



# LES SAVOIRS EXPÉRIENTIELS ET L'ÉDUCATION EN SANTÉ DU SPORTIF VIEILLISSANT

Franck GATTO<sup>1</sup>

## MOTS CLÉS

Éducation  
Évaluation des pratiques professionnelles  
Savoir  
Sciences

“  
**L'éducation  
a pour fonction  
de permettre  
aux personnes  
de gagner en autonomie  
de penser,  
de comprendre et d'agir  
dans une activité  
spécifique,  
avec leur corps,  
dans un contexte  
particulier,  
dans une société**  
”

## INTRODUCTION

Les enseignements des savoirs hautement techniques de la santé auprès des patients (enfants et adultes), souffrant de maladies chroniques conduisent encore trop souvent, en l'absence de savoir didactique, à des difficultés majeures d'apprentissage (école du dos, école d'éducation respiratoire pour personnes asthmatiques, école de réentraînement à l'effort pour maladies coronariennes, école pour personnes diabétiques, école d'éducation culturelle et sanitaire...).

Le thérapeute est en position d'enseignant suite à des modifications du schéma corporel de certains patients (vieillesse, chirurgie orthopédique, chirurgie neurologique...), et de l'évolution de la demande de santé de la population (prévention de crises, de chutes, de luxation, d'accidents et de complications...).

Le sportif vieillissant doit souvent apprendre à modifier ses comportements pour rester en santé et pour continuer la pratique d'une activité physique et sportive. Les données actuelles de santé publique soulignent l'importance du savoir et des comportements des individus malades ou non (utilisation de médicaments, utilisation de produits toxiques, soins apportés au corps, comportement automobile, com-

portement alimentaire, comportement sexuel, gestion des souffrances...), comme des déterminants majeurs de leur santé [1, 2, 3]. De nombreux modèles et théories d'éducation et de promotion de la santé existent et sont mis en application auprès des personnes.

Les évaluations de santé publique [1, 2, 3, 4] montrent les limites d'efficacité éducatives et thérapeutiques des approches individuelles et des approches psychosociales, d'éducation et de promotion de la santé, fondées sur une vision positiviste de la science et de l'éducation.

Les théories, les modèles et les applications pratiques produits par le champ de l'éducation sont utiles aux masseurs-kinésithérapeutes pour aider aux modification de connaissances, de savoir-faire et de comportements des sportifs âgés. En effet, l'éducation a pour fonction de socialiser les individus. C'est-à-dire permettre aux personnes de gagner en autonomie de penser, de comprendre et d'agir dans une activité spécifique, avec leur corps, dans un contexte particulier, dans une société.

Appliqué à la santé il est clair que le gain d'autonomie de la personne en santé ou malade constitue le projet – visée de tous les professionnels. L'éducation en santé est constitutive du soin, elle se confond elle-même avec l'ac-



<sup>1</sup> Kinésithérapeute  
DEA en Sciences et Techniques  
des Activités Physiques et Sportives  
Docteurat en Sciences de l'éducation,  
HDR  
Professeur associé à l'Université  
d'Aix-Marseille I (13)  
Unité mixte de recherche ADEF  
(Apprentissage - Didactique - Évaluation -  
Formation)

compagnement préventif ou thérapeutique. Le soin et l'éducation déterminent le niveau de qualité du service rendu et devraient être évalués.

## LES SAVOIRS DE L'EXPÉRIENCE, L'OBSTACLE, LES SAVOIRS SCIENTIFIQUES ET L'APPRENTISSAGE

À un certain moment du parcours de l'expérience sportive, l'individu est conduit par son âge à apprendre à changer ses comportements.

*“L'origine de la notion d'apprentissage expérientiel en éducation des adultes peut être attribuée à Lindeman [5] et Dewey [6]. Elle prend dès lors deux directions : celle d'une construction de sens de Lindeman à Mézirow [7], Jarvis [8], Merriam et Heuer [9], et celle de construction de savoirs à partir des travaux de Dewey, puis principalement ceux de Kolb et Fry [10], Kolb [11], et de Jarvis [8]. L'ensemble de ces travaux introduit alors la reconnaissance d'un savoir autre que le savoir savant.*

*Les savoirs de l'expérience sont définis en différenciation des acquisitions résultantes de la formation académique, comme l'ensemble des savoir-être, savoir-faire et compétences qu'un individu a développées au cours de ses expériences. Ces savoirs peuvent être en concordance ou en opposition aux savoirs savants. La notion de “savoirs” définie en tant qu'énoncé socialement valorisé, est alors utilisée pour désigner :*

- les savoirs savants qui correspondent aux savoirs académiques. Ces savoirs ont été établis par une démarche scientifique ;
- les savoirs expérientiels établis par l'expérience. Ils sont définis comme des savoirs locaux d'usage selon Pineau (1989) ou des savoirs pragmatiques partagés “au sein de la communauté d'appartenance sensible au contexte locale” selon Toupin [12].

