

QUESTIONNEMENTS, INTÉRÊTS, ENJEUX, LIMITES ET PERSPECTIVES DES FORMATIONS CONTINUES DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES-RÉÉDUCATEURS

P. GASTON

La construction de l'identité professionnelle

Lorsque nous envisageons notre avenir professionnel, nous sommes soumis à un désir d'identification qui est lié à trois conditions : « *une condition affective : on s'identifie d'autant plus au modèle qu'il est sympathique ; une condition de similitude : l'identification est facilitée par la présence d'éléments communs entre le sujet et le modèle ; une condition de puissance : l'identification est plus importante si le modèle a du prestige* » Sainsaulieu (1977).

Cet objectif professionnel défini, nous empruntons alors le long chemin initiatique menant à la construction de notre identité professionnelle : c'est, pour Dubar (2000), « *le produit de socialisations successives* » : « *la socialisation est un processus d'identification de construction d'identité c'est à dire d'appartenance et de relations. Se socialiser, c'est assumer son appartenance à des groupes* » : c'est donc un processus dynamique individuel, se transformant tout au long de notre vie, qui se construit à partir de notre propre conscience, de notre propre individualité, et qui se modifie au contact des autres, dans la relation aux autres...

Les mécanismes de la construction identitaire

Cette construction identitaire, Boittin (2002) en a décrit trois mécanismes : « *Le premier mécanisme correspond à une phase d'immersion dans la culture professionnelle* » : Cette étape peut être à l'origine d'une crise si la culture du sujet et la nouvelle culture professionnelle proposée sont en contradiction. De même, cette immersion va entraîner une confrontation entre l'idéal du professionnel étudiant et la réalité, lesquels peuvent être également en contradiction. Le second mécanisme est « *l'installation dans la dualité entre le modèle idéal qui caractérise la dignité de la profession, son image de marque, sa valorisation symbolique et le modèle pratique qui concerne les tâches quotidiennes et les durs travaux et qui n'a que peu de rapport avec le premier* ». Le troisième et dernier mécanisme est « *la phase de conversion ultime. Il s'agit d'un ajustement entre le concept de soi et les possibilités offertes par la [nouvelle] profession envisagée* » (Ibid.).

Tap (1980), quant à lui, a proposé les concepts d'identification et d'identisation : pour construire son identité professionnelle, l'étudiant aurait besoin de s'identifier aux autres (modèles des professionnels, des enseignants ...) avant d'affirmer sa propre identité. L'identification est le phénomène par lequel l'individu tendrait à se reconnaître des ressemblances avec son ou ses groupes d'appartenance, tandis que lors de l'identisation, l'individu tendrait à se distinguer, se singulariser des autres.

La formation et la pratique professionnelle dans la construction identitaire

Dans le cadre du modèle institutionnel de notre formation initiale de masseur-kinésithérapeute (MK) de type « prêt-à-porter » du soin, nous sommes formatés pour devenir des agents, des bio-mécaniciens performants : nous sommes « *formés dedans sans en avoir conscience* » (Gatto, 2004) : cette façon d'apprendre, d'appréhender les autres, nous amène spontanément à une vision curative de la santé, basée sur la prescription, la peur et le contrôle de la fonction : nous sommes fixés sur la maladie et sa régularisation.

Ultérieurement, le choix de l'exercice libéral nous amène à être plus individuel et plus autonome. Nous devons prendre en compte plusieurs paramètres qui vont interférer pour structurer cette relation privilégiée : nous sommes seul face au patient, l'accompagnant du début jusqu'à la fin de son traitement ; ce traitement induit généralement une répétition de séances, qui nous amène progressivement à rentrer dans son intimité. Nous devons donc tenir compte de ce que le patient nous renvoie ; nous devons participer à son éducation pour le rendre co-auteur de ses soins (Gatto, 2004) ...

Tous ces facteurs nous conduisent à gérer une situation complexe, induisant donc un changement de posture du professionnel pour faire du « sur mesure »... Or, notre formation initiale ne nous permet pas de travailler au mieux avec cette complexité !!!

