

formation

FRANCK GATTO

Les masseurs-kinésithérapeutes se forment en sciences de l'éducation

■ En France, les lois et la réglementation de l'exercice des professions de santé évoluent ■ Les kinésithérapeutes doivent pouvoir articuler leurs compétences biomédicales avec des compétences éducatives ■ La relation développée au cours de chaque action thérapeutique est à questionner et à travailler avec les savoirs des sciences humaines ■ Un dispositif de formation tente de réguler la tension entre les sciences de l'éducation et les sciences et techniques de la kinésithérapie.

L'éducation constituant un facteur déterminant sur les résultats thérapeutiques, il semble utile de se former en éducation à la santé et à la relation éducative. Les savoirs et les compétences des masseurs-kinésithérapeutes sont-ils suffisants dans ce domaine ?

SYSTÈMES ET DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Pour sortir d'une vision uniquement positiviste, il est indispensable d'acquérir la capacité d'articuler les sciences de l'éducation et les sciences et techniques de la kinésithérapie. Le paradigme positiviste réduit, en effet, 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 ayant des effets directs : par exemple, pour diminuer ses douleurs lombaires, il faut perdre du poids et pratiquer des activités sportives. Mais l'homme est plus complexe, une multitude de variables interviennent, dont certaines ne sont pas identifiables et restent évolutives, imprévisibles, comme la subjectivité du sujet par exemple.

■ **Trois systèmes de santé distincts** sont cités dans les travaux de santé publique et d'éducation.

- **Le modèle biomédical.** Il est représenté par le traitement curatif de la maladie qui a pour unique objectif de corriger la déficience. La maladie est au centre du dispositif de soins. C'est la "médecine et la biologie triomphantes". On imagine que la biologie peut vaincre toutes les maladies.

- **Le modèle social.** C'est le traitement social de la

maladie et du handicap. Le pôle d'intérêt est la socialisation du handicap et de la maladie. On voit ici se développer, par exemple, la Sécurité sociale, les Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) ou Handisport.

- **Le modèle de santé global.** Ce modèle développe une approche globale de la santé et de l'individu malade. La santé représente un équilibre dynamique et évolutif de l'individu en relation à son environnement¹. L'éducation et la relation éducative font partie intégrante des soins et des actes de rééducation. Ce modèle met en place des dispositifs thérapeutiques, éducatifs et sociaux permettant à la personne malade, handicapée ou exclue, de s'impliquer et de participer. Le patient devient coauteur de ses démarches de santé avec le thérapeute : comportement, mode de vie, traitement thérapeutique, alimentation, prescription...

Ce modèle englobe les deux précédents. Il ne rejette pas, mais permet leur articulation et leur coordination. Cette vision, appelée "promotion de la santé", a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer².

- **Les déterminants de santé d'une population** ont été largement décrits ; il s'agit des soins curatifs, du niveau socioprofessionnel, de l'alimentation, de l'hygiène de l'eau, des souffrances, du stress, de la confiance en soi, de l'estime de soi, des revenus, du logement, de la justice sociale, de l'éducation, de l'écosystème, des loisirs, du travail, de l'environnement, des comportements et des modes de

MOTS CLÉS

- Cadre de santé
- Éducation à la santé
- Formation
- Kinésithérapie
- Masseur-kinésithérapeute
- Politique de santé
- Recherche
- Sciences de l'éducation
- Soignant

REMERCIEMENTS À

Bernard Decory, Chantal Eymard, Éric Pastor, Philippe Stévenin et Éric Viel pour le partage de leurs connaissances et de leurs analyses. Leur aide a significativement contribué à l'émergence du sens de cet article.

vie. Les comportements et les modes de vie constituent les déterminants majeurs, les soins curatifs n'étant qu'un déterminant parmi d'autres.

Les politiques de santé demandent à la fois 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, l'efficacité et l'efficience des actions thérapeutiques et des actions éducatives. 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* »³.

LES SCIENCES DE L'ÉDUCATION ET LA SANTÉ

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 prévention, 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.

■ **Un savoir éducatif.** Ces pratiques 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 de mieux comprendre les pratiques d'éducation et de formation, et de produire un savoir nouveau qui sera à la disposition de la communauté.

