

## **Une formation universitaire tente de réguler la tension entre les sciences de l'éducation et les sciences et techniques de la kinésithérapie**

### **Résumé**

En France, les lois et la réglementation de l'exercice des professions de santé changent. Les demandes des politiques de santé ont évolué. Il devient économiquement et scientifiquement nécessaire pour les Kinésithérapeutes de pouvoir articuler leurs compétences bio-médicales (physiologie, biologie, biomécanique...) issus de savoirs médicaux avec des compétences éducatives issues de savoirs en sciences humaines. Un dispositif de formation tente de réguler l'articulation entre les sciences de l'éducation et les sciences et techniques de la kinésithérapie. L'enseignement des méthodologies de la recherche en éducation dans ce cursus universitaire devrait aider à la production d'un nouveau savoir concernant l'évaluation, la relation éducative et la promotion de la santé en kinésithérapie. La prise de distance par rapport aux techniques de rééducation devrait permettre aux rééducateurs de pouvoir placer le patient au centre du dispositif de soins.

**Mots clés :** kinésithérapie ; politiques de santé ; didactique ; recherche ; formation.

### **INTRODUCTION**

Les politiques de santé demandent aux professionnels de la santé et du travail social de systématiser les pratiques d'éducation à la santé auprès des personnes malades ou non malades et de produire des théories, des modèles et des applications méthodologiques efficaces sur le plan thérapeutique et éducatif. Ils souhaitent également que le champ de la santé passe d'un système de soins où la maladie est au centre du dispositif de santé à une génération de soins où la santé serait déterminée par l'équilibre dynamique et évolutif entre la population et son environnement.

Les difficultés que rencontre l'éducation à la santé et le développement de soins de qualité sont proches de celles que l'enseignement rencontre couramment à l'école (conception-obstacle, rapport au savoir impliquant une relation de soumission au maître, attitude passive des élèves...). Il ne s'agit pas d'opposer ou de choisir entre les démarches curatives indispensables axées sur la maladie et les approches éducatives mais de les articuler dans un modèle global de la santé.

**Qu'il s'agisse des approches individuelles ou des approches psychosociales d'éducation et de promotion de la santé, les évaluations de santé publique [1, 2, 3, 4, 5] montrent les limites d'efficacité éducatives et thérapeutiques de celles-ci. L'éducation constituant un facteur déterminant sur les résultats sur le plan thérapeutique il semble utile de se former en éducation à la santé et à la relation éducative [1, 3, 6, 7].**

**Les résultats de la revue bibliographique réalisée par l'OMS [1] et par Gatto [8] indiquent une absence de recherche et de littérature concernant la didactique des sciences de la santé et ont montré de nombreux échecs des actions d'éducation à la santé et de promotion de la santé.**

Actuellement il semble indispensable d'acquérir la capacité d'articuler les sciences de l'éducation et les sciences et techniques de la kinésithérapie pour sortir d'une vision uniquement positiviste de l'éducation où l'apprenant est considéré comme une variable dépendante. Le paradigme positiviste réduit l'individu à une variable dépendante d'une ou plusieurs variables indépendantes (la maladie, le médicament, la technique de rééducation...). Il explique des comportements par une ou plusieurs causes simples (relation de cause à effet). Par exemple : Pour diminuer ses douleurs lombaires il faut perdre du poids et pratiquer des activités sportives. Le paradigme positiviste est issu des sciences de la nature. L'Homme est plus complexe. Une multitude de variables interviennent dont certaines ne sont pas identifiables, neutralisables et restent évolutives, imprévisibles (la subjectivité du sujet par exemple).

### **Le modèle de santé global**

Pour ce modèle la santé est constituée par l'équilibre dynamique et évolutif de l'individu avec son environnement [7]. Il développe une approche globale de la santé et de l'individu malade. L'éducation et la relation éducative font partie intégrante des soins et des actes de rééducation.

Ce modèle propose d'évaluer, de tracer et de mettre en place des dispositifs thérapeutiques, éducatifs et sociaux pour permettre à la personne malade, à la personne handicapée et à la personne exclue de s'impliquer au niveau sociétal et de prendre une position de participant en fonction de ses demandes et de ses besoins. Le patient n'est plus uniquement un agent qui doit appliquer les recommandations et les prescriptions mais il devient co-auteur de ses démarches de santé avec le thérapeute : comportement, mode de vie, traitement thérapeutique, alimentation, prescription...