Et pourtant, nous y arrivons... Ainsi, début 2006, le Conservatoire National des Arts et Métiers dans son rapport intitulé « *De l'analyse de l'action professionnelle des MK à la conception d'un référentiel d'intervention* » pour l'Association Française de Recherche En Kinésithérapie, après avoir étudié le comportement d'un échantillon de masseurs-kinésithérapeutes volontaires dans leur exercice quotidien, a montré que « la singularité des masseurs-kinésithérapeutes est leur capacité à mettre le patient en questionnement : les masseurs-kinésithérapeutes sont dans l'évaluation questionnement tout au long des séances, c'est elle qui sous-tend tout le processus »...

Nous poursuivons ainsi la construction de notre identité que Dubar (2000) considère « comme une notion constamment duale » avec « l'identité pour soi » et « l'identité pour autrui » : nous voyons ainsi apparaître deux critères autour desquels va s'articuler la socialisation : l'efficacité thérapeutique et la relation psychologique.

« *La compréhension globale de l'esprit humain nécessite de prendre en compte l'organisme; non seulement il faut faire passer les phénomènes mentaux du plan des processus de pensée immatériels à celui d'un tissu biologique, mais il faut aussi les mettre en rapport avec l'organisme entier, dans lequel le corps et le cerveau fonctionnent comme une unité, et qui interagit pleinement avec l'environnement physique et social* » (Damasio, 1995).

La formation continue : facteur d'identité ?

Comme nous l'avons vu précédemment, l'identité est constituée de différentes socialisations qui correspondent à des groupes d'appartenance, et la relation avec les patients ne représente que l'une des possibilités de socialisation professionnelle. Ainsi, de nombreux professionnels, constatant les limites de leurs compétences, sont amenés, pour essayer de combler leurs lacunes et d'optimiser leurs techniques, à envisager de suivre des formations complémentaires post-diplôme d'Etat afin d'étendre leur champ d'action en emplant de nouvelles techniques thérapeutiques, dans le strict cadre du modèle de santé bio médical curatif dans lequel ils ont baigné depuis leurs premières armes en kinésithérapie : « *On est à nouveau dans une normalisation de ce qui est bien ou mal et de la responsabilité du sujet quant à son*

état de santé, en excluant la responsabilité politique » (Gatto, 2004). Ces formations peuvent prendre différentes formes, mais en y entrant, le professionnel a déjà des connaissances, des valeurs, une représentation et une image idéale du professionnel qui vont être confrontées avec celles apportées par les formateurs et les autres professionnels. La formation professionnelle est définie comme « une sorte de modèle de la socialisation professionnelle conçue à la fois comme une initiation, au sens ethnologique, à la culture professionnelle et comme une conversion, au sens religieux, de l'individu à une nouvelle conception de soi et du monde, bref à une nouvelle identité » (Dubar, 2000). Cependant, même si nous restons dans une attitude ou prime la volonté de faire disparaître la maladie, cette formation complémentaire apporte fréquemment une nouvelle dimension dans notre vie professionnelle : l'accès direct aux soins. Nous voyons ainsi, qu'en partant d'une formation initiale très encadrée, chaque professionnel va évoluer dans sa construction identitaire, en fonction des différents groupes dans lesquels il sera amené à évoluer, mais également en fonction de son positionnement personnel par rapport à ces groupes.

Ainsi, pour favoriser la construction identitaire, on devra envisager « une formation dont la finalité première est le développement de l'apprenant comme personne et comme acteur social, par la mise en place de conditions favorisant avant tout l'inscription de l'apprentissage dans la dynamique identitaire du sujet » (Bourgeois, 1996). Les formateurs doivent mettre en place des situations de formation, comme l'analyse des pratiques, le suivi pédagogique. Ces situations de formation doivent exercer ce que Bourgeois (1996) appelle la « fonction de facilitation » fonctionnant comme « un espace protégé ». Pour lui, il pourra être considéré comme tel s'il est susceptible d'exercer les trois fonctions suivantes : « engager et soutenir l'apprenant dans l'exploration de manières nouvelles de voir le monde et d'agir... favoriser la 'réversibilité' de la pensée, c'est à dire la capacité de l'apprenant non seulement d'entrer dans un point de vue nouveau sur le réel mais également d'en sortir, d'en faire le tour de l'intérieur et de l'extérieur, de s'en distancier, essentiellement par la confrontation systématique d'une diversité de points de vue sur une même réalité ... Favoriser le développement d'une pensée critique personnelle ».