Le modèle biomédical recherche, par l'éducation, l'adhésion du sujet à la prescription au travers de la transmission de savoirs savants, le contrôle de la compréhension du message et le contrôle de son application. L'acte d'apprentissage est pensé comme le conditionnement d'un individu rationnel. Depuis fort longtemps, la psychologie expérimentale a montré les limites d'un enseignement fondé sur la peur, la culpabilité et les punitions si les comportements attendus ne sont pas atteints.



© BSIP/Laurent

Les savoirs savants déversés, injectés de manière frontale, paraissent trop décalés et en rupture par rapport aux savoirs expérimentiels 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 un repos de trois semaines. C'est faux scientifiquement, mais construite par l'expérience, cette croyance est difficile à modifier. 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, peut conduire à des échecs d'apprentissage et à une augmentation de la prévalence des problèmes de santé.

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.

■ **La démarche de soins de troisième génération.** La démarche de soins de troisième génération dépasse la classification de Wood⁴ encore utilisée par certains professionnels de la santé⁵. Selon cette classification, il existe une relation linéaire entre déficience, incapacité et handicap. ►

Il est demandé aux professionnels non seulement de posséder des compétences en rééducation, mais aussi des compétences éducatives.

► 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. Il faut « *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 de communication, 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 »⁶. Dans ces perspectives, les professionnels de santé proposent des activités spécifiques adaptées aux difficultés, aux besoins, aux demandes et à l'évolution des objectifs de santé de chaque malade. La relation et les pratiques éducatives de chaque soignant aident à développer un nouveau rapport entre le sujet et le savoir de santé, et permettent à "l'élève-patient" d'être à la fois agent, acteur et auteur de sa santé. Les soins et/ou la rééducation 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 de l'élève-patient.

DÉVELOPPEMENT DE LA DÉMARCHE PROFESSIONNELLE

La majorité des professionnels de santé – médecins, infirmier(e)s, psychomotricien(ne)s – a commencé à réorganiser son programme de formation initiale et celui de formation continue. Les masseurs-kinésithérapeutes sont-ils prêts? Et s'ils ne le sont pas, quelle place occuperont-ils dans un contexte passant d'un système centré sur le segment corporel malade, à un système prenant en compte l'équilibre individu/environnement?

■ **Législation de la profession de masseur-kinésithérapeute.** Depuis le 5 octobre 2000, la nouvelle nomenclature et son avenant conventionnel constituent une obligation légale et réglementaire (bilan-diagnostic kinésithérapique écrit, fiche de synthèse écrite...). Selon les caisses d'Assurance maladie et les responsables de la profession, il semble que certains kinésithérapeutes aient du mal, certainement par manque de formation, à appliquer les nouveaux textes.

En 2001, le texte de loi relatif à la modernisation du système de santé propose « *la création d'un établissement public, l'Institut national de prévention et de promotion de la santé (INPPS), assurant notamment le développement de l'éducation pour la santé. [...] Les réseaux de soins [...] favorisent la coordination, l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires et assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne, tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. [...] Des réseaux sont constitués entre des professionnels de santé libéraux, des établissements de santé, des institutions sociales ou médico-sociales ou des organismes à vocation sanitaire et sociale*⁷ ». « *Le projet de loi pose les bases d'une politique de prévention globale, qui donne sa place à l'éducation pour la santé et qui sera coordonnée et financée comme les soins*⁸ ». [...] Déjà en 2001, il était nécessaire « *d'agir de manière coordonnée sur tous les déterminants de la*

EXTRAITS D'UN QUESTIONNAIRE UTILISÉ POUR ÉVALUER LES SAVOIRS DES KINÉSITHÉRAPEUTES

La question introductive au questionnaire utilisé pour mesurer l'évaluation des savoirs des kinésithérapeutes était : « Nos savoirs nous permettent-ils... :

