

Traiter sans prescription médicale ?



La prise en charge par un kinésithérapeute d'un patient non porteur d'une prescription médicale est une revendication récurrente de la profession, qui refléure depuis peu. Est-elle fondée ? Est-elle réaliste ? Si cette recherche d'autonomie paraît à première vue sympathique, une analyse plus fouillée en révèle les pièges et les insuffisances car elle implique un ensemble de considérations méthodologiques et éthiques qui ne sont pas prises en compte par les auteurs de cette revendication.

En effet, si le patient s'adresse directement au kinésithérapeute, cela suppose que sa démarche est motivée par une symptomatologie évocatrice de troubles dont la curabilité, à son estime, pourrait être obtenue par des techniques de soins relevant de la compétence et de l'art des kinésithérapeutes. Cela suppose également que le kinésithérapeute puisse identifier le trouble c'est-à-dire qu'à partir du ou des symptômes recueillis, il en ait établi le **diagnostic**. Aucun traitement ne peut raisonnablement être mis en œuvre sans cela. A l'exception d'un traitement de première intention, par exemple l'administration d'antalgiques ou d'antibiotiques couvrant plusieurs agents pathogènes, qui peut précéder la mise au point finale différée si des examens complémentaires sont requis.

1. Intéressons nous donc en premier lieu au processus diagnostic.

Le but du diagnostic est d'« identifier une maladie par ses **symptômes** ». (1) Le diagnostic s'articule de manière plus ou moins ordonnée en faisant chronologiquement se succéder : anamnèse, examen clinique colligeant les symptômes, et tests paracliniques servant à confirmer, affiner ou permettre le diagnostic. Celui-ci est par ailleurs très souvent supputé par le médecin au terme de l'examen clinique, suivant son expérience personnelle. L'anamnèse elle-même révèle parfois au médecin attentif des symptômes non encore verbalisés : mimiques, débit de parole, accentuation de certains traits psychologiques, symptomatologie dévoilée, muette ou exprimée de manière parfois complexe. Identifier une maladie suppose donc une bonne connaissance de la nosologie, non seulement de celle englobant les pathologies mécanicistes (souvent très restrictives) de l'être

humain qui peuvent justifier de traitements physiques mais également de la nosologie de l'ensemble des pathologies liées à tous les systèmes et à toutes les fonctions. Cette seconde catégorie est beaucoup plus étendue que ne le supposent les kinésithérapeutes et à ma connaissance, cette matière ne fait pas l'objet d'un enseignement exhaustif, dans le cursus des kinésithérapeutes, même universitaire. Ainsi apparaît un premier écueil : la formation de kinésithérapeute, même si elle est en Belgique d'un excellent niveau et même si elle peut conduire à la présentation d'une thèse de doctorat, ne confère pas une place suffisante à la nosologie. Et de toute façon, nous ne sommes pas formés pour poser des diagnostics.

Je fais remarquer à titre anecdotique que le terme diagnostic est parfois galvaudé et son concept dévoyé. En effet, d'un point de vue non seulement sémantique, mais également signifiant, on énonce de manière inappropriée les termes de « diagnostic kinésithérapique », comme dans le décret de compétence de la profession en France, ou encore de « diagnostic ostéopathique » où une double hérésie s'avance masquée, d'abord comme s'il y avait des diagnostics (identifiant l'affection) différents suivant un angle de vue particulier ou encore dans l'intention d'agir (remarquez que je n'utilise pas le mot « traiter », abusif également dans le chef de certaines pratiques, hors effet placebo) éminemment questionnables car non fondées. Le terme « bilan » me paraît plus approprié.

2. Intéressons nous maintenant au symptôme qui fonde le diagnostic.

Le symptôme, notion complexe s'il en est, est le prémice du raisonnement diagnostic. Les symptômes peuvent être regroupés en syndromes.

« Le symptôme est un constituant élémentaire d'une maladie prise comme complexe constitué. » (2)

Dans l'expression du symptôme transparait la personnalité du malade qui intervient non seulement dans son mode d'expression mais également dans sa dimension. *A l'instar de l'alphabet qui, ne possédant qu'un nombre limité de lettres (ou de notes de musique), suffit à former le nombre infini de*

combinaisons qui forment le langage, un organe ne possède qu'un clavier d'expression réduit à quelques signes, malgré la multitude d'étiologies en cause.⁽²⁾ Le symptôme est influencé par le temps et l'espace et même par le praticien, il est le langage de quelqu'un et non pas l'indice de quelque chose. La maladie n'est donc pas seulement un vice de fonctionnement d'une machine. On n'aborde pas l'homme malade à la manière d'un garagiste qui scrute une panne de moteur. Le moteur n'a en effet pas la même unité ontologique qu'un être humain. On perçoit le caractère superficiel et inapproprié d'une approche exclusivement mécaniste d'une pathologie comme les kinésithérapeutes ont un peu trop tendance à l'appréhender. Certaines pratiques se targuent d'une approche globalisante et satisfont de manière presque inconsciente à cette exigeante. Mais cette approche n'en est pas l'apanage car cette dimension est bien entendu prise en compte par la médecine quoique ce reproche lui soit régulièrement fait. J'entends ici médecine traditionnelle, scientifique, factuelle par opposition aux patamédecines.