Le troisième modèle de santé englobe les deux précédents. Il ne les rejette pas mais permet leur articulation et leur coordination. Cette nouvelle vision

de la santé est appelée la promotion de la santé. La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer [9].

L'objectif unique actuel (soulager), encore trop fréquent, doit faire place au double objectif : thérapeutique et éducatif, simultanément [10].

## **LES DETERMINANTS DE SANTE**

Selon les données de santé publique [2, 3, 11, 9, 12] la santé est déterminée par les soins curatifs, le niveau socio-professionnel, l'alimentation, l'hygiène de l'eau, les souffrances, le stress, la confiance en soi, l'estime de soi, les revenus, le logement, la justice sociale, l'éducation, l'écosystème, les loisirs, le travail, l'environnement, les comportements et les modes de vie. Les comportements et les modes de vie constituent les déterminants majeurs de la santé de la population. Les soins curatifs ne constituent qu'un déterminant parmi d'autres.

Actuellement les politiques de santé demandent, à juste titre, d'agir de manière coordonnée sur tous les déterminants de la santé en fonction des compétences de chaque profession et de montrer, grâce au développement de la traçabilité et de l'évaluation à court, moyen et à long terme, l'efficacité et l'efficience des actions thérapeutiques et des actions éducatives. En effet, l'efficacité et l'efficience des soins curatifs sont contestées à partir des années 1970 [7]. Les thérapeutes en exercice ont des difficultés à modifier leurs pratiques professionnelles éducatives et thérapeutiques même si les textes et la réglementation professionnelle l'exigent [1, 13]. Les habitudes sont difficiles à changer et il semble que les thérapeutes ne disposent pas de concepts, d'outils, de moyens et de temps de formation pour réaliser cette transformation. « En confirmation de l'hypothèse constructiviste, il apparaît que les modes de pensée et d'action des élèves ne sont pas malléables à volonté, et que si, parfois, des modes spécifiques de raisonnement des élèves peuvent assurer des succès pendant un temps et pour certaines questions, ces modes peuvent aussi se constituer en obstacles résistants à une évolution favorable souhaitée » [14].

Les programmes de la formation initiale et de la formation continue des masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas encore évolué, divergé et ne se sont encore réorientés pour mieux correspondre au nouveau contexte scientifique et médical Français.

Pour Vial [15] « la régulation dans le systémisme permet de distinguer trois niveaux de régulation :

- d'abord au niveau du programme, c'est la régulation cybernétique,

- puis au niveau du référentiel que l'on se donne, dont le programme est issu (le référentiel est plus large que le programme),
- et enfin, encore plus large, au niveau du projet dans lequel sont embarqués l'apprenant et l'enseignant.

Deux solutions possibles :

- soit faire autrement, c'est à dire faire la même tâche, la même chose, en s'y prenant d'une autre manière avec une autre procédure,
- Ou bien changer de tâche, changer de programme, faire « autre chose ». C'est à dire prendre un autre chemin didactique pour parvenir au savoir et à son appropriation. Le sens du projet de formation se construit de l'intérieur chemin faisant.

La régulation cybernétique est constituée d'étapes procédurales chronologiques qu'il est nécessaire de passer. Si un individu bloque sur une étape, il recommence mais, s'il n'y parvient pas, il prend du retard puis en cas de difficulté répétitive est exclu du système : c'est un échec.

La régulation systémique permet en cas de blocage sur une étape de changer de référentiel, de changer de programme pour à partir des savoirs pré-existants (ses croyances, ses habitudes...) du sujet tenter d'atteindre les objectifs. Par exemple si un sujet ne parvient pas à faire une série d'exercices qui fait partie d'un programme progressif il est possible de changer de programme en négociation avec le patient. Le projet de la rééducation peut rester inchangé.

L'essentiel est de choisir sans rien renier. C'est choisir ensemble des choses à faire en fonction de l'évaluation négociée pour parvenir au projet. Ici on entre dans la pensée complexe [16] et dans la régulation complexe [15].

## **LES SCIENCES DE L'EDUCATION ET LA SANTE**

L'enseignement du savoir scientifique de la santé ; aux élèves de l'école jusqu'à l'université, l'enseignement du savoir de la kinésithérapie aux élèves dans les Instituts de formation en Masso-Kinésithérapie et aux malades dans le cadre de la promotion de la santé (actes de préventions, soins curatifs, actes d'aide à la réinsertion professionnelle) ; et la relation éducative développée au cours de chaque action de rééducation constituent des pratiques d'éducation et de formation.