La formation à la recherche et changement de posture

Cette approche de la formation nous rappelle celle de la recherche pour laquelle l'exploration, la distanciation, l'esprit critique constituent les fondements. Cette évolution nécessaire vers l'universitarisation de notre profession rentre parfaitement dans le cadre de l'évolution vers le système Licence-Master-Doctorat préconisé ... Cependant, peu nombreux sont les instituts de formation initiale qui ont intégré dans leur dispositif de formation l'évaluation - régulation des savoirs et savoir-faire du patient par rapport à sa pathologie (Gatto, 1999). Leurs formations initiales les ont formatés dans un rôle social qui exclut qu'ils puissent rentrer dans l'optimisation des apprentissages de comportements bénéfiques à la santé (Gatto, 2000). Et pourtant, « *La recherche scientifique oeuvre pour la compréhension et /ou l'explication des phénomènes en produisant des connaissances généralisables, transférables et communicables à une communauté scientifique et professionnelle* » (Eymard, 2003). La recherche en soins et santé a pour but de « *faire acquérir (aux futurs professionnels) une posture particulière leur permettant d'analyser une situation, d'être capable d'en décrypter les enjeux, de vérifier des hypothèses et de prendre des décisions en connaissance de cause* » (Cros, 1998). Ce positionnement permettra aux futurs professionnels de ne plus considérer comme acquis et définitifs ses propres modèles, connaissances, représentations et ceux auxquels il sera confronté tout au long de son cursus de formation. « *Il interrogera ses représentations et apprendra une démarche critique vis à vis de ses opinions de lui-même* » (Cros, 1998). Selon Gatto (2004): « *cette nouvelle pratique [...] demande des compétences de réflexivité,*

de questionnement, de problématisation de la part des co-auteurs qui quittent leur posture d'agent ». L'intérêt de la recherche en soins et santé est également le passage à l'écriture. Les masseurs kinésithérapeutes ont plutôt une culture orale. Le travail d'écriture leur est parfois difficile mais « *ce qui fonde la recherche professionnelle est l'écriture* » car « *l'écriture du mémoire produit de la pensée sur la pratique analysée et questionnée* » (Cros, 1998).

Problématique

Pour Eymard (2003), « *Le travail de problématisation transforme... le ou les a priori de départ* », ainsi, notre à-priori de départ est que la construction identitaire des MK s'effectue principalement dans un modèle de santé biomédical curatif formatant des agents.

Aussi, nous nous proposons d'étudier l'exercice de MK libéraux ayant effectué des formations complémentaires post-DE, qui sont devenues des exercices spécifiques secondaires à la kinésithérapie, les amenant à recevoir des patients en accès direct au soin. Cela afin d'analyser si leur posture et le modèle de santé dans lequel ils se positionnent ont évolué avec la construction de leur nouvelle identité professionnelle.

Méthode de recherche

Les méthodes de recherche permettent de produire des connaissances, de réguler des connaissances déjà existantes, dans la recherche en soins et santé, plusieurs méthodes s'offrent à nous, dont la méthode différentielle qui « *cherche soit à construire des catégorisations stables de sujets, des listes de procédures mises en oeuvre par les individus dans des situations identiques, soit à étudier la variabilité d'un individu dans de situations différentes* » (Eymard, 2003). Ainsi des individus qui vivent la même chose le vivent différemment, car il y a des différences personnelles qui les caractérisent : « *Ce qui caractérise la méthode différentielle en tant que méthode de recherche est l'intérêt qu'elle porte à la variabilité interindividuelle* » (C. Eymard, 2003). [...] *Ce type de recherche permet d'identifier des éléments de compréhension de fonctionnement du sujet, ou de différencier des styles, des types, des groupes de personnes, et de définir leurs particularités* » (C. Eymard, 2003). Elle va permettre d'étudier les variations de réponses des sujets sur un phénomène, et chercher à établir des corrélations entre ces variations comportementales : « *le dispositif de recherche est centré sur la construction des variables différentielles et des tests qui permettent de les mettre en évidence* ». (Eymard, 2003).

Ces variables différentielles peuvent être regroupées en trois catégories : les variables inter-individuelles, les variables intergroupes et les variables intra-individuelles.

Dispositif de recherche

Population

Critères d'inclusion : il a été procédé à un choix de masseurs kinésithérapeutes exerçant en libéral dans la France entière. Les critères de sélection étaient qu'ils aient effectué une formation complémentaire post-DE induisant leur inscription sur des listings précisant leur exercice spécifique.

