

L'évaluation-régulation des pratiques professionnelles au service de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes

Franck GATTO*, Éric PASTOR**, Cécile RIOLACCI***

Mots clés :

Didactique – Évaluation-régulation – Qualité de vie – Personnes âgées

Résumé

Les données de santé publique et les politiques de santé conduisent à s'interroger sur la prise en charge thérapeutique des personnes âgées et sollicitent la promotion du modèle global de la santé. Les résultats de la recherche bibliographique mettent en évidence l'inexistence de savoir didactique pour promouvoir des actions thérapeutiques relevant du modèle global de la santé et pour faciliter le passage du modèle médical curatif au modèle global de la santé qui développe l'éducation à la santé au cours des soins.

Une recherche a été effectuée pour mieux comprendre une pratique éducative et thérapeutique. Il a été observé l'écart entre les recommandations préconisées par les politiques de santé et les praxis des acteurs sanitaires et sociaux. Ces travaux ont conduit à la construction d'objets ostensifs.

L'utilisation de ces objets ostensifs pourrait diminuer le risque de certains blocages d'apprentissage quelquefois rencontrés par des méthodes de recommandations et d'enseignement frontales. Ils pourraient servir l'évolution des savoirs et des savoir-faire des praticiens, des personnes âgées, des familles, et ainsi contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes.

Abstract

Public health data and health policy provoke thought as to the treatment of the elderly and urge the creation of a global health model. The results of the bibliographical research reveal the lack of didactic knowledge to promote therapeutic actions depending on the global health model and facilitate passage from the curative medical model to the global health model that develops health education during treatment.

Research was carried out to better understand an educative and therapeutic practice. The difference between health policy recommendations and the praxis of health and social professionals was noted. This work led to the construction of objects intended to be made public.

The use of these objects may reduce the risk of certain learning blockages sometimes encountered with head-on recommendations and teaching. They may help evolve the knowledge and skills of practitioners, the elderly, families and thereby help improve the quality of life of the dependant elderly.

Keys words : *Didactic – Evaluation-regulation – Quality of life – Elderly*

* Masseur-kinésithérapeute. Docteur en Sciences de l'éducation, HDR. UMR ADEF. Axe 3. Université d'Aix-Marseille 1, Département des Sciences de l'éducation fgatto3@aol.com

** Masseur-kinésithérapeute cadre de Santé. Doctorant en Sciences de l'éducation

*** Maître de conférences, Université de Corse

L'évaluation-régulation des pratiques professionnelles au service de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes

1. Introduction

En avril 1995, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé le programme "Vieillesse et Santé", dont l'objectif est de promouvoir la santé et le bien-être durant toute la vie, la plus haute qualité de vie pour le plus longtemps possible et pour le plus grand nombre de personnes âgées. Les politiques de santé demandent aux professionnels de modifier leurs pratiques pour mieux se préoccuper de la santé des personnes âgées.

Pour cela, il est recommandé par les politiques de santé et par les experts en gériatrie de mettre en œuvre le modèle global de la santé [1, 2, 3]. Ce modèle contient et dépasse le modèle médical curatif en permettant d'intervenir sur tous les déterminants de la santé. "Pour ce modèle, la maladie résulte d'un ensemble complexe de facteurs organiques, psycho-sociaux et environnementaux. L'action thérapeutique prend en compte ces facteurs depuis la prévention jusqu'à l'accompagnement du mourant" [4].

Souvent, la modification des comportements professionnels nécessite un savoir référent transposé et des dispositifs d'éducation et de formation. L'éducation et la formation faciliteraient des changements de comportements chez les individus et devraient les conduire hors de leurs savoirs et de leurs pratiques actuelles. La loi du 4 mars 2002 ordonne un modèle et ses applications pratiques d'éducation à la santé au cours des soins dans une vision non positiviste des pratiques, c'est-à-dire de ne pas systématiser les pratiques thérapeutico-éducatives mais de placer la personne malade dans une posture de coauteur et codécideur des évaluations et des programmes de soins.