*Un apprentissage expérientiel se construit à partir d'une situation d'expérience concrète vécue par le sujet. L'origine de l'apprentissage se fait dans des expériences réellement vécues par la personne. Il y a nécessité d'un contact direct avec une action, une situation. La notion d'expérience prend ici le sens d'un essai d'action” [13].*

Si la nature et/ou la culture et/ou l'expérience de l'individu apprenant sont compatibles avec le savoir scienti-

fique proposé à approprier, l'enseignement permet un apprentissage plutôt facile, par compléments d'informations. Si le mode de pensée et l'expérience de l'apprenant ne sont pas compatibles, sont contradictoires avec le savoir enseigné, un obstacle résiste à l'apprentissage. De nombreux auteurs ont déjà signalé ce phénomène.

*“Quel que soit son âge, l'esprit n'est jamais vierge, table rase ou cire sans empreinte (...). Les représentations pré-existantes se constituent en obstacles à la connaissance scientifique” [14].*

*“L'apprentissage implique que l'on ait un interne et un externe, un dedans et un dehors, avec un obstacle (...)” [15].*

L'obstacle est enraciné sur le plan cognitif, affectif, social et expérientiel [16].

Il appartient donc à l'enseignant de travailler avec et sur les conceptions (préexistantes) de l'élève concernant tel savoir à acquérir. Les techniques permettent de manière réglée d'agir sur le monde physique et sur le monde humain. Souvent les individus s'enracinent dans certaines conceptions obstacles. Ces conceptions obstacles au savoir scientifique sont productrices de sens et organisent le monde. Dans ce cas, l'apprentissage réalisé silencieusement a constitué un savoir en opposition au savoir scientifique et à la modification des comportements de santé.

Souvent, les sportifs ont acquis par immersion un savoir concernant leur corps et/ou leur activité physique et/ou leur problème de santé, en opposition avec le savoir kinésithérapique scientifique [17]. *“Une grande masse de connaissances est aujourd'hui disponible concernant les conceptions d'élèves avant un enseignement et leur évolution dans le temps, et/ou sous l'impact d'un enseignement donné. 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” [18].*

**Certains individus ont souvent du mal à se séparer d'une idée, d'une habitude, d'une certitude, d'un comportement, d'un savoir... même si ceux-ci les empêchent d'atteindre leurs objectifs.**



**Exemple :** à cause d'un manque de souplesse musculaire et articulaire, monsieur X, sportif, a souvent des lésions musculaires et ligamentaires qui l'obligent à cesser ses activités physiques et sportives et à se soigner.

La pratique professionnelle de terrain et certains travaux montrent qu'il ne suffit pas de dire au sujet de réaliser, avant et suite aux activités sportives, les étirements qu'il effectue au centre d'enseignement sportif pour que le sujet suive les conseils donnés, pour optimiser le transfert d'apprentissage.

L'utilisation des conceptions de l'enseignement et de l'apprentissage basées sur des théories behavioristes, un modèle d'évaluation contrôle, des discours et des attitudes dogmatiques ne permettent pas dans certains cas aux élèves de modifier leur savoir et leurs comportements. Il semble que si les étirements pratiqués au centre sportif sont en dissonance avec le savoir de l'expérience du sportif, celui-ci n'utilisera pas le savoir enseigné en dehors du centre d'enseignement.

Souvent les sportifs pensent que les étirements constituent une perte de temps et n'améliorent pas leur performance physique et sportive. Ce savoir constitue un obstacle à l'apprentissage. Si cet obstacle n'est pas déstructuré ; les sportifs pratiquent les étirements pendant la période de reprise sportive qui fait suite à l'arrêt d'activité et/ou aux soins, puis reprennent leurs anciennes habitudes (leur savoir préexistant de l'expérience). La représentation constitue pour le sujet sa vision personnelle de l'objet de connaissance.