Critères d'exclusion : Il n'est pas pris en compte : les professionnels salariés, et ceux dont le mode d'exercice est mixte, mais avec une part libérale inférieure à un mi-temps ; les MK n'ayant pas effectué de formation complémentaire post-DE. A noter, que seules les formations complémentaires ayant des répercussions jugées très importantes ou importantes, par

l'interrogé, sur son activité professionnelle seront prises en compte dans cette analyse ; les MK, qui déclarent ne pas recevoir de patients en accès direct à leur cabinet.

L'outil d'enquête : le questionnaire

La première partie de ce questionnaire – soit 10 questions - est administrative, elle a pour objectif de déterminer le profil du professionnel, d'évoquer les éventuels critères d'exclusion, et de déterminer l'impact de la (des) formation(s) complémentaire(s) sur sa pratique.

La seconde partie – soit 17 questions numérotées de 11 à 27 -, répondant à la problématique théorique, résulte de la grille de critérisation établie à partir de la matrice théorique issue :

- d'une part de la dynamique identitaire d'Ardoino (1993) déclinée à travers le fameux triptyque des postures «d'agent, acteur, auteur»; et Ardoino précise en 2000 que la notion de « *Posture est pris ici au sens de position. Il faut y entendre le système d'attitudes et de regards vis-à-vis des partenaires, des situations, des objets ...* ». Dans la posture d'agent, le sujet subit, il est spectateur, usager, ou pire assujéti. Il n'a pas de pouvoir sur les règles du jeu qui déterminent son action. En tant qu'agent, le sujet est «essentiellement agi», il représente une partie des agencements du «système», il est défini par ses fonctions. Dans la posture d'acteur, le sujet possède une certaine marge de manœuvre et d'initiative. Le sujet est porteur de sens, il est inséré dans la situation sociale. Il ne se situe pas seulement dans un registre d'interprétation. Dans la posture d'auteur, le sujet invente, innove. Il se situe à la source et produit du sens. L'autorisation illustre le fait du créateur, de celui qui se situe à l'origine de son propre devenir.

Il en découlera six questions. A noter, que pour faciliter l'analyse des réponses, nous ne retiendrons que deux catégories : agent-acteur, et acteur-auteur, conformément aux travaux de Pastor en 2004.

- d'autre part, des modèles de la Santé : en 1988, Bury propose deux modèles de la santé : un modèle biomédical et un modèle global ; en 2003, Gatto précise : « depuis la fin du XIX^{ème} siècle, la médecine a évolué d'un modèle biomédical (selon un paradigme positiviste, explicatif), puis social en reconnaissant socialement la maladie et le handicap, vers un modèle de santé global (selon un paradigme éco-biologique, compréhensif) ». Nous opposerons donc le modèle de Santé biomédical au modèle de Santé global, pour analyser les différents critères. Il en découlera 12 questions dont une sera isolée, car elle ne traduit que la vision du professionnel de sa formation complémentaire : elle ne sert donc qu'à préciser le contexte de(s) la formation(s) complémentaire(s) du professionnel, en nous informant du modèle de Santé dans lequel elle se positionne.

Le questionnaire a ensuite été testé afin de dépister les éventuelles incompréhensions, les questions non pertinentes et les non-réponses. Certaines réponses ont été reformulées et le terme « spécialité », pour désigner les formations complémentaires, qui n'existe pas en kinésithérapie a été remplacé par le terme « exercice spécifique ». Il a été décidé de mélanger l'ordre de certaines réponses afin de ne pas guider les réponses. Le temps de remplissage du questionnaire - comportant donc au total 27 questions - a été estimé entre 5 et 10 minutes.

Protocole

Deux cents professionnels, ayant précisé leur adresse e-mail, ont reçu par courriel, le courrier d'accompagnement et le questionnaire. Pour compléter cette étude, 50 masseurs-kinésithérapeutes de la région Bourgogne répondant aux mêmes critères, mais n'ayant pas donné de coordonnées électroniques, ont reçu par voie postale les mêmes documents sous forme papier, accompagnés d'une enveloppe jointe timbrée et adressée. Le questionnaire ne comportait pas la mention du nom afin de garantir un traitement anonyme des réponses. Le

délai de réponse, initialement prévu sous huit jours, a été respecté pour les retours par courriels, par contre, les retours postaux, compte-tenu des délais de La Poste, ont été prolongés d'une semaine.

Recueil et traitement des données

Sur les 200 questionnaires envoyés par courriels : 15 questionnaires exploitables. Sur les 50 questionnaires envoyés par voie postale, 25 retours sont valides.