Dans ce contexte, il apparaît de bon droit que ces pratiques d'éducation et de formation intéressent le champ des sciences de l'éducation pour produire par la recherche un savoir éducatif et pour construire des dispositifs de formation en collaboration avec les disciplines de santé concernées. Les sciences de l'éducation ont pour mission, entre autres, de mieux comprendre

les pratiques d'éducation et de formation et de produire un savoir nouveau qui sera à la disposition de la communauté. Les enseignements des savoirs hautement techniques de la santé auprès des patients (enfants et adultes), souffrant de maladies chroniques et de maladies aiguës conduisent souvent, en l'absence de dispositifs didactiques maîtrisés mais aussi évolutifs et imprévisibles, à des échecs d'apprentissage.

Le modèle bio-médical recherche par l'éducation l'adhésion du sujet à la prescription. Cela par la transmission de savoirs savants, le contrôle de la compréhension du message et le contrôle de son application. L'acte d'apprentissage des savoirs de la santé est pensé comme un conditionnement d'un individu rationnel. Depuis fort longtemps, les données de santé publique ont montré les limites en terme d'apprentissage des renforcements négatifs. C'est à dire les limites d'un enseignement basé sur la peur, la culpabilité et les punitions si les comportements attendus ne sont pas atteints. Les savoirs savants déversés, injectés de manière frontale paraissent trop décalés et trop en rupture par rapport aux savoirs expérientiels des patients. Les informations de santé se heurtent aux savoirs-obstacles des patients. Un savoir-obstacle est par exemple le fait de croire que la natation soigne le dos, ou qu'une lombalgie doit être traitée par le repos de trois semaines. C'est faux scientifiquement mais cela a été construit par l'expérience, par l'éducation depuis de nombreuses années et cela est difficile à modifier car c'est de l'ordre de la croyance. Cela même si le savoir scientifique dit le contraire. Les obstacles sont enracinés sur le plan cognitif, social, expérientiel et affectif. L'utilisation exclusive du paradigme positiviste par les professionnels de santé à la fois dans leurs pratiques éducatives et dans l'évaluation de celles-ci (évaluation-contrôle et évaluation gestion) conduit certaines fois à des échecs d'apprentissage, à une augmentation de la prévalence des problèmes de santé publique, à une non liberté de choix et une non autonomie du patient.

Les recherches en psychologie, en sciences de l'éducation et en santé publique ont montré que c'est à partir des savoirs pré-existants du patient, en construisant et en articulant avec lui les objectifs de la rééducation et le programme de rééducation que l'évolution positive de santé devient statistiquement plus probable. C'est en substituant les régulations de contrôle par les régulations complexes que le dialogue peut se développer, conduire à l'auto-questionnement, travailler le sens des activités et mieux aider à l'autonomie et/ou au changement de comportement.

« Dans le cadre de la promotion de la santé les professionnels pourraient mieux maîtriser les savoirs éducatifs et mieux comprendre la personne apprenante pour travailler de manière coordonnée :

- dans les institutions scolaires dans une perspective de dépistage et de prévention des problèmes de dos par exemple,

- dans les entreprises,
- dans les associations sportives,
- dans les institutions de formation aux activités physiques et sportives,
- dans les institutions et les associations d'aides aux malades,
- dans les institutions de formation du secteur sanitaire et social,
- dans les institutions de soins et les structures hospitalières,
- dans les cabinets de soins de ville » [17].