L'application de techniques codifiées en fonction d'une pathologie n'est plus de mise. Pour contribuer au gain d'autonomie d'action du patient, le thérapeute devrait créer et mettre en place au cours des soins des programmes de formation spécifiques. Si le projet thérapeutique est d'améliorer la qualité de vie du patient, son bien-être et ses indicateurs biomédicaux, le MK devra aider le patient à mieux connaître, mieux comprendre et mieux pouvoir agir sur sa santé et sur sa maladie (loi du 4 mars 2002).

Les résultats des revues bibliographiques réalisées ont montré une absence de recherche et de littérature concernant l'enseignement du modèle global de la santé [5, 6]. L'enseignement des disciplines relevant du modèle global de la santé en formation initiale, en formation continue et l'éducation à la santé des personnes âgées constituent des pratiques d'éducation et de formation, et intéressent de

bon droit le champ des sciences de l'éducation. L'éducation à la santé est, pour Bury [7], "un processus d'apprentissage volontaire, individuel et/ou collectif, impliquant communication, participation et auto-prise en charge".

Une recherche a été réalisée pour mieux comprendre les pratiques sociales, sanitaires et éducatives auprès des personnes âgées dépendantes. Le choix a été fait de travailler avec une voie d'entrée didactique. "La didactique d'une discipline est la science qui étudie pour un domaine particulier, les phénomènes d'enseignements, les conditions de la transmission de la "culture" propre à une institution (singulièrement ici les institutions scientifiques) et les conditions de l'acquisition de connaissances par un apprenant" [8].

2. Données démographiques

Le vieillissement global de la population française résulte de la baisse de la fécondité depuis les années 1970 et de l'augmentation de la durée de vie des personnes âgées [9]. Les prévisions pour 2020 indiquent que près de 10 % de la population aura plus de 75 ans si les données démographiques actuelles se maintiennent [10].

La fin de la vie est souvent caractérisée par la maladie, l'apparition d'états polyopathologiques, un état de dépendance et une grande solitude [11]. Le maintien à domicile des personnes âgées est de plus en plus fréquent. Les personnes vivant dans des structures d'hébergement représentent 6,4 % de la population de plus de 65 ans et 13,3 % des 75 ans et plus [12]. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), seulement 11 % des personnes de plus de 60 ans hors institution sont physiquement dépendantes et 1,7 % d'entre elles ont besoin d'une aide pour la vie quotidienne.

En ce qui concerne les personnes de plus de 80 ans, 28 % sont physiquement dépendantes et 4,5 % nécessitent une aide pour la vie quotidienne. Ces chiffres tiennent compte de l'incapacité physique des personnes mais semblent oublier les conséquences de l'isolement et de la solitude chez les personnes âgées, même valides. La non-insertion sociale est, selon Grémy [13], un facteur d'accélération du vieillissement et de diminution de la qualité de vie des personnes âgées.

3. L'évolution du statut des personnes âgées

Aujourd'hui la vieillesse génère des problèmes d'ordre éthique, économique, sanitaire et social. Selon Bour et

Aumont [14], *“le vieux n'est pas une catégorie biologique mais une catégorie sociale qui prend un sens différent selon les époques”*. Le vieillissement comporte trois composantes indissociables : le vieillissement physiologique ou sénescence, le vieillissement psychologique, et le vieillissement social.

Pour Henrard [15], le vieillissement physiologique est constitué par l'ensemble des processus biologiques rendant l'individu plus sensible aux facteurs susceptibles d'entraîner la mort. Ce vieillissement se fait par des modifications cellulaires entraînant des modifications morphologiques, une baisse des performances physiologiques et intellectuelles. C'est l'expression du déroulement du temps biologique. *“La sénescence n'est pas une pente que chacun descend à la même vitesse. C'est une volée de marches irrégulières que certains dégringolent plus vite que d'autres”* [16].

La vitesse de la sénescence est fonction du patrimoine génétique mais aussi du parcours de vie individuel et collectif de la personne. Les expériences vécues et les comportements mettent en évidence des facteurs accélérant ou ralentissant le processus de vieillissement. Vieillir correspondrait à une perte progressive de ses capacités physiques, psychiques et sociales.