Le traitement statistique de ces questionnaires a été effectué à l'aide du tableur Excel. Après une étude détaillée des profils, les réponses aux questions 11 à 27 vont être « notées », afin de faciliter et de clarifier leur traitement, 0 ou 1.

Ainsi, pour les six questions concernant la posture : 0 correspond à une réponse en posture d'agent ; 1 à une réponse en posture d'auteur. Il en résulte une note globale sur 6.

Concernant, le modèle de Santé : 0 correspond à une réponse dans le cadre du modèle biomédical ; 1 à une réponse dans le cadre du modèle de Santé globale. Les 11 questions, induisent donc une note globale sur 11.

Les questions restées sans réponse et les rares réponses multiples sont comptabilisées et regroupées sous la rubrique « non-réponse ».

Résultats : interprétations et commentaires

Nous effectuons des moyennes arithmétiques simples avec pourcentages et croisement des variables par le logiciel Excel. Les corrélations sont étudiées par le coefficient R de Bravais Pearson qui est un « coefficient de corrélation linéaire. Il permet d'indiquer le degré de liaison linéaire entre deux variables. Il relève du rapport entre la covariance et l'écart type sur chacune des variables » (Eymard, 2003).

Sa formule s'exprime ainsi: $R_{xy} = \frac{Cov_{xy}}{(Sx.Sy)}$

Ce coefficient de corrélation est un nombre sans unité, compris entre -1 et +1. Il traduit la plus ou moins grande dépendance linéaire entre x et y. Un coefficient de corrélation nulle ou proche de 0, signifie qu'il n'y a pas de relation linéaire entre les caractères. Proche de +1 ou de -1, les caractères sont dits fortement corrélés. Le signe positif indique le sens de la relation, positif, les variables évoluent dans le même sens, négatif, en sens inverse. Il est ensuite comparé la valeur du R sur une table en fonction du nombre de degré de liberté (d.d.l.) correspondant aux données exploitables, afin de connaître les valeurs significatives de R.

Analyse des profils

- 31 hommes (soit une fréquence de 0,775) et 9 femmes (soit 0,225) ;
- la tranche d'âge des interrogés s'étale de 26 à 63 ans, soit un âge moyen très légèrement supérieur à 42 ans ;
- DE avant 1996 : 29 (soit 0,725), DE après 96 : 11 (soit 0,275) ;
- L'expérience professionnelle libérale varie donc de 2 à 40 ans, soit une expérience moyenne légèrement supérieure à 17 ans et un trimestre ;
- 24 masseurs-kinésithérapeutes ont effectué 1 formation complémentaire (soit une fréquence de 0,59) ; 13 ont effectué 2 formations complémentaires (soit 0,33) ; 3 en ont effectué 3 formations complémentaires (soit 0,08) ;
- 12 ont suivi un cursus universitaire pré ou post-DE (soit une fréquence de 0,3)

Analyse de la posture

Comme nous l'avons expliqué en préambule du traitement de ces données, il en résulte une note globale sur 6. La moyenne arithmétique simple s'élève à 3,55. Afin de comparer la posture des professionnels aux différentes variables, nous convertissons cette note sur 6, en

valeur 0 ou 1 selon le principe suivant : la médiane étant à 3, les notes globales de posture entre 0 et 3 inclus induisent une posture plutôt d'agent, convertie en 0 ; celles entre 4 et 6 inclus, une posture plutôt d'auteur, convertie en 1. Nous vérifions ce positionnement par le calcul du coefficient de corrélation : $R = 0,83$; Supérieur à la valeur significative de la table, pour un d.d.l. de 38, pour $p = 0,01$: corrélé

Nous comparons ensuite, avec les différentes variables :

- l'âge des professionnels : $R = - 0,24$; il est inférieur à la valeur significative de la table, pour un d.d.l. de 38 : non corrélé

Cette variable est à rapprocher de leur expérience professionnelle en libéral (en années) : $R = - 0,28$; Inférieur à la valeur significative de la table, pour un d.d.l. de 38 : non corrélé
Ainsi, l'expérience professionnelle ne représente pas un critère stable d'évolution de la posture du professionnel ;

- l'obtention du DE avant 96 (notée 1) ou après 96 (notée 0 dans notre tableau) : $R = - 0,11$; Inférieur à la valeur significative de la table, pour un d.d.l. de 38 : non corrélé

Comme nous pouvons le constater, l'instauration en 1996 du bilan diagnostic kinésithérapique n'a pas d'impact sur la posture des masseurs-kinésithérapeutes, qui semblent donc ne pas s'être encore appropriés cette modification institutionnelle.