La démarche de soins de troisième génération dépasse la classification de Wood [18] encore utilisée par certains professionnels de la santé [19]. Selon cette classification il existe une relation linéaire entre déficience, incapacité et handicap. La déficience serait de nature biologique, l'incapacité en serait la conséquence fonctionnelle, et le handicap son produit social marqué par un désavantage. Ici, le handicap responsabilise celui qui le porte et quelquefois le culpabilise en lui donnant une représentation négative. « Par le développement des réseaux de soins les politiques de santé demandent de compléter cette classification par l'évaluation et la prise en compte de tous les déterminants de la santé. Cela pour permettre des actions plus adaptées aux problématiques de santé de la population et pour intervenir en amont de la maladie et de ses complications. La situation handicapante est une situation de conflit entre le sujet et l'environnement qu'il soit humain et/ou matériel (difficultés matérielles, difficultés motrices, difficultés communicationnelles, éloignement, perte du rôle social...). Ce conflit conduit souvent à des problèmes de santé et à une situation d'exclusion. Le développement d'une nouvelle démarche de soins, la création d'outils d'évaluation-régulation des comportements de santé, permettent d'aménager un environnement adapté à chaque personne pour articuler de manière dialogique les différents modèles de santé. Permettre à chaque personne de vivre et d'évoluer dans un environnement qui lui correspond diminue les risques de conflit (prévention primaire), le cas échéant rétablit l'équilibre rompu et favorise ainsi la sortie de la situation handicapante (prévention secondaire et tertiaire) » [17]. Dans ces perspectives, chaque être humain peut exister, se mobiliser, s'engager librement, et donner du sens à sa vie présente et à venir. Le développement du modèle global de la santé par les professionnels facilitera la mise en place d'un environnement adapté à chaque personne, favorisera la mise en œuvre d'un réseau de prise en charge globale, et améliorera la liberté et le pouvoir du malade par rapport à sa maladie, aux soins, à son corps, à son environnement. Les professionnels de santé proposeront des activités spécifiques adaptés aux difficultés, aux besoins, aux demandes et à l'évolution des objectifs de santé de chaque malade. La relation éducative et les pratiques éducatives de chaque soignant aideront à développer un nouveau rapport entre le sujet et le savoir de santé et permettront à l'élève-patient d'être en fonction des moments agent, acteur et auteur de sa santé. Ici, les soins et/ou la rééducation appartiennent au

domaine de la relation éducative et visent l'autonomie dans le processus d'adaptation. Pour cela la démarche éducative recherche par l'écoute et le travail sur le sens, la compréhension du référentiel et des savoirs expérientiels (construits par l'expérience de la vie quotidienne) de l'élève-patient.

Aussi, pour améliorer la qualité et l'efficacité de la démarche éducative du thérapeute à court, à moyen et à long terme, il est proposé de former les professionnels de santé à certains éléments théoriques et pratiques issus du champ des sciences de l'éducation. « Ce qui justifie l'acte éducatif, c'est ce qu'il est nécessaire que le patient apprenne pour résoudre son problème de santé : éloigner les risques de complications et de rechutes, améliorer son état ou plus généralement, opérer des choix en matière de gestion de sa santé » [20].

## **LA PROBLEMATIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE**

Comment passer d'un dispositif de soin curatif à un dispositif de santé qui développe des pratiques d'éducation différentes de l'éducation-correction instrumentée par des renforcements négatifs ?

Comment passer du premier système de soin centré sur la maladie et les techniques de rééducation axées sur le segment corporel malade à la troisième génération de santé fixée sur l'équilibre de l'individu avec son environnement ?

L'équilibre de la santé est déterminé par de nombreux facteurs sur le plan organique mais aussi sur les plans sociaux et psychologiques nécessitant l'utilisation de savoirs pluridisciplinaires : thérapeutiques, mais aussi éducatifs.

Il a été listé certains « anciens » obstacles au changement :

- Depuis leur création, les organismes de protection sociale ne remboursaient pratiquement que les soins curatifs.
- Dans le cadre des soins de ville, plus le sujet était malade, plus le professionnel de santé travaillait.
- Les patients demandaient une prise en charge thérapeutique et éducative focalisée sur la maladie.
- Les professionnels de la santé et les kinésithérapeutes en particuliers n'étaient pas conscients de la nécessité sanitaire d'évolution de leur démarche éducative et thérapeutique.
- Les outils d'évaluation, de réflexion et de travail dont disposaient les professionnels de santé étaient polarisés sur la maladie.

- Les professionnels de santé et les enseignants du secteur sanitaire n'étaient formés ni aux pratiques éducatives, ni à la relation éducative.
- Les professionnels de santé n'avaient pas l'habitude de travailler en équipe.
- Les professionnels de santé n'étaient pas formés à l'évaluation et à la conception de projet en éducation.

Les politiques ont fait évoluer le contexte législatif de la santé en France [22, 23, 24, 25]. Certains masseurs-kinésithérapeutes semblent continuer à fonctionner avec d'anciennes démarches thérapeutiques et éducatives. Les démarches professionnelles installées dans certains cas depuis plus de trente années sont difficiles à changer.

## **UNE FORMATION UNIVERSITAIRE AU SERVICE DU DEVELOPPEMENT DE LA DEMARCHE DES PROFESSIONNELS DE SANTE**

Une évaluation des savoirs des kinésithérapeutes a été réalisée [7, 8]. Ces travaux de recherche ont montré que les masseurs-kinésithérapeutes concevaient dans la majorité des cas l'éducation comme une prescription selon un modèle d'éducation-correction.