Pour l'OMS [17], une personne est âgée à partir de 65 ans, un vieillard entre 75 et 90 ans et un grand vieillard au-delà de 90 ans. Pour Henrard [15], le vieillissement psychologique est mis en évidence par une baisse de l'attention et de la concentration malgré le maintien des facultés d'apprentissage. *“La dernière partie de la vie correspond, en psychologie du développement, à la phase de recherche de son intégrité, c'est-à-dire à la recherche de sens pour sa propre vie et à sa mise en ordre pour pouvoir faire face à la mort”* [18].

Depuis l'ère industrielle, en Occident, la vieillesse sociale correspondait plutôt à la phase de cessation d'activité professionnelle. C'est l'âge associé à la non-productivité, à la dépendance et à l'absence de projet de vie. Dans les sociétés d'Afrique ou d'Asie, le vieillard possède un certain pouvoir. Il a un rôle d'éducation, de transmission des savoirs, des savoir-faire et des traditions. Il incarne la sagesse et ses expériences de vie le placent dans une position de référent lui permettant de donner du sens à sa vie. *“Dans les sociétés industrielles, la vieillesse a plutôt une représentation négative. Elle est souvent associée à l'isolement, la dépendance, le besoin de prise en charge et la perte des facultés intellectuelles”* [19].

Pour Simone de Beauvoir [16], *“le drame de l'âge ne se produit pas sur le plan sexuel mais sur le plan économique. Le vieillard n'incarne pas, comme chez les anthropoïdes, l'individu qui n'est plus capable de se battre, mais celui qui ne peut plus travailler et qui est devenu une bouche inutile”*.

Il paraissait nécessaire de définir un nouveau rôle aux personnes âgées afin d'enrayer le processus de désocialisation. En passant d'une activité professionnelle à la retraite, les personnes âgées vivaient souvent une rupture qui conduisait à l'exclusion, à la marginalisation, à une perte de repères temporeux, spatiaux, psychologiques et sociaux. La catégorisation de non-productif développait chez la personne âgée un sentiment de mort sociale. Cette situation était souvent génératrice d'angoisse et de souffrance. La société semblait confondre vieillesse et incapacité. Le stigmate de “vieux” conduisait dans la majorité des cas à la désinsertion sociale caractérisée par la retraite professionnelle, la perte progressive de l'intégrité physique, la désinsertion symbolique par le rapprochement de la mort.

Pour Thomas [20], *“le placement en institution, en maison de retraite, en service de moyen séjour, est à la fois la conséquence de la “mort sociale” et son instrument le plus perfectionné dans le sens où il institutionnalise l'aliénation du vieillard tout en déculpabilisant les familles qui se débarrassent ainsi des parents devenus encombrants tout en se donnant bonne conscience”*.

Vignat [21] décrit les établissements d'accueil et de soins comme des mouroirs, une antichambre de la mort. Ils transforment la mort sociale en mort biologique, ceci malgré les efforts de modernisation. La position de ces auteurs des années 70 était assez dure. Quelle est la situation actuelle ?

4. La modification du contexte scientifique de la médecine et de la santé en France

Les politiques de santé demandent de placer le champ de l'éducation et de l'évaluation au service du champ de la santé pour passer d'un système de soins où la maladie est au centre du dispositif de santé à une génération de soins où les dispositifs de soins seraient centrés sur la singularité de la personne en difficulté de santé.

Il ne s'agit pas d'opposer ou de choisir entre les démarches curatives indispensables et les approches éducativo-thérapeutiques mais de les fusionner dans un modèle global de la santé où la personne malade décide et participe aux soins.

L'évaluation-régulation des pratiques professionnelles au service de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes

Qu'il s'agisse des approches individuelles ou des approches psychosociales d'éducation et de promotion de la santé, les évaluations de santé publique [22, 3, 12, 23, 6] montrent les limites d'efficacité éducatives et thérapeutiques de celles-ci. Les résultats de la revue bibliographique réalisée ont montré une absence de recherche et de littérature concernant la didactique des sciences de la santé et ont montré de nombreux échecs des actions thérapeutiques et de certaines actions d'éducation à la santé [24, 25, 5, 22, 6, 12].