- le nombre de formations complémentaires post-DE suivies : $R = 0,20$

Inférieur à la valeur significative de la table, pour un d.d.l. de 38 : non corrélé

La multiplication des formations complémentaires dans le but prioritaire d'obtenir une meilleure technicité par l'empilement de techniques n'induit pas pour autant une modification de la posture.

- le suivi d'un cursus universitaire : $R = 0,37$

Supérieur à la valeur significative de la table, pour un d.d.l. de 38, pour $p = 0,05$: corrélé

Seul un cursus universitaire semble être en mesure de favoriser le changement de posture du professionnel de santé.

Analyse du modèle de santé induit par la formation complémentaire

Les réponses données se répartissent équitablement entre les deux modèles de Santé. Cependant, une analyse plus précise des deux réponses les plus choisies (0,92) semble nous permettre d'établir qu'à une « subtilité » de langage près, nous sommes bien dans le système de formation basé sur « démonstration-répétition-correction-répétition » évoqué initialement. Les réponses sont notées 0, lorsque nous nous situons plus dans un modèle de Santé biomédical, et 1, lorsqu'il s'agit plutôt du modèle de Santé globale. Nous les comparons avec la posture du professionnel (ramenée à 0, s'il est globalement plutôt en posture d'agent, ou 1, s'il est plutôt en posture d'auteur, selon le principe évoqué précédemment), et le modèle de Santé dans lequel il se positionne (selon le principe que nous détaillerons ultérieurement, ramenant à une « notation » 0, s'il est plutôt dans un modèle de Santé biomédical, et 1 dans un modèle de Santé globale) :

- comparaison modèle de Santé de la (des) formation(s) complémentaire(s)/ posture du professionnel : $R = 0,07$

Inférieur à la valeur significative de la table, pour un d.d.l. de 38 : non corrélé

- comparaison modèle de Santé de la (des) formation(s) complémentaire(s)/ modèle de Santé dans lequel se positionne le professionnel : $R = - 0,1$

Inférieur à la valeur significative de la table, pour un d.d.l. de 38 : non corrélé

Il semble donc que cette formation complémentaire, basée essentiellement sur l'apprentissage de techniques, n'induisse pas de répercussions stables sur la posture du professionnel et le modèle de Santé dans lequel ce dernier va se positionner au cours de son activité.

Analyse du modèle de santé privilégié par le professionnel de santé

Comme nous l'avons expliqué en préambule du traitement de ces données, il en résulte une note globale sur 11.

La moyenne arithmétique simple s'élève à 8,40, ce qui semble indiquer un positionnement globalement privilégié des masseurs-kinésithérapeutes dans un modèle de Santé globale. Afin de comparer le modèle de Santé dans lequel se positionnent les professionnels aux différentes variables, nous convertissons cette note sur 11, en valeur 0 ou 1 selon le principe suivant : la médiane étant à 5,5, et la moyenne arithmétique élevée, lorsque la note individuelle globale du modèle de Santé est comprise entre 0 et 6 inclus, nous considérons que l'on est plutôt dans un modèle biomédical de santé, convertie en 0 ; celles entre 7 et 11 inclus, plus dans un modèle de santé globale, convertie en 1.

Nous vérifions ce positionnement par le calcul du coefficient de corrélation : $R = 0,69$

Supérieur à la valeur significative de la table, pour un d.d.l. de 38, pour $p = 0,01$: corrélé

Nous comparons ensuite, avec les différentes variables :

- l'âge des professionnels : $R = - 0,12$
Inférieur à la valeur significative de la table, pour un d.d.l. de 38 : non corrélé
Et leur expérience professionnelle en libéral (en années) : $R = - 0,13$
Inférieur à la valeur significative de la table, pour un d.d.l. de 38 : non corrélé
- l'obtention du DE avant 96 (notée 1) ou après 96 (notée 0 dans notre tableau) : $R = 0,01$
Inférieur à la valeur significative de la table, pour un d.d.l. de 38 : non corrélé
- le nombre de formations complémentaires post-DE suivies : $R = 0,03$
Inférieur à la valeur significative de la table, pour un d.d.l. de 38 : non corrélé
- le suivi d'un cursus universitaire : $R = 0,30$
Inférieur à la valeur significative de la table, pour un d.d.l. de 38 : non corrélé

Nous constatons donc qu'aucune corrélation n'est établie, concernant les Modèles de Santé.