La représentation confère une signification et organise des informations. Cette unité entre la représentation exprimée et le sujet qui l'exprime est de l'ordre du rapport d'intimité, à la fois cognitive et émotionnelle. En effet, une représentation semble désigner tout type de substitut mental utilisé pour évoquer, imaginer, schématiser des objets ou des événements ou des processus passés, à venir, ou actuellement présents.

Selon les théories "constructivistes" et "socio-constructivistes" la représentation est un ensemble d'informations qui sont liées au savoir, à l'environnement et liées à la tâche dans laquelle le sujet est engagé. Les représentations préexistantes occupent une place déterminante pour la résolution d'une situation-problème.

Dans l'exemple précédent la représentation de monsieur X est : "les assouplissements constituent une perte de

temps". Pour faciliter l'apprentissage du sportif il faudrait l'aider en utilisant des objets ostensifs à prendre conscience que cette représentation est scientifiquement écartée du savoir référent et qu'elle nuit à ses performances et à sa santé, puisqu'il est souvent victime de lésions musculaires et ligamentaires.

Le savoir approprié par immersion conduit à des problèmes de santé que Monsieur X veut diminuer. Le contrat didactique a pour objectif d'aider Monsieur X à acquérir un nouveau savoir. Pour l'aider à modifier la représentation qui l'empêche de réaliser de manière volontaire des étirements et aider le sportif à apprendre, le professionnel pourrait donc disposer de théories, de modèles et d'outils adaptés à l'obstacle d'apprentissage.

*"Le savoir qu'on s'est alors approprié est transformé, modifié, altéré ; il devient une part de soi (...) l'apprentissage n'est pas la simple acquisition (...) Si l'intégration du savoir est en jeu dans l'apprentissage, on pourra dire qu'il y a eu apprentissage que si le sujet est en mesure d'utiliser ses savoirs pour agir et comprendre" [19].*

### CHANGER LES PRATIQUES DE SOINS ET D'ÉDUCATION EN SANTÉ AUPRÈS DES SPORTIFS

Dans certains cas il semble donc que tant que le sportif ne se rend pas compte par lui-même que son savoir est insuffisant ou inadapté pour résoudre le problème qui lui est posé (problème de santé, problème d'activité sportive, problème corporel...), il continuera dans la majorité des cas à l'utiliser pour le même problème et pour des problèmes qui lui sembleront voisins. Cela conduit souvent à des échecs d'apprentissage et à un arrêt du sport par la maladie et/ou par l'augmentation des récurrences et des complications.

Pour qu'il y ait acquisition d'un nouveau savoir et d'un nouveau comportement, l'aide à l'apprentissage doit dans certaines circonstances conduire le sportif à remettre en question le savoir préexistant qui se constitue en obstacle d'apprentissage. Pour cela, le professionnel pourrait connaître et utiliser le savoir scientifique et ses applications pratiques en médecine, en kinésithérapie et en sciences de l'éducation.

Pour y parvenir, il évalue le savoir préexistant, les expériences antérieures, le vécu, les motivations, les deman-

des, les besoins, les difficultés et les facilités du sportif. Cela pour mieux l'aider à :

- investir son savoir préexistant ;
- prendre conscience de l'insuffisance de son savoir pour résoudre son problème ;
- construire un nouveau savoir sans choc affectivo-cognitif trop important. *"Faire avec pour aller contre"* propose Giordan [20].

*"La cohérence d'un système de pensée, ses succès antérieurs, la force de l'habitude peuvent venir figer la pensée dans un certain cadre et l'empêcher d'imaginer que certains éléments du système pourraient être différents de ce que l'on a considéré qu'ils étaient jusque-là. Cette limitation est en général implicite, on ne peut même pas l'imaginer et donc la penser"* [14].

Lorsque le savoir du sujet ne correspond pas aux propositions du professionnel, il y a donc un conflit, une "crise". Pour Ribstein et coll. [21], la définition de la crise est l'incertitude. *"L'évolution crisique débute par la rupture d'un état jusque-là bien structuré (le savoir préexistant), se poursuit par le déroulement crisique (la période de déstabilisation et d'accommodation du savoir préexistant au nouveau savoir proposé), se termine par la suture dans le cas d'une appropriation ou se structure une nouvelle construction (le nouveau savoir se stabilise et se réorganise avec l'ancien)"* [21].