- **de réaliser nos actes d'éducation et de rééducation dans une démarche globale de santé**, c'est-à-dire en décidant et en effectuant nos actes à travers des grilles écrites pluridisciplinaires (physiologie, biomécanique, santé publique, épidémiologie, psychologie, éducation, philosophie, éthique...)?
- **d'intégrer un réseau de soins** et, éventuellement, de le coordonner?
- **de produire, par les méthodologies de la recherche, un savoir** concernant l'éducation pour la santé, l'éducation du patient et la promotion de la santé dans le champ de la rééducation?
- **d'occuper des postes en qualité d'auteur et de décideur** au sein de l'Institut national de prévention et de promotion de la santé?
- **d'effectuer des actes de promotion de la qualité de vie des personnes malades**, des comportements favorables à la santé, de prouver scientifiquement les résultats de ces actes, et d'être, à ce titre, rémunéré par les caisses d'Assurance maladie?
- **de réaliser des évaluations écrites d'actes préventifs et éducatifs**, de formaliser des décisions d'éducation thérapeutique, de mettre en œuvre des moyens d'éducation pour la santé et d'évaluer par écrit l'écart à l'objectif?
- **d'enseigner le savoir de la kinésithérapie** auprès des élèves, des stagiaires et des confrères en référence à des modèles et des théories de l'éducation, de la didactique, de la formation d'adultes, de l'encadrement, de l'évaluation, du projet, de l'apprentissage?
- **d'aider le patient à devenir le co-auteur de son traitement** et de son projet de vie avec sa maladie?
- **d'aider le patient à gagner en liberté** en s'appropriant des compétences d'auto-soins? ».

santé en fonction des compétences de chaque profession et de développer la prévention et l'éducation pour la santé⁹ ». Ces différents projets sont maintenant en grande partie opérationnels et le projet de santé actuel des politiques est « de fixer les priorités de notre action de santé publique [...], rééquilibrer les soins, la prévention et l'éducation à la santé¹⁰ ». Il semble donc utile sur les plans 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.

■ Les kinésithérapeutes sont-ils prêts ?

Il est demandé aux "professionnels" non seulement de posséder des compétences en rééducation, mais aussi des compétences éducatives. De nouveaux métiers de la santé seraient-ils sur le point d'émerger dans le paysage sanitaire français ? Quels rôles vont jouer les kinésithérapeutes ? Il paraît indispensable de se préparer, de s'organiser et d'occuper tous les terrains : curatif, rééducatif et éducatif (école du dos, école d'éducation respiratoire, école du toucher/massage, école d'aide à l'autonomie fonctionnelle, école de la marche...). Certains domaines relèvent de la rééducation, et pas forcément exclusivement des soins, et réciproquement. Il faudrait relever le défi de la rééducation fonctionnelle. Le risque serait de ne plus travailler, dans les Instituts de formation des cadres de santé ni dans les pratiques professionnelles, les problématiques relevant des professions de la rééducation. Dans le cadre de l'interprofessionnalité, chaque discipline (kinésithérapie, soins infirmiers...) pourrait occuper le rôle d'auteur de son activité en fonction de ses compétences.

FORMATION UNIVERSITAIRE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les résultats des recherches montrent que les masseurs-kinésithérapeutes devraient acquérir de nouvelles compétences en travaillant les problématiques de l'éducation et de la relation éducative sur les problèmes de santé. Il s'agit pour les kinésithérapeutes d'acquérir la capacité à se centrer sur la personne malade ou bien portante pour com-

prendre 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 français. 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 si elle souhaite continuer à exister. L'université, qui « est une institution qui allie l'enseignement supérieur à la recherche fondamentale »¹¹ 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 recherche¹¹ ». 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'interprofessionnalité, différentes disciplines : sciences de la kinésithérapie, sciences des soins infirmiers. Les écoles normales

se sont transformées en institut universitaire de formation des maîtres (IUFM). 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). L'expérimentation en formation initiale d'une licence professionnelle en kinésithérapie pourrait constituer un début d'évolution notable.

■ **Des partenariats.** En attendant cette évolution indispensable pour la défense de la profession, 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 travaille à la construction de compétences en évaluation, en éducation et en méthodologies de recherche. L'Institut de formation des cadres de santé-rééducation de Paris (Croix-Rouge française) vient, à son tour, de conclure le même type

se sont transformées en institut universitaire de formation des maîtres (IUFM). 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). L'expérimentation en formation initiale d'une licence professionnelle en kinésithérapie pourrait constituer un début d'évolution notable.

Il devient indispensable que la kinésithérapie soit reconnue en qualité de science si elle souhaite continuer à exister

RÉFÉRENCES

1. 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
 2. OMS, La Charte d'Ottawa, vers une nouvelle santé publique, Prévenir, 1986 ; 30
 3. Johsua S., Dupin J.-J., Introduction à la didactique des sciences et des mathématiques, PUF, 1993
 4. Wood Phn., Comment mesurer les conséquences de la maladie : la classification internationale des infirmités, incapacités et handicaps, Chronique OMS, 1980
- .../...