Critique

La méthode différentielle employée en regard de la question théorique, semble en accord avec le but recherché qui était de trouver des tendances sous la forme de corrélations.

L'un des biais, est représenté par le questionnaire lui-même, qui ne renseigne pas sur ce que les gens font vraiment, mais sur ce qu'ils déclarent faire. Il serait donc nécessaire de confirmer ces résultats par l'utilisation d'autres outils complémentaires comme une observation des pratiques. De ce fait, la triangulation des données conforterait les résultats.

De plus, nous avons rencontré quelques difficultés à rassembler un nombre important de questionnaires : les professionnels ciblés n'ayant à priori pas forcément envie de « décrire » leurs pratiques ; et certains organismes de formation complémentaire sollicités n'ont pas donné suite, craignant probablement qu'un jugement de valeur soit porté sur leurs pratiques, pourtant le descriptif semblait clair. Aussi, le panel servant de base à cette étude étant très

limité, il conviendra de tester sur une population plus importante les pistes évoquées ci-dessous.

Intérêts des résultats

Cette étude nous a conduit à observer l'exercice de MK libéraux ayant effectué des formations complémentaires post-DE, qui sont devenues des exercices spécifiques secondaires à la kinésithérapie, les amenant à recevoir des patients en accès direct au soin. Nous sommes en pleine actualité puisque les Institutions politiques et syndicales professionnelles évoquent actuellement la diversification de notre activité par ce biais.

Nous avons donc, à partir des résultats enregistrés, dégagé différents aspects pratiques :

- Concernant la formation initiale en masso-kinésithérapie : elle devrait permettre d'obtenir des professionnels responsables, capables d'une analyse réflexive de leurs pratiques et d'une autonomie d'action. Cette évolution semble devoir passer par une réforme du contenu de son programme d'études afin que ce dernier soit en adéquation avec les nouvelles politiques de santé, et un travail sur les modalités des apprentissages vers un modèle plus socio-constructiviste en lien avec notre activité de soins.
- Concernant la posture : nous observons que l'évolution d'agent à auteur a déjà été initiée par les masseurs kinésithérapeutes.

Cependant, notre étude semble nous montrer que cette évolution ne peut être rattachée ni à l'expérience professionnelle, ni à l'obtention du DE avant ou après 1996, ni au fait de suivre des formations complémentaires post-DE en empilant des techniques. Il y a donc lieu de faire également évoluer les contenus et les missions de ces formations complémentaires, afin de favoriser la transformation de l'activité par la formation.

- Concernant le modèle de Santé : la masso-kinésithérapie est aujourd'hui en pleine évolution. Par la loi du 04 mars 2002, notre système de santé est en train de muter d'un modèle biomédical curatif vers un modèle de Santé global non positiviste. Les droits du patient à l'information, son implication directe dans le soin, son projet de santé, ses demandes, ses savoirs de l'expérience... sont autant d'éléments qui obligent les professionnels de santé à modifier leurs comportements et leurs pratiques. Manifestement, les professionnels semblent prêts à assumer ces changements, et à s'investir dans l'éducation en Santé au cours des soins ... pour autant que les moyens leurs soient donnés... Or, nous avons observé que seul le cursus universitaire, semble permettre d'envisager cette évolution et d'accélérer ce processus. Ainsi, Pastor (2004), en conclusion de ses travaux, propose de « tester l'hypothèse, que la formation des masseurs kinésithérapeutes aux Sciences de l'Education, développe chez le praticien des capacités de réflexivité, de distanciation, de problématisation et de changement de modèles théoriques au cours de l'activité ».

Ainsi, nous rejoignons les propos de Gatto (1999), qui, dans sa thèse a contribué à la recherche en kinésithérapie, par le champ des sciences humaines, en sensibilisant les soignants au regard du champ de la didactique en soins et santé, expliquant que « l'université semble être la mieux placée pour permettre de produire des savoirs scientifiques de la rééducation et de l'éducation à la santé ». Il précise en 2003 : « il devient indispensable que la kinésithérapie soit reconnue en qualité de Science si elle souhaite continuer à exister ». Il semble donc que « La compréhension des différents modèles appliqués à la formation initiale de l'étudiant et sa transposition didactique vers l'acte de soin sont aussi deux des fondements de cette évolution nécessaire de notre formation. Ce changement conduirait à une modification de l'identité professionnelle du masseur kinésithérapeute » (Pastor, 2004).