Selon Johsua et Dupin [18], pour qu'un tel changement se produise certaines conditions sont nécessaires :

- les conceptions dont disposent les sujets doivent se révéler insatisfaisantes ;
- les conceptions que l'on veut faire acquérir doivent être intelligibles et cohérentes avec les autres sujets de connaissances ;
- elles doivent être plus productives que les anciennes en terme d'utilité.

Il s'agit donc d'évaluer les savoirs préexistants de l'expérience et de choisir puis de transposer les savoirs à enseigner pour que ceux-ci puissent remplir ces conditions dans un milieu didactique adapté. *"Le modèle global de la santé non positiviste semble le plus pertinent pour réaliser cette démarche didactique"* [16].

Pour Brousseau [22], *"la didactique ne peut rien si le professeur ne connaît pas les références culturelles des élè-*

*ves(...). L'emploi des connaissances et leur compréhension dépendent d'un contexte. Son ignorance par le professeur peut bloquer la situation d'apprentissage (...) la didactique doit interagir avec la culture"*.

Ces différents éléments ont conduit les professionnels à s'inscrire dans des parcours de formation et de recherche à l'Université réalisés en partenariat entre des organismes de formation professionnelles (INK, IFCS-Rééducation de Montpellier, IFMK de Marseille, IFCS d'Aix-en Provence ...) et des Universités (Université d'Aix-Marseille 1, Université de Corse...). Ils ont réalisé des travaux de recherche dans des laboratoires habilités par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche sur des problématiques de rééducation, de soins et d'éducation en santé.

Les résultats de ces travaux ont été défendus dans le cadre de Master 2, de Thèses et d'Habilitations à Diriger les Recherches devant des jurys composés d'universitaires (médecins, kinésithérapeutes, infirmières, psychologues, physiciens, didacticiens ...) et sont déjà enseignés pour contribuer à modifier les pratiques auprès des sportifs et des personnes en difficulté de santé.

## **SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DES RECHERCHES D'ÉDUCATION EN SOINS ET EN SANTÉ Chapitre tiré des travaux de Gatto et Eymard [23]**

L'état des lieux de la recherche dans les champs de la santé, de la psychologie et des sciences de l'éducation avait mis en évidence aucun résultat didactique pour éduquer, enseigner et former aux savoirs de la santé [24, 25, 26].

*"Au cours de la dernière décennie dans la région européenne de l'OMS, les professionnels de santé ont été fortement incités à promouvoir l'éducation du patient en tant que complément important aux traitements pharmacologiques, physiques, etc. Néanmoins les soignants ont encore besoin des programmes éducatifs efficaces pour la gestion à long terme des maladies chroniques.*

*Les programmes actuels ne comprennent généralement pas de méthodes éducatives ou de soutien psychologique des patients. Leur méthodologie n'a jamais été clairement définie et cela crée des difficultés pour la formation*



d'autres soignants. Une revue de littérature a montré que moins de 5 % des articles sur l'éducation du patient décrivent le processus pédagogique et les méthodes utilisées" [25].

### *L'utilité sociale de la recherche*

Elle se fixe pour mission de contribuer à :

- aider les patients à mieux vivre avec une maladie chronique, en gagnant en liberté, en pouvoir et en autonomie par rapport à leurs projets de santé et de vie ;
- diminuer la dissymétrie préjudiciable de savoir et de pouvoir entre les patients et les professionnels de santé ;
- développer les compétences des patients pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées en fonction de leur ressenti, et de leur contexte de vie ;
- améliorer les indicateurs biomédicaux des patients ;
- diminuer les risques de complications à moyen et à long termes, et donc la chronicisation des hospitalisations ;
- améliorer les pratiques de soins et d'éducation en santé ;
- améliorer les pratiques de formation des étudiants et des professionnels de santé ;
- évaluer les pratiques professionnelles.

La finalité de ces travaux vise :

- dans le champ des sciences de l'éducation, de produire des savoirs didactiques pour enseigner les savoirs en santé, que ce soit dans les institutions scolaires (de l'école primaire à l'Université, instituts de formation professionnelle initiale et continue en santé), ou les institutions de santé (hôpitaux, centres de soins, cabinets de ville, fédérations et clubs sportifs, associations d'aide aux malades...) ;
- dans le champ de la santé, l'optimisation des actions d'éducation en santé par une meilleure socialisation des patients dans leur environnement et une diminution des risques de santé en prévention.

