

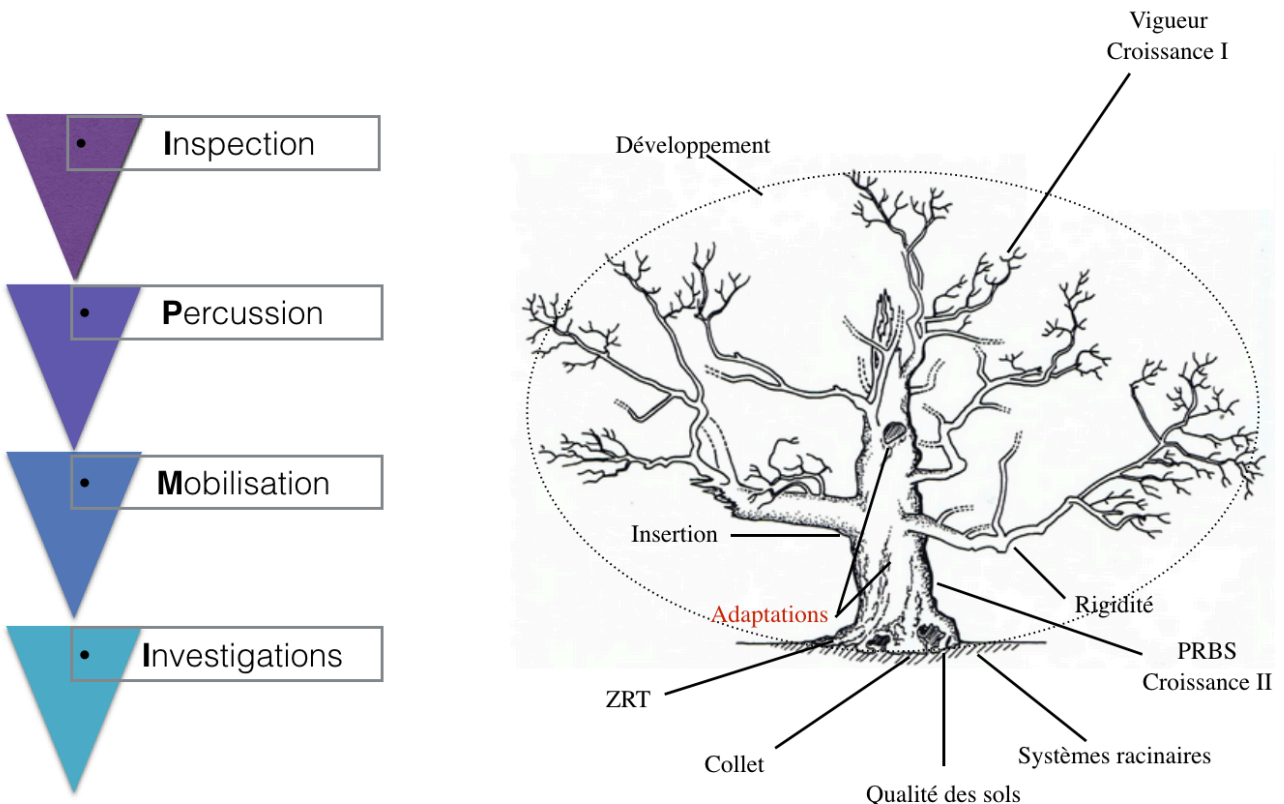
# L'expérience clinique

## L'examen

L'examen clinique, base du diagnostic d'un arbre, comporte deux grands axes complémentaires, l'histoire de l'arbre et l'examen physique, avec comme objet la mise en évidence d'éléments permettant d'apprécier son état de santé et ses réactions. L'examen physique se décompose lui même en plusieurs étapes ; d'abord une phase dite d'inspection, puis, lorsque des points d'observation manquent, que la situation le justifie ou se complexifie, l'examen doit parfois s'accompagner de gestes cliniques méthodiques :

- La percussion, par la recherche de la matité ou non des sons, pour la mise en évidence des cavités et de certaines singularités.
- La mobilisation, qui est l'action de faire bouger un axe, une insertion, pour identifier un défaut de rigidité, une particularité d'ancrage ou d'insertion, etc...
- Des investigations complémentaires, légères (dites para-cliniques), avec par exemple l'excavation sommaire du collet, ou, pour certaines nécroses d'écorce ou cavités, la mise en évidence des bourrelets, etc...

Cet examen clinique *IPMI* (Inspection/Percussion/Mobilisation/Investigations) peut être réalisé par chaque arboriste à l'aide d'outils spécifiques simples, et permet de recueillir des signes et données objectives, suffisants, dans la majorité des situations, pour poser un diagnostic.