Bibliographie

ARDOINO J., *L'approche multi-référentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives*, Analyses et pratiques de formation, Paris VIII Formation permanente, n°25-26, Décembre 1993.

ARDOINO J., *Les avatars de l'éducation*, Education et formation, pédagogie théoriques et critiques, 1^o édition, Paris : PUF, 2000.

BOITTIN, I., *Etudiants en soins infirmiers de deuxième année: crise identitaire*. La mise à l'épreuve des motivations. Recherche en Soins Infirmiers, n° 68, Mars 2002.

BOURGEOIS, E., *Identité et apprentissage*, in Education permanente, n°128, 1996.

BURY J.A., *Education pour la santé, concepts, enjeux, planification*. De Boeck, coll « Savoirs et santé », Bruxelles, 1988.

Code de la Santé Publique.

CROS, F., *le mémoire professionnel dans la formation initiale des enseignants : un processus de construction identitaire*. Paris, L'Harmattan, 1998.

DAMASIO A.R., *L'erreur de Descartes*, Ed Odile Jacob, Paris, (2001), 1995.

DUBAR, C., 1991, *La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles*. 3^{ème} éd. Armand Colin, Paris, 2000.

EYMARD C., *Initiation à la recherche en soins et santé*. Rueil-Malmaison. Editions Lamarre, 2003.

GATTO F., *Attitudes cognitives et cultures de soins. Contribution de dispositifs pédagogiques spécifiques aux actions d'éducation à la santé*. Thèse de Doctorat, Université de Provence, 1999.

GATTO F., *Les masseurs kinésithérapeutes se forment aux sciences de l'éducation*, Rédaction de Soins Cadres, n°45, février 2003.

GATTO F., *L'évaluation des compétences des masseurs kinésithérapeutes pourrait-elle conduire à l'autonomie d'exercice de la profession?* Expertise du rapport Matillon intitulé: Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, Kiné Actualité n°918, Ed. SPEK, Paris, 2003.

GATTO F., *Evaluer, apprendre et enseigner le savoir de la santé*, Synthèse pour l'habilitation à diriger les recherches, Université de Corse, 2004.

PASTOR, E., *Les pratiques des masseurs kinésithérapeutes à travers les modèles de l'évaluation, Mémoire du diplôme d'études approfondies spécialité système d'apprentissage et d'évaluation*, Université de Provence, département des sciences de l'éducation, 2004.

SAINSAULIEU R., *L'identité au travail*, 2^{ème} éd. 1985, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1977.

TAP P., *L'identification est-elle une aliénation de l'identité?* Identité individuelle et personnalisation. Toulouse, Privat, 1980. Thèse de doctorat, Sociologie, Université de Paris I, Panthéon Sorbonne, 2003.

Résumé :

Cette étude nous a conduit à observer les pratiques de masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs libéraux, ayant effectué des formations complémentaires post-DE, qui sont devenues des exercices spécifiques secondaires à la kinésithérapie, les amenant à recevoir des patients en accès direct au soin.

Notre a priori de départ était que la construction identitaire des masseurs-kinésithérapeutes s'effectue principalement dans un modèle de santé biomédical curatif formatant des agents ; or l'accès direct au soin, induit une posture d'auteur ... Aussi, nous voulions analyser, à travers leur posture, et le modèle de santé dans lequel ils se positionnent, si le fait de suivre une (ou plusieurs) formation(s) complémentaire(s) favorisait cette construction d'une nouvelle identité professionnelle.

Nous constatons que l'évolution d'agent à auteur a déjà été initiée par les masseurs-kinésithérapeutes, mais elle ne dépend ni de l'expérience, ni de l'obtention du DE avant ou après 1996, ni de l'empilement de formations complémentaires à la recherche de technicité. Seule une formation universitaire semble permettre d'aider et d'accélérer ce processus de changement de posture.

Il semble donc indispensable de favoriser le rapprochement de la masso-kinésithérapie et de l'Université.

Mots clés : formation (initiale et complémentaire), identité, masso-kinésithérapie, posture, Université.