Les résultats de ces travaux touchent un public large et varié qu'il s'agisse du citoyen en prévention primaire, des patients et de leurs familles, des étudiants, des professionnels en exercice soignant mais aussi des enseignants et des formateurs.

Dans une démarche de recherche interdisciplinaire des sciences de l'éducation et des sciences de la santé, les travaux de recherche dont il est présenté une synthèse des premiers résultats, repèrent les obstacles à l'apprentissage des savoirs en santé, autant de la part de ceux qui enseignent, forment et soignent que de la part des apprenants. "L'identification et la caractérisation d'un obstacle d'apprentissage sont essentielles à l'analyse et à la construction des situations didactiques" [22].

### *Objectifs spécifiques des travaux de recherche*

- **En ce qui concerne les apprenants** (les citoyens, les patients et leurs familles, les étudiants en sciences de la santé, les professionnels de la santé en formation continue, les enseignants et les formateurs), les travaux ont contribué à :
  - dégager des savoirs académiques en sciences médicales, et en sciences de l'éducation pour vivre au mieux avec une pathologie chronique potentielle ou avérée ;
  - repérer les savoirs construits par l'expérience ou par l'étude conformes aux savoirs académiques ;
  - repérer les obstacles à l'apprentissage qui ont une stabilité statistique intergroupe d'apprenants, et ceux qui relèvent d'un groupe d'apprenants spécifiques ;
  - différencier les savoirs et savoir-faire installés sur un mode dogmatique, de ceux qui le sont sur un mode non dogmatique ;
  - identifier l'absence de savoir et de savoir-faire par rapport au savoir académique ;
  - identifier les savoirs et les savoir-faire non référencés sur le plan académique.
- **En ce qui concerne les personnes atteintes de pathologies chroniques**, il a été cherché aussi à :
  - différencier les savoirs et les savoir-faire conformes aux savoirs académiques de ceux qui sont contraires (obstacles potentiels à l'apprentissage) ;
  - repérer les obstacles à l'apprentissage qui ont une stabilité statistique pluripathologie et, uni-pathologie et ceux qui relèvent de profils particuliers de patients.

### *L'hypothèse théorique mise à l'épreuve du terrain*

Certains savoirs de l'apprenant se constituent en obstacles à l'apprentissage d'un nouveau savoir possible, tant

pour les individus malades ou non que pour les professionnels de santé soignants ou enseignants.

Le taux de dogmatisme dans la formulation des savoirs construits par l'expérience jouent dans la construction des obstacles. Une formulation dogmatique est plus génératrice et indicative de freins à la déstabilisation, en s'appuyant sur les théories qui soutiennent que le discours constitue un intermédiaire de l'évolution des pensées et des comportements. Une pédagogie traditionnelle positiviste et behavioriste ayant recours majoritairement à l'évaluation contrôle ne permet pas de déstabiliser les obstacles.

Il s'agit d'évaluer :

- les savoirs conformes aux savoirs savants ;
- les savoirs non attendus (non répertoriés au niveau des savoirs scientifiques médicaux et en sciences humaines et sociales) ;
- les savoirs contraires aux savoirs scientifiques ;
- les savoirs non acquis ;
- les savoirs installés sur mode dogmatique ;
- les savoirs installés sur un mode non dogmatique.

## Résultats<sup>1</sup>

- Les résultats de ces travaux de recherches montrent que les professionnels de santé en exercice, comme les formateurs privilégient de manière dominante, que ce soit dans leur discours ou dans leurs pratiques déclarées ou observées, un modèle de santé biomédical, un modèle d'éducation en santé davantage du domaine de l'instruction et du contrôle que de l'éducation et du questionnement. Certains savoirs transmis aux patients et aux étudiants sont contraires aux savoirs académiques. La transmis-

sion est souvent formulée de manière dogmatique, sans tenir compte des savoirs préexistants, des savoirs construits par l'expérience, et des obstacles potentiels à l'apprentissage. Cependant, il semble que le contexte d'exercice (type de service ou d'institutions) ainsi que le type et le niveau de formation suivie (professionnel/universitaire ; discipline universitaire) joue une influence sur la pratique de soins et d'éducation.

Les professionnels ayant suivi une formation universitaire le plus souvent en sciences de l'éducation ont tendance à se référer dans leur discours et/ou leurs pratiques à des théories et des modèles pour évaluer et réguler leur pratique.

