayen, 2013) offre une perspective liant les problématiques d'analyses du travail et d'analyse pragmatique de l'action. En effet, ce cadre spécifique des analyses de pratiques s'intéresse d'une part à l'activité des sujets et d'autre part au potentiel d'apprentissage des situations. Sur cette base, il nous semble que les trois valuations d'état, de relation (entre éléments de l'enquête) et de signification peuvent être étudiées en prenant en compte une construction médiée par le patient. En effet, la formation du diagnostic repose non seulement sur un bilan mais sur un moment d'observation et d'entretien conjoint avec le patient « pour se recalibrer » et pour « s'ajuster » à l'évolution du double processus soin/guérison.

- 62 Dans le champ de la masso-kinésithérapie, l'enjeu de tels travaux est de nourrir une ingénierie de la formation professionnelle continue, ouverte sur l'expérience des publics de praticiens qu'elle accueille, par-delà l'exigence des référentiels d'action conçus à partir de corpus de savoirs. C'est particulièrement vrai pour des formations au sein desquelles la valuation (plus que les valeurs ?) devrait faire l'objet d'un apprentissage. Les propositions de Dewey permettent de dépasser le constat que les valeurs sourdent d'une disposition, d'un *feeling*, ou d'une vocation. Dewey par sa position pragmatiste permet de comprendre combien les valeurs s'inscrivent et inscrivent dans l'environnement auquel elles s'ajustent une éthique de l'action.

BIBLIOGRAPHIE

- Deledalle, G. (1967). *L'idée d'expérience dans la philosophie de John Dewey*. Paris : PUF.
- Dewey, J. (2004). *Comment nous pensons*. (Traduction Ovide Decroly). Paris : les empêcheurs de penser en rond.
- Dewey, J. (2011). *La formation des valeurs*. (traduction de A.Bidet, L.Quéré, G.Truc) Paris : La Découverte.
- Leplat, J. (1997). *L'analyse de l'activité en psychologie du travail*. Paris : PUF, Le travail Humain.
- Mayen, P. (2013). *Former pour orienter et orienter pour former*. Préface in Y. Serreau, *Accompagner la personne en formation*. Paris : Dunod.
- Olry, P. et Bautzer, E. (2003). Diagnostic kinésithérapique : les conditions d'une co-production. *Recherche et formation*, n° 42, 35-50.
- Olry, P. ; Lang, N. ; Froissart, M-T. (2005). Distance thérapeutique et corps à corps. *Education Permanente*, n° 165, 69-86.
- Olry, P. (2012). La situation professionnelle, entre invariance et perspective. *Phronésis*, vol. 1, n° 1, 68-84.
- Olry, P. (2015). Le soutien à la parentalité, une double conception pour le formateur. *Education Permanente*, n° 204, 19-32.

- Olry, P. (2016). Tutorat en formation professionnelle initiale et transmission du métier. Le cas d'élèves sage-femme. *Education Permanente*, n° 206, 29-46.
- Sonntag, M. (2002). Le schéma d'action, outil de figuration des représentations dans l'analyse des pratiques professionnelles. *Revue Française de Pédagogie*, n° 138, 29-38.
- Suchman, L. (1990). Plans d'action. In P ; Pharo, L. Quéré, *Les formes de l'action. Raisons Pratiques*, n° 1, 149-170.
- Thievenaz, J. (2014). L'intérêt de la notion d'enquête pour l'analyse du travail en lien à la formation. *Travail et Apprentissages*, n° 13, 14-33.
- Zask, J. (2015). *Introduction à John Dewey*. Repères, La Découverte, éditions.
- Zask, J. (2004). L'enquête sociale comme inter-objectivation. In B. Karsenti et L. Quéré (eds.), *La croyance et l'enquête : aux sources du pragmatisme*. Paris : éditions de l'EHESS, p. 141-163.

NOTES

1. Nous utiliserons dans la suite du texte un masculin générique pour désigner les patientes comme les patients.
2. Nous n'aborderons pas ici à proprement parler l'enquête menée par le patient lui-même, nos données ne le permettant pas. Mais nous renvoyons le lecteur par exemple à Dutoit, Tourette-Turgis.
3. Cette pérennisation dans l'orientation de la construction des problèmes pratiques est rendue possible pas seulement parce que les professionnels le désirent en regard des besoins à satisfaire, mais surtout parce que l'environnement comme partenaire le permet depuis les ressources qu'il met à disposition et la plasticité dont il fait preuve dans les transactions.
4. Dans cette section, les numéros affectés aux MK n'ont pas d'autre valeur que de les distinguer entre eux.

RÉSUMÉS

Dans les dispositifs de formation professionnelle initiale en alternance, la question de ce qu'apportent respectivement la théorie et la pratique se poursuit, bien que soit connu depuis longtemps l'aspect pratique des théories, et la dimension conceptuelle de nombreuses pratiques. C'est à un même défi que Dewey nous confronte, en abolissant le dualisme sujet/ objet, objectif/ subjectif ou corps/esprit. Alors que Dewey est un penseur reconnu de l'éducation, son épistémologie peine à se concrétiser dans les pratiques. C'est cet enjeu auquel cet article s'attaque en montrant au travers d'exemples concrets, l'innocuité de cette rupture des dualismes pour la formation de jeunes professionnels de masso-kinésithérapie. Nous le ferons nous appuyant sur deux thèmes majeurs de sa pensée, enquête et valuation, liés ici dans la formation du bilan-diagnostic kinésithérapique. C'est le premier point, contextuel, de cet écrit. Nous présentons ensuite trois vignettes d'un corpus de données tirées de la formation du diagnostic, en les commentant. Enfin, nous relèverons l'intérêt mais également les limites de notre tentative.

In the French vocational training based on sandwich courses, the mainstream separate academic and practical knowledge. Although it's well known that theories are as much practical as the practices, the training designers seems enable to mix the twice. Dewey tell us to abolish dualism as object/subject, mind/body, etc. But most of vocational trainers, most training companies are used to prepare training frameworks based on academic or practical knowledge. The take of this paper is to show that the breaking of dualism is possible. Taking the physiotherapist vocational training as an example, we show the benefit of using the potential of the work situation to cross valuation and inquiry to design new training frameworks. Our method is a qualitative on work analysis as a training situation. The three main findings concern the inquiry, which reveled three ways of valuation: prizing the condition of a patient, guiding the diagnose, deliberate on the best way between cure and care.

INDEX

Keywords : enquête, valuation, diagnostic, corps, formation professionnelle

AUTEURS

PAUL OLRV

Professeur de Sciences de l'éducation, Université Bourgogne Franche-Comté, UR DPF, AgroSup
Dijon

MARIE-THÉRÈSE FROISSART-MONET

Cadre de Santé, École de Kinésithérapie de Paris, doctorante Université Bourgogne Franche-Comté, UR DPF