« Actuellement pour améliorer la santé de la population l'obstacle majeur ne réside pas dans la possession des connaissances médicales et scientifiques, mais bien dans les compétences éducatives » [21]. En 1986, la santé était définie « comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme un but de la vie. La santé c'est ce qui permet à un individu ou à un groupe d'une part de réaliser ses ambitions et de satisfaire ses besoins, et d'autre part d'évoluer avec le milieu ou de s'adapter à celui-ci. La santé constitue un moyen parmi d'autres de se réaliser » [9].

Il semble donc utile sur le plan épidémiologique, éthique et politique de travailler les problématiques de l'éducation en santé pour produire par la recherche pluridisciplinaire un savoir concernant l'éducation à la santé, la relation éducative, la promotion de la santé et ses domaines d'application. Ce savoir sera à la disposition des professionnels pour mener les pratiques sociales de rééducation, de prévention et d'éducation à la santé.

Il s'agit pour les kinésithérapeutes d'acquérir la capacité à se centrer sur la personne malade ou bien portante pour comprendre sa santé dans son histoire. Ici la santé n'est plus considérée comme l'absence de maladie ou d'infirmité et la maladie comme la seule variable indépendante qu'il faudrait détruire.

Le statut « d'art » et de « pratiques professionnelles » semble avoir perdu sa place dans le nouveau champ sanitaire et social de la France. Les Caisses d'assurance maladie ne financent pas l'art mais plutôt les sciences de la santé. Il devient indispensable que la kinésithérapie soit reconnue en qualité de Science et constitue une discipline. « L'université est une Institution qui allie l'enseignement supérieur à la recherche fondamentale » [26] et semble être la mieux placée pour permettre à la kinésithérapie de produire des savoirs scientifiques de la rééducation et de l'éducation à la santé. De plus, « l'enseignement universitaire ne peut se réduire à un enseignement professionnel ; même quand il forme des enseignants ou des médecins, il apporte un plus, qui est son union intime avec la recherche » [26]. Il devient important de créer une université en sciences et techniques des professions de santé ou un Institut Universitaire Professionnel (IUP) qui regrouperait dans le cadre de l'inter-professionnalité différentes disciplines : sciences de la kinésithérapie, sciences des soins infirmiers... Les écoles normales se sont transformées en Institut Universitaire de Formation des Maîtres... Un IUP permettrait de réaliser une collaboration entre les Instituts de formation existants et l'université (département des sciences de l'éducation par exemple pour ce qui concerne les pratiques d'éducation et de formation).

En attendant cette évolution indispensable pour la défense de la profession pour la première fois en France une formation en Licence, option : formation et encadrement dans le secteur sanitaire et le travail social est développée depuis octobre 2001 par l'Université de Provence en partenariat avec l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Marseille. La première promotion constituée de masseurs-kinésithérapeutes en activité libérale et salariée travaillent à la construction de compétences en évaluation, en éducation et en méthodologies de la recherche. L'Institut de formation des cadres de santé-rééducation de Paris (Croix Rouge Française) vient à son tour de conclure le même type de convention avec l'Université.

Pour mieux répondre aux demandes des politiques de santé et des responsables de la profession de masseur-kinésithérapeute les Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie Français peuvent également développer ce type de partenariat avec les universités de leur région. Ainsi ils pourraient profiter de la mutation du contexte sanitaire et social pour faire évoluer leur profession en développant des capacités qui répondent aux projets-visées des politiques de santé. « C'est ainsi que bien en amont des objectifs on doit expliciter les visées (...). Ce projet-visée est de nature philosophique et politique. Il n'est pas quête d'objets mais quête de valeurs. Sa traduction stratégique en programme et en plan sera le projet programmatique qui est, lui organisationnel et fonctionnel et se traduit en objectifs et en moyens » [27]. Le projet-visée a pour signification le projet politique et idéologique qui précède et sous-tend les plans d'actions, les programmes, les lois, les procédures, les pratiques recommandées. Si l'idée de développer une université en Kinésithérapie est partagée par les kinésithérapeutes (le projet-

visée), il devient important de formaliser des objectifs pour y parvenir et un programme d'actions (le projet programmatique).