### Légende

Croissance I et II : croissance primaire et secondaire

ZRT : Zone of Rapid Taper = zone de conifcation rapide (départs racinaires)

PRBS : Paroi Résiduelle de Bois Sain

## On ne trouve que ce que l'on cherche

Un biais récurrent du diagnostic mécanique est la focalisation de l'examen sur la recherche de défauts. Il semble que la simple utilisation du terme *défaut* corrompt à la base l'étude d'un sujet car il implique une dégradation de la note d'état mécanique, alors que, pour exemple, une cavité compensée par de la croissance accrue peut être tout aussi solide, voire plus solide, qu'un axe plein de diamètre inférieur. Le mot *défaut* confond donc *symptômes* et *signes*, notions qui se distinguent pourtant par leur valeur sémantique. Ainsi, un examen complet et minutieux ne devrait pas chercher uniquement des *défauts* ou une pathologie (telle qu'une infection par un mycète parasite), mais aussi les réactions de l'arbre à ses propres singularités, pouvant signifier un état optimisé. On ne trouve que ce que l'on cherche. L'examen doit donc mettre en évidence des *symptômes*, qui deviendront *signes* sous un regard sensible à la différence, à l'immédiateté, ou à la succession. C'est l'appréciation.

**Le symptôme** : Le symptôme n'est pas un indicateur mais un phénomène particulier, visible, transcription première d'un état pathologique ou d'une réaction à un stress mécanique. Les cavités, la présence de carpophores, une fissuration, une déformation ou une métamorphose sont des symptômes, mais n'indiquent pas le devenir ni l'amplitude du phénomène.

**Le signe** : Le signe annonce, pronostique ce qui va se passer; il est évalué par le praticien, et s'avance dans les dimensions du caché. Il peut être le signe d'une amélioration, par l'appréciation de la croissance accrue et des bourrelets d'adaptation, ou celui d'une évolution négative, par l'observation de l'échec récurrent des bourrelets ou l'appréciation de leur manque de vigueur. Il peut aussi indiquer un état stabilisé, ou une dégradation lente, comme c'est le cas généralement des arbres matures. Le signe indique la direction, le plus tard, l'issue, le dénouement.

Ainsi, la formation à l'examen clinique est liée à l'émergence du regard du praticien dans le champ des signes et des symptômes. *Le signe dit cette même chose qu'est précisément le symptôme (Foucault, 1963)*. Le symptôme est le support morphologique indispensable du signe. Il ne peut donc y avoir de signe sans symptôme. Cette dernière réflexion invite à porter un regard critique sur la systématisation de la mesure appareillée, qui, dans de nombreuses situations, pourrait être évitée à l'aide d'un examen clinique minutieux se satisfaisant d'appréciations et non de quantifications. Par exemple, la simple mesure de la PRBS (Paroi Résiduelle de Bois Sain) n'informerait que de la dégradation interne, sans intégrer les éventuelles différences de croissance en diamètre de l'axe concerné. C'est pourtant en grande partie ce dernier symptôme qui permettra de lire le signe, et donc d'apprécier un état mécanique optimisé, stabilisé ou dégradé. La mesure appareillée focalisée sur le défaut pourrait donc passer à côté d'une partie des signes et des bénéfices adaptatifs permettant de contrebalancer de mauvais résultats aux tests. L'éducation à la méthode clinique et à la critique des méthodes phyto-contrôle par mesure appareillée semble donc primordiale pour la conservation des arbres singuliers ou vieillissants, difficilement intégrés par les modèles actuels.

La science de l'arboriculture embrasse une infinité de variables et de combinaisons, et doit interroger avec un regard neuf chaque sujet et chaque situation. « *A l'horizon de l'expérience clinique, se dessine la possibilité d'une lecture exhaustive, sans obscurité ni résidu. Au plus haut degré de connaissance, tous les symptômes pourraient devenir des signes. Les manifestations pathologiques parleraient un langage clair et ordonné* » (Foucault, 1963). Une de ces manifestations pathologiques, essentiellement chronique, est l'infection par champignons lignivores parasites. Ces infections s'établissent dans le temps et doivent être considérées

comme indivisibles depuis leur début (endophytes) jusqu'à leur terminaison qui sera la mort ou l'échec mécanique du végétal, et indissociables du vieillissement des arbres. Il s'agit donc d'une association qui doit sans cesse questionner le normal et le pathologique. Lors d'une association prématurée, avec une action parasitaire sur un végétal jeune ou adulte, il faudra se poser la question de la chaîne de causalités ayant conduit à cette fragilité ou cette sensibilité à l'action d'un pathogène. Dans le cas des arbres vieillissants, pour éviter les biais de diagnostic et les erreurs de gestion, il sera nécessaire d'intégrer un modèle complexe d'expertise. Ainsi, lorsque la quantification devient nécessaire et que l'approche clinique trouve ses limites, le modèle complexe basculera sans contradiction d'une approche clinique au contrôle par la mesure appareillée, mais pas au détriment de la connaissance, de l'expérience clinique et du raisonnement, qui sont aujourd'hui les fondements d'une approche moderne de la gestion des arbres d'ornement, et plus globalement, du vivant.

### **Philippe Trouillet, Ceiba**

Ressources :

Foucault M. (1963). Naissance de la clinique. PUF.

Cookson J.; Epstein O.; Hornett G.; Perkin G.D.; Rakhit R.; Robins A.; Watt I. (2012). Examen clinique. De Boeck.

Esquisse de l'arbre : Drénou C.