Le symptôme a un caractère polysémique, ce qui le rend difficile à interpréter isolément. Il y a peu de symptômes pathognomoniques. Bien sûr, la déviation brutale angulaire du tibia à la suite d'une chute évoque sans aucun doute la fracture de ce segment osseux, mais ces exemples sont rares. La température, la douleur, la fatigue ne sont pas spécifiques à une pathologie particulière. Ainsi une violente douleur épigastrique peut traduire un infarctus à localisation diaphragmatique, un ulcère perforant ou une pancréatite. Voici qu'apparaît **un second écueil** et il est de taille : le caractère polysémique du symptôme. Pour m'exprimer dans l'air du temps : un symptôme = pas de symptôme car «unus testis, testis nullus» pour faire érudit.

3. Le risque d'un excès de confiance en soi.

J'identifie enfin un **troisième écueil**, c'est la tentation de l'excès de confiance en soi que j'illustrerai à l'aide de deux exemples. Le premier ressort de l'expérience et de la renommée acquise dans le milieu où le praticien évolue. Il n'était pas rare, lorsque je traitais exclusivement des nourrissons atteints de pathologies respiratoires, qu'en cas d'accès aigu de bronchiolite, les parents ne s'adressent à moi directement sans avoir consulté leur médecin de famille. Ceci m'a toujours mis mal à l'aise. La bronchiolite n'est cependant pas une affection difficile à identifier. Sa symptomatologie est connue et son diagnostic est essentiellement clinique et à force d'en voir... La tentation est dès lors prégnante de traiter immédiatement l'enfant sur ce qui «semble» être une bronchiolite. Cependant, celle-ci ne se complique-t-elle pas d'une pneumopathie ? L'enfant ne souffre-t-il pas d'une autre affection aggravante comme des antécédents respiratoires résultant d'une naissance prématurée, d'une bronchodysplasie, ou encore d'un déficit immunitaire et j'en passe ? Un autre exemple me vient à l'esprit à propos de cet enfant de 4 mois souffrant également de bronchiolite : le médecin averti par moi d'une consultation spontanée me signala que cet enfant souffrait également d'une communication interventriculaire, ce qui devait inciter à la plus extrême prudence lors des manœuvres physiques. Ceci incite à la plus extrême prudence. Je suis ainsi effrayé par la liberté que prennent certaines professions de poser des

«diagnostics» autonomes ! Il ne manque pas d'exemples de conséquences dramatiques pour la santé.

4. Sous d'autres motifs moins avouables et souvent inconscients.

Si le souci d'autonomie est louable, cette revendication ne cèle-t-elle pas d'autres motifs moins nobles, conscients ou non ? J'ai souvent rencontré de ces kinésithérapeutes frustrés de n'avoir pas réussi des études de médecine et se «rabbattant» sur la kinésithérapie. Ils ne sont pas la majorité, mais le «complexe du docteur» existe chez certains, quoique à un moindre degré me semble-t-il dans les jeunes générations.

Cette revendication d'autonomie n'explique-t-elle pas aussi le recours à des pratiques non validées, scories de notre profession, qui confèrent une apparence d'identité thérapeutique autonome, globalisante, totale... (?), où l'exigence de la validation scientifique est étouffée par la crédulité et l'absence d'analyse critique que doit conférer le cursus... universitaire ? Le risque existe dès lors bel et bien qu'en se réclamant de pratiques non fondées (communément appelées médecines parallèles, alors qu'elles n'ont rien de médical ni de parallèle, je propose plutôt de les qualifier de «pratiques divergentes»), certains praticiens n'aient recours à des moyens pour le moins obscurs. C'est ici que l'on aborde le point de vue éthique d'une démarche thérapeutique. Ce qui n'est pas scientifique est-il éthique ? Voilà un autre débat !

En guise de conclusion provisoire.

La présente analyse n'a certainement pas identifié tous les risques d'une prise en charge spontanée par le kinésithérapeute d'un patient dont la pathologie n'a pas fait l'objet d'un diagnostic médical. Elle ne prend pas non plus en compte les aspects juridiques qui ne ressortent évidemment pas de ma compétence, mais donc la matière s'avère à mon avis tout aussi complexe.

Au terme de plus de 40 années passées dans un service de médecine interne et de pneumologie, au contact permanent des médecins et de la science médicale, un impératif s'est imposé à moi : l'humilité et la plus extrême prudence devant la complexité de la pathologie humaine et la manière dont les patients l'expriment.

Soyons conscients que **le diable est dans les ... symptômes**. La présente réflexion certes incomplète, n'a d'autre but que de nous en faire prendre conscience et à inviter à la poursuivre.

(1) E. Lens. (†) Prolegomènes pour une épistémologie de l'acte médical. La logique diagnostique. Louvain Méd. 97 : 405-413, 1978.

(2) E. Lens. (†) Ibid. Le symptôme. Louvain Méd. 95 : 209-214, 1976.



Guy Postiaux
Grand Hôpital de Charleroi
Service de médecine interne.
Novembre 2010.