« Ainsi la pédagogie par objectifs n'est qu'une pédagogie de projet programmatique. C'est là que se situe le champ du contrôle lequel nécessite la plus grande précision possible » [27]. Des recherches antérieures [28, 7] ont montré que l'occultation du projet-visée conduit les professionnels de la santé à conserver les pratiques habituelles et à ne pas pouvoir changer même s'ils en expriment le souhait. « Pour que le projet ne soit pas un gadget, il faut le concevoir dans une perspective dialectique et temporelle. Toute production qui donne des grilles pour faire une analyse ou un diagnostic remplace le processus complexe que j'ai décrit par le fantasme d'une rationalité souveraine qui porterait à croire que l'on pourrait motiver ses collaborateurs où ses élèves à condition de savoir s'y prendre » [27]. Il est donc nécessaire de s'accorder sur certaines valeurs et sur le sens de l'activité du professionnel kinésithérapeute en 2002. Ici les critères sont qualitatifs et globaux en rapport aux valeurs choisies. Le projet est avant tout un processus, une démarche, une façon de faire en fonction de certaines valeurs. Alors dans l'action, dans la mise en œuvre des procédures, du projet programmatique relatif au projet-visée il est nécessaire de se questionner en permanence sur la pertinence des actions en rapport aux visées (le sens des activités de rééducation et d'éducation des kinésithérapeutes, le développement de la recherche en kinésithérapie, la place des kinésithérapeutes dans les réseaux de soins...). Et, si c'est utile, de diverger et de se réorienter au niveau du référentiel et/ou du programme d'actions. Cela si les liens entre actions et visées sont absents où sont moins pertinents. Il s'agit de laisser une place à la régulation systémique. Accepter à l'avance de ne pas tout contrôler, tout anticiper, tout planifier de manière irrémédiable et idéale. Et donc pouvoir sortir des procédures pour permettre un travail sur les processus si c'est nécessaire. Il devient urgent de faire évoluer certains plans d'actions en fonction du nouveau projet mis en œuvre par les politiques de la santé. « Le modèle systémique permet de travailler le dispositif d'enseignement, les produits fabriqués (critères de réussite), les procédures de fabrication des produits (critères de réalisation), les processus des acteurs.

Le terme processus désigne l'énergie utilisée, mobilisée, exploitée, gérée par les acteurs du système. Le processus permet de corriger ce que la notion de procédure avait de rigide, de comportementaliste dans le modèle cybernétique. Le processus est interne au sujet. C'est la manière singulière dont le sujet entre et se tient dans les procédures. La notion de processus permet de s'intéresser aux dimensions subjectives et qualitatives du sujet » [15]. « L'évaluation – régulation des processus permet de développer la notion d'évaluation de la qualité. Dans ce contexte l'évaluation – régulation peut être de l'ordre de la verbalisation, du dialogue, de l'échange, de la négociation, de l'inter – influence, de l'interaction et donc de l'éducation » [29].

Cet article tente de favoriser le questionnement et le dialogue des professionnels thérapeutes et/ou formateurs. Il n'est pas cherché à se substituer aux professionnels. « Il est le catalyseur du projet, qui doit être entièrement l'œuvre de l'auteur » [30]. Quand l'auteur (les professionnels) a décidé de son projet « la mise en œuvre du projet doit prendre la forme d'un programme d'actions à réaliser. Le facilitateur aidera l'auteur à en établir un planning précis » [30]. Les responsables des professions de santé deviendront alors les relais pour mettre en action les décisions.

## **CHANTIER DE RECHERCHE**

Un journal de formation est réalisé par les kinésithérapeutes inscrits en Licence. Déjà les fonctions « réassurance, réfléchissement et heuristique » du journal de formation a été travaillé par de nombreux enseignants-chercheurs [31].

Ici, il est demandé aux participants, à tour de rôle, de réécrire les éléments de certains cours qui leur semblent intéressants par rapport à leurs pratiques professionnelles, à leur projet professionnel et à leur projet de formation. Puis il est demandé de présenter sous la forme d'une conférence-débat l'élaboration réalisée.

Les premières analyses des écrits et des conférences-débats montrent que ces dispositifs didactiques aident à :

- l'analyse réflexive et le questionnement de la pratique professionnelle ;
- l'analyse réflexive et le questionnement de l'activité d'apprentissage.

Les participants élaborent de nouveaux liens entre la formation et leurs pratiques professionnelles et construisent un nouveau sens et de nouvelles valeurs professionnelles.