- La majorité des professionnels transmettent des savoirs en utilisant un paradigme de traitement dogmatique de l'information, s'appuient sur un socle théorique behavioriste et sur le modèle de l'évaluation contrôle empêchant toute déstabilisation des obstacles de la part des patients.
- Les résultats de ces recherches conduites auprès de patients atteints de pathologies chroniques confirment la présence d'obstacles stables à l'apprentissage certainement créés par des causes différentes qui peuvent être :
  - la transmission d'un savoir "académique" erroné ;
  - le mode d'installation plus ou moins dogmatique des savoirs construits par l'expérience.

## CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Il devient difficile de souscrire au point de vue de certains enseignants et de certains professionnels pour qui transmettre le savoir de la santé consiste à se contenter de l'exposer à un sujet a priori ignorant, puis de passer à des exercices répétitifs de type behavioristes.

<sup>1</sup> Recherche réalisée par F. Gatto dans le cadre d'un DEA en STAPS  
Recherche à paraître réalisée par D. Pelca dans le cadre d'un Master 2 en Sciences de l'éducation  
Recherche publiée, réalisée par F. Gatto  
Recherche publiée, réalisée par M. Ramin dans le cadre d'un Master 2 en Sciences de l'éducation  
Recherche publiée réalisée par C. Eymard  
Recherche à paraître réalisée par E. Pastor dans le cadre d'un DEA en Sciences de l'éducation  
Recherche à paraître réalisée par J.L. Gérardi dans le cadre d'un Master 2 en Sciences de l'éducation  
Recherche à paraître réalisée par Ph. Sauvageon dans le cadre d'un Master 2 en Sciences de l'éducation  
Recherche réalisée par F. Gatto dans le cadre d'un doctorat en Sciences de l'éducation  
Recherche publiée, réalisée par C. Eymard et F. Gatto  
Recherche réalisée par L. Serre dans le cadre d'un Master 2 en Sciences de l'éducation  
Recherche à paraître réalisée par F. Lagniaux dans le cadre d'un Master 2 en Sciences de l'éducation  
Recherche à paraître réalisée par T. Peyron Magnan dans le cadre d'un Master 2 en Sciences de l'éducation  
Recherche réalisée par D. Delplanque dans le cadre d'un Master 2 en Sciences de l'éducation  
Recherche réalisée par M. Doderio dans le cadre d'un Master 2 en Sciences de l'éducation



*“Bien que fondé sur un socle Piagétien<sup>2</sup>, il est privilégié un modèle théorique qui prend davantage en compte l’importance des interactions langagières, les variables émotionnelles, les contraintes issues de la nature particulière des savoirs sur la santé, qui “touchent” au plus près le sujet, le concernent, l’impliquent, bien davantage que des objets “scolaires”.*

*Ce modèle, inspiré du socio-constructivisme privilégie un mode d’apprentissage qui insiste sur la nécessité de multiples relations de va-et-vient avec le “déjà là”. Ces relations seront médiées par le langage. Galpérine [28] insiste sur l’importance de faire s’exprimer le sujet sur ce qu’il sait, comment il le sait ; c’est le processus même d’explicitation par le sujet qui constitue selon lui une phase d’apprentissage et qui construit sa “base d’orientation de l’action”.*

*Le savoir préexistant n’est pas ignoré mais au contraire est activé et travaillé. L’erreur prend ici un statut essentiel pour l’apprentissage, car elle provoque le dialogue, sert de base à une véritable négociation entre apprenant et enseignant” [29].*

Le soin s’adresse à un être humain singulier, différent des autres où toutes les variables (mémoires, histoires, émotions, demandes, projets...) sont singulières et évolutives dans le sens donné par l’individu et ne sont pas contrôlables, maîtrisables, neutralisables. Certes le soignant réalise un bilan, un diagnostic en fonction de son expérience, des savoirs scientifiques et de ses référentiels (infirmiers, kinésithérapeutes, médicaux, psychologiques, éducatifs...) mais la loi du 4 mars 2002 l’oblige à construire avec le patient des objectifs et un programme thérapeutico-éducatif.