Les travaux de santé publique et d'éducation pour la santé différencient trois systèmes de santé [5].

5. Trois systèmes de santé

5.1. Premier système : le modèle biomédical

C'est 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 l'époque de la "médecine triomphante", de la "biologie triomphante". Il est imaginé que la biologie peut vaincre toutes les maladies.

5.2. Deuxième système : le modèle social

C'est le traitement social de la maladie et du handicap. C'est l'ère de la socialisation du handicap et de la maladie. Le pôle d'intérêt est social.

Exemples : la Sécurité sociale, la COTOREP.

5.3. Troisième système : le modèle de santé global

Ce modèle est axé sur l'équilibre entre l'individu et son environnement.

L'approche globale de la santé et de l'individu malade est développée.

Ce modèle propose d'évaluer, de tracer et de mettre en place des dispositifs thérapeutiques, éducatifs et sociaux pour permettre à la personne malade et à la personne âgée de s'impliquer au niveau sociétal et de prendre une position de participant en fonction de ses besoins et de ses demandes. Le troisième modèle de santé englobe les deux précédents. Il ne les rejette pas mais permet leur articula-

tion et leur coordination. *"Cette nouvelle vision de la santé est appelée la promotion de la santé. La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer"* [24].

La loi du 4 mars 2002 modifie la réglementation de l'exercice des professions de santé.

L'article L. 1111-2 de la loi du 4 mars 2002 publié dans le Code de la Santé publique ordonne : *"Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que les autres solutions possibles et sur les conséquences en cas de refus. (...) Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences. (...) Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel (...)".* L'article L. 1111-4 la loi du 4 mars 2002 ordonne : *"Toute personne prend avec le professionnel de santé, et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé (...)".* Cette loi conduit à l'obligation de l'éducation à la santé au cours des actes des soins.

L'éducation a pour fonction essentielle d'aider à la socialisation des personnes, se poursuit toute la vie et ses effets sont mesurables par un gain d'autonomie des individus dans un contexte, dans une société. Il s'agit d'aider les malades et les non-malades à gagner en autonomie et donc en responsabilité par rapport à leur santé. Depuis fort longtemps, cette démarche est réalisée par les professionnels de santé. Mais l'éducation efficace et efficiente n'est pas uniquement une information, un conseil, une prescription, tout comme l'évaluation n'est pas seulement une mesure, un bilan, un taux de glycémie. L'éducation se réalise dans une relation en fonction des valeurs, des connaissances, des savoir-faire, de l'expérience, de chaque protagoniste de cette relation. Les professionnels de santé possèdent-ils des connaissances et des savoir-faire pour mettre en place au cours de leurs activités des actions éducatives ? Possèdent-ils des connaissances et des savoir-faire pour évaluer à court, à moyen et à long termes l'efficacité de leurs actions éducatives ?

L'éducation à la santé a pour objectif d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur maladie. Le soin s'adresse à un être humain singulier, différent des autres où toutes les variables (mémoires, histoires, émotions, projets,

etc.) sont singulières et évolutives dans le sens donné par l'individu et ne sont pas contrôlables, maîtrisables, neutralisables. Le modèle global de santé ne peut pas être compris et utilisé dans une vision positive des soins, de l'évaluation et de la santé.

6. Les déterminants de santé

Selon les données de santé publique [23, 3, 4, 13, 24, 26], la santé est déterminée par les soins curatifs, le niveau socio-professionnel, l'alimentation, l'hygiène de l'eau, les souffrances, le stress, la confiance en soi, l'estime de soi, les revenus, le logement, la justice sociale, l'éducation, l'écosystème, les loisirs, le travail, l'environnement, les comportements et les modes de vie. Les comportements et les modes de vie constituent les déterminants majeurs de la santé de la population.

Les soins curatifs ne constituent qu