La confrontation au cours des conférences-débats paraît très productrice à la fois pour l'auteur de l'écriture qui réalise une nouvelle transposition, une nouvelle analyse réflexive et pour les participants qui semblent construire un nouveau savoir.

Actuellement ce chantier est en cours. Il est cherché à voir si le journal de formation et sa confrontation aide à prendre de la distance par rapport aux techniques professionnelles et permettrait à chaque thérapeute de passer d'une logique curative axée sur la maladie à une logique éducative centrée sur la personne dans sa globalité.

## CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Les Lois qui réglementent l'exercice des professions de santé (Masseurs-Kinésithérapeutes, Infirmier(e)s...) changent.

D'abord, essentiellement clinique, la pratique médicale plaça ensuite tous ses espoirs sur la biologie pour vaincre la maladie. Les différents échecs de cette médecine triomphante, la crise financière du système de protection sociale conduisent les politiques de santé à penser et à souhaiter la santé et la médecine d'une manière totalement nouvelle. Il devient nécessaire de former les professionnels de santé à « la pensée dialogique » [16]. La pensée dialogique consiste à accepter simultanément deux logiques différentes, contradictoires et complémentaires. Il ne s'agit pas de rejeter l'approche curative mais de la situer dans une démarche de santé globale et de l'articuler avec l'approche éducative.

Il est difficile pour les professionnels de santé de changer leurs pratiques, de produire du savoir scientifique, de créer des modèles d'évaluation, de créer des outils d'évaluation, de développer des actions d'éducation si les programmes de formation initiale et les programmes proposés en formation continue ne contiennent pas les théories, les modèles, les méthodes et les techniques qui le permettent. « Qu'il s'agisse donc de formation initiale ou de formation continue (ou continuée), d'éducation des adultes, de formation professionnelle ou de formation personnelle, de rééducation, d'éducation spécialisée et de psychothérapie, ces différentes démarches véritables pratiques sociales, supposent, requièrent toujours, l'explicitation de leurs projets-visée dès avant le rappel de leurs objectifs à court, moyen et long terme, et l'énoncé de leur progression programmatique anticipée. On pourrait naïvement, ou avec beaucoup de machiavélisme, plaider que l'économie du projet-visée est possible, pour des raisons d'urgence et d'efficacité, puisque de toutes façons implicite ou explicite, il y a toujours un tel projet dans nos conduites. Ce serait une erreur. Parce que le projet-visée est le lieu du politique, si dans une conjoncture se réclamant de la démocratie, le projet-visée n'est pas explicité, quand ce n'est élucidé, il devient le pré-texte à toutes les manipulations et à toutes les tromperies. Le choc en retour, ne manquerait pas alors à se produire » [27].

La mise à distance des pratiques par la référence à des modèles et/ou des théories, l'articulation des sciences humaines et des sciences et techniques de la kinésithérapie sont à travailler pour inciter au va et vient entre ces logiques et à leur prise en compte dans l'exercice professionnel pour placer la personne malade au centre du dispositif de santé.