RÉFÉRENCES

.../...

5. Gatto F., 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, 2001 ; 23 ; 3 : 21-33

6. Gatto F., Ravestein J., Émergence d'une didactique des sciences de la santé, (à paraître en 2003)

7. Rédaction, Les grandes lignes d'une réforme, *Kiné-Actualité*, 6 septembre 2001 ; 820 : 2-3

8. Rédaction, Les droits et les devoirs des usagers et des professionnels, *Kiné-Actualité*, 13 septembre 2001 ; 821 : 2-3

9. Kouchner B., La santé pour un investissement pour une société équitable, XVI^e Conférence mondiale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, Paris, 15 juillet 2001

10. Raffarin J.-P., *Projet Santé*. *Kiné-Actualité*, 2002 ; 861 : 2

11. Reboul O., La philosophie de l'éducation, *Que sais-je ?* PUF, 1989

12. Jorro A., L'écriture accompagnatrice : le journal de formation, *Enjeux*, 2002

► 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. Ils pourraient ainsi éviter les risques liés au changement de système de santé. Ils pourraient même profiter de la mutation du contexte sanitaire et social pour faire évoluer leur profession en développant des capacités qui répondraient aux projets-visées des politiques de santé. Si l'idée de développer une université en kinésithérapie est partagée par les kinésithérapeutes, il devient important de formaliser des objectifs et un programme d'actions pour y parvenir.

■ **Une analyse des pratiques.** Un journal de formation est réalisé par les kinésithérapeutes inscrits en licence. Il est demandé aux participants de réécrire, à tour de rôle, 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. Il leur est ensuite demandé de présenter, sous la forme d'une conférence-débat, l'élaboration ainsi réalisée. Déjà, les fonctions "réassurance, réfléchissement et heuristique" du journal de formation ont été travaillées par de nombreux enseignants-chercheurs¹².

Les premières analyses des écrits et des conférences-débats montrent que ces dispositifs didactiques aident à l'analyse réflexive, au questionnement de la pratique professionnelle et à l'activité d'apprentissage. Les participants élaborent des 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 qui réalise une nouvelle transposition, une nouvelle analyse réflexive, de même que pour les participants qui semblent construire un nouveau savoir.

Ce chantier est actuellement en cours. Il s'agit de voir si le journal de formation et sa confrontation aident à prendre de la distance par rapport aux techniques professionnelles et permettent à chaque thérapeute de passer d'une logique curative, axée sur la maladie, à une logique éducative, centrée sur la personne dans sa globalité.

PERSPECTIVES

Pour continuer à vivre de leur profession et à jouer un rôle important dans ce nouveau contexte de réseaux, de traçabilité et d'éducation, il paraît indispensable que les kinésithérapeutes s'appro-



© BSIP/Laurent

prier de nouvelles connaissances et de nouvelles capacités en évaluation, en éducation et en méthodologie de recherche.

Il est difficile de revendiquer des compétences, un accès direct aux soins et des améliorations économiques significatives, si les kinésithérapeutes ne travaillent pas leur maturité sur les plans scientifique et universitaire. Il faudrait construire par la recherche un savoir éducatif et rééducatif reconnu scientifiquement, c'est-à-dire posséder la capacité et la légitimité pour produire ces savoirs, pour les conserver, les défendre, les confronter, les faire évoluer et pour les enseigner aux masseurs-kinésithérapeutes en formation initiale et en formation continue.

L'université constitue une des institutions habilitées à reconnaître le niveau scientifique du savoir qu'elle produit dans ses laboratoires et qu'elle enseigne. En 1968, les dentistes ont gagné leur autonomie par la création de leur université.

Par le développement de leurs activités de recherche, les kinésithérapeutes pourront écrire eux-mêmes leur profession actuelle et à venir, et ne joueront plus uniquement le rôle d'acteur, dont la mise en scène, les *scenarii* et les textes sont écrits et décidés par d'autres. Ils produiront et réguleront un savoir propre qu'ils pourront faire évoluer. Leurs actions professionnelles ne seront plus réalisées par délégation de savoir et de pouvoir. ■

L'AUTEUR

Franck Gatto, masseur-kinésithérapeute, professeur associé à mi-temps sur un poste PAST, Département des Sciences de l'éducation, Université de Provence, Aix-en-Provence (13)