En cours de traitement, le patient peut décider de changer ou d’interrompre le programme prévu à l’avance. Le soignant devra alors comprendre le sens des actes déjà réalisés avec des modèles théoriques et réorienter avec le patient le projet préventif et/ou thérapeutique. C’est ensemble dans le dialogue, dans l’échange, l’interaction, la relation qu’ils devront construire de nouveaux objectifs et un nouveau programme. Ils deviennent Auteurs de santé

et/ou de soin en changeant de posture. Cette évolution conduit l’évaluation soignante et éducative, indissociables, à se confondre avec l’acte de soin. Cette nouvelle pratique souvent réalisée de manière intuitive, systématisée et standardisée sur le terrain demande des compétences de réflexivité, de questionnement, de problématisation de la part des coauteurs qui quittent leur posture d’agent. Il est demandé aux soignants de développer une compétence d’expertise créatrice au nom de la qualité qui se différencie d’une soumission normative efficace sur des objets dont toutes les variables sont contrôlables mais peu valables dans la relation humaine et éducative inhérente à l’accompagnement préventif et/ou thérapeutique.

Pour parvenir à cette praxis le soignant devrait passer d’un modèle d’évaluation contrôle, mesure, cybernétique (bilan articulaire, bilan musculaire, bilan d’incapacité...) à un modèle d’évaluation complexe qui contient bien sur le contrôle mais le dépasse en questionnant le sens de l’activité et en réorientant le projet, les objectifs et le programme si le sens le nécessite. En fait le sens du projet et de l’action thérapeutico-éducatif sont coconstruits dans la relation où le patient devient avec le soignant codécideurs, coévaluateurs et coconstructeurs de l’ensemble du travail réalisé dans la limite de leurs compétences réglementaires.

Le projet éthique de cette nouvelle relation imposée par la loi semble être : *“La liberté de choix du patient de son projet et de son programme de santé”.*

*“Il est considéré que l’éducation en santé du patient vise le développement de sa capacité à agir, à exister dans un environnement. La santé est ici considérée comme une expérience de vie individuelle et collective dont la maladie fait partie. Dans ce paradigme-là de liberté de choix et d’engagement, la santé est alors davantage du côté de l’existence d’un individu autonome et responsable, que du bien-être bio-psycho-social. Il est préféré de valoriser l’existence que le vivre à tout prix, et ce dans le plus profond respect des choix des sujets” [13].*

Les résultats montrent que c’est à partir des savoirs préexistants du patient, en construisant et en articulant avec

<sup>2</sup> *“La connaissance passe d’un état d’équilibre à un autre par des phases transitoires au cours desquelles les connaissances antérieures sont mises en défaut. Si ce moment de déséquilibre est surmonté, c’est qu’il y a une réorganisation des connaissances, au cours de laquelle les nouveaux acquis sont intégrés au savoir ancien” [27].*

lui son projet-visée avec les projets programmatiques éducativo-thérapeutique et en substituant les régulations de contrôle par les régulations complexes que le dialogue peut se développer, conduire à l'autoquestionnement, travailler le sens des activités et mieux aider à l'autonomie et/ou au changement de comportement décidé par l'apprenant.

*“Les professionnels de santé pourraient proposer des activités spécifiques adaptées aux difficultés, aux besoins, aux demandes et à l'évolution du projet-visée de chaque personne. La relation éducative et les pratiques éducatives de chaque soignant aideraient à développer un nouveau rapport entre le sujet et le savoir de la santé et du sport en permettant à l'apprenant d'être à la fois agent, acteur et auteur de sa santé. Les soins appartiendraient au domaine de la relation éducative et viseraient 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” [30].*

Les résultats des recherches en cours, leur enseignement en formation initiale et continue devraient faire muter la pratique et le statut du masseur-kinésithérapeute vers plus d'autonomie, de créativité, d'inventivité à partir de leurs expériences, des expériences des apprenants, de théories, de modèles scientifiques pluridisciplinaires et de signes non normalisés pour le bénéfice des individus et plus particulièrement du sportif vieillissant. ■