## Références bibliographiques

- [1] OMS., 1998, *Education thérapeutique du patient*. Bureau régional pour l'Europe, Copenhague, Recommandation d'un groupe de travail de l'OMS, version Française, septembre 1999.
- [2] HIRSCH A., 1996, *Education à la santé*. Revue trimestrielle du haut comité de la santé publique, n° 16, éditorial.
- [3] Haut Comité de la Santé Publique, Ministère de l'emploi et de la solidarité., 1999, *La santé en France 1994-1998*. La documentation Française, Paris.
- [4] LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., *Les inégalités sociales de santé*. La découverte, Recherches INSERM éditions, 2000.
- [5] AFREK (association Française de recherche et d'évaluation en kinésithérapie), 2000, *Prise en charge kinésithérapique du lombalgique*. Conférence de consensus, 13 et 14 novembre 1998, SPEK, Paris.
- [6] GATTO F. et FAVRE D., 1997, *Utilisation d'indicateurs discursifs pour optimiser les effets de la rééducation auprès de patients lombalgiques*. Santé Publique n° 3, 9<sup>e</sup> année, 341-360, SFSP, Nancy.
- [7] GATTO F., 1999, *Attitudes cognitives et cultures de soins. Contribution de dispositifs pédagogiques spécifiques aux actions d'éducation à la santé*. Thèse de Doctorat, Université de Provence.
- [8] GATTO et RAVENSTEIN., 2003. *Pour une didactique de « l'éducation à la santé » le cas de la lombalgie commune* (à paraître).
- [9] OMS., 1986, *La Charte d'OTTAWA*, vers une nouvelle santé publique, Prévenir n° 30, Genève.
- [10] GATTO F. et VIEL E. 2001, *Pédagogie et éducation à la santé*. Education du patient. Les Annales de la kinésithérapie. t.28, n°1, Masson, Paris, pp. 11-19,
- [11] D'IVERNOIS J.F. et GAGNAYRE R., 1995, *Apprendre à éduquer le patient*. Vigot, Paris.
- [12] OMS., 1997, *Déclaration de Jakarta, A ère nouvelle, acteurs nouveaux, Adapter la promotion de la santé au XXI siècle*, 4<sup>e</sup> conférence internationale sur la promotion de la santé, Promotion § Education, vol IV, n° 3, 56-58.
- [13] GATTO F., 2002-a, Contribution de la recherche en sciences de l'éducation au développement de la prise en charge sanitaire et sociale globale des personnes âgées dépendantes. Ouvrage collectif : Education et Santé, Questions de théories, de méthodes et de pratiques (à paraître aux Presses Universitaires Septentrion).
- [14] JOHSUA S. et DUPIN JJ., *Introduction à la didactique des sciences et des mathématiques*. PUF, Paris, 1993.
- [15] VIAL M., 1997, *Conceptions de la régulation et apprentissage. L'auto-évaluation comme auto-questionnement*, édité par le département des sciences de l'éducation de l'Université de Provence, Aix - Marseille 1, Cahier n° 9, 67 – 100 et Cahier n° 12, 143-198.
- [16] MORIN, E. (1986). *La méthode : tome 3 : la connaissance de la connaissance*. Paris : Le Seuil.
- [17] GATTO F., 2002-b. Contribution de la recherche en didactique à l'enseignement du savoir de la santé (accepté pour parution chez l'Harmattan).
- [18] WOOD PHN., *Comment mesurer les conséquences de la maladie : la classification internationale des infirmités, incapacités et handicaps*. Chronique O.M.S., 1980.
- [19] GATTO F., 2001, *Contribution de la recherche en didactique à l'évaluation et à la modification de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées dépendantes*. Revue scientifique internationale Le Gérontophile. Association québécoise de Gérontologie, Montréal. vol 23, n° 3, pp 21-33
- [20] DECCACHE A. et LAVENDHOMME E., 1989, *Information et éducation du patient, des fondements aux méthodes*. De Boeck Université, Bruxelles.
- [21] MANDERSCHIED J.C., GUILLAUME JM., BRES R. et ROUGE A., 1992, *Education à la santé et sida. Un essai comparatif avec tirage au sort*. Hygie, revue internationale d'éducation pour la santé, VOL X/4, 26-32.

- [22] Rédaction de Kiné-Actualité. *Les grandes lignes d'une réforme*. Kiné-Actualité n° 820, 6 septembre 2001, pp 2-3.
- [23] Rédaction de Kiné-Actualité. *Les droits et les devoirs des usagers et des professionnels*. Kiné-Actualité n° 821, 13 septembre 2001, pp 2-3.
- [24] KOUCHNER, B. (2001). *La santé pour un investissement pour une société équitable*. XVII<sup>ème</sup> Conférence mondiale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé. Paris, le 15 juillet 2001.
- [25] RAFFARIN, JP. (2002). *Projet Santé*. Kiné-Actualité n° 861, pp 2.
- [26] REBOUL O., 1989, *La philosophie de l'éducation*, Que sais-je ? PUF.
- [27] ARDOINO J., 1991, *Du bon ou du mauvais usage du projet*. Cahiers Pédagogiques n° 292-293, pp 28-31.
- [28] GATTO F. et BUI-XUAN G., 1996, *Relativité du savoir et relation thérapeutique : étude d'une population de santé en formation continue*. Kinésithérapie scientifique, n° 361, pp 47-53, Spek, Paris.
- [29] BONNIOL JJ., 1988, *Entre les deux logiques de l'évaluation, rupture ou continuité ?* Bulletin de l'ADMEE, n° 3, pp 1-6.
- [30] GOGUELIN P., 1993, *Comment faire naître un projet ?* Sciences Humaines n° 39, pp 30.
- [31] JORRO A., 2002, *L'écriture accompagnatrice : le journal de formation*. A paraître en 2002 dans la revue Enjeux.