**Indexation Internet :**

Éducation  
Évaluation  
Sport

## Bibliographie

- Haut comité de santé publique. *La santé en France 1994-1998*. Rapport. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Paris : La Documentation Française, 1999.
- LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H. *Les inégalités sociales de santé*. La découverte, Recherches INSERM éditions, Paris, 2000.
- HIRSCH A. *Éducation à la santé*. Revue trimestrielle du Haut comité de la santé publique 1996;n°16 : éditorial.
- Association française de recherche et d'évaluation en kinésithérapie (AFREK). *Prise en charge kinésithérapique du lombalgie*. Conférence de consensus - 13 et 14 novembre 1998. Paris : Éditions SPEK, 1998.
- LINDEMAN E. *The meaning of adult education*. New York : New Republic, 1926.
- DEWEY J. *Expérience et éducation*. Paris : Armand Colin, 1938.
- MEZIRROW J. *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco : Jossey-Bass, 1991.
- JARVIS P. *Adults and continuing education : theory and practice*. Londres : Crom Helm, 1983.
- MERRIAM S.B., HEUER B. Meaning-making, adult learning and development : a model with implications for practice. *International Journal of Lifelong Education* 1996;n°15(4):243-55.
- KOLB D.A., FRY R. Towards and applied theory of experiential learning. In : G.L. Cooper (dir.) *Theory of group process*. New-York 5NY : John Wiley, 1975 : 33-57.
- KOLB D.A. *Experiential learning*. Englewood Cliffs (NJ) : Prentice-Hall, 1984.
- TOUPIN L. La compétence comme matière, énergie et sens. *Éducation Permanente* 1998;n°85.
- EYMARD C., GATTO F., DODERO J.-C., PLAT F. Exister avec le diabète de type 1. L'éducation à la santé face aux savoirs expérientiels des patients (à paraître en 2005 dans la revue *Diabète et Éducation*).
- BACHELARD G. *La formation de l'esprit scientifique*. Vrin, 1938.
- GENTHON M. (1996). *Lectures plurielles de l'apprentissage*. Les cahiers d'Aix en Provence, édité par le département des Sciences de l'éducation de l'Université de Provence, Aix-Marseille 1, Cahier n° 5, la série en question : 1-52.
- GATTO F. *Enseigner la santé*. Préfaces de Chantal Eymard et de Christian Roux. Post-face de François Gremy. L'Harmattan, 2005.
- GATTO F. et FAVRE D., 1997, Utilisation d'indicateurs discursifs pour optimiser les effets de la rééducation auprès de patients lombalgiques. *Santé Publique* 1997;n°3;9<sup>e</sup> année:341-360. SFSP, Nancy.
- JOHSUA S. et DUPIN J.-J. *Introduction à la didactique des sciences et des mathématiques*. Paris : PUF, 1993.
- DONNADIEU B., GENTHON M., VIAL M. (1998). *Les théories de l'apprentissage, quel usage pour les cadres de santé ?*
- GIORDAN A. *Apprendre !* Paris : Belin, 1998.
- RIBSTEIN M., MONTALTI J.-P., ROUQUETTE M.-C. Statuts et fonctions des situations de crise en psychopathologie. *L'Information Psychiatrique* 1981; vol.57;suppl.:11-6.
- BROUSSEAU G. *Théorie des situations didactiques*. Grenoble : La pensée Sauvage, 1998.
- GATTO F., EYMARD Ch. *La didactique des savoirs en santé* (à paraître).
- OMS. (1998). *Éducation thérapeutique du patient*. Bureau régional pour l'Europe. Copenhague : recommandation d'un groupe de travail de l'OMS, version Française, septembre 1999.
- JACQUEMET S. Educational methodologies : an analyses of chaos. *Diabetologia* 1997;vol.40.
- GATTO F. *Attitudes cognitives et cultures de soins. Contribution de dispositifs pédagogiques spécifiques aux actions d'éducation à la santé*. Thèse de doctorat de l'Université de Provence (mention Sciences de l'éducation), Aix-en-Provence, 1999.  
GATTO F. *Apprendre à éduquer le patient*. Revue trimestrielle du Haut comité de la santé publique. Actualité et dossier en santé publique 1999;n°26; rubrique "Études":70-4.  
GATTO F. Contribution de dispositifs pédagogiques spécifiques aux actions de santé. *Kinésithér. Scient.* 1999;392:47-51.
- PIAGET J. *Psychologie de l'intelligence*. Paris : Armand Collin, 1967.
- GALPERINE G. *Essai sur la formation par étapes des actions et des concepts*. Recherches psychologiques en URSS. Moscou : Éditions du Progrès, 1996 : 132-44.
- GATTO F., RAVESTEIN J. Pour une didactique des sciences et techniques de la santé : l'exemple de la lombalgie. *Recherche en Kinésithérapie* 2003;1:17-27.
- GATTO, F. Les masseurs-kinésithérapeutes se forment en Sciences de l'éducation. *Soins Cadres* 2003;n°45. Paris : Masson, 2003 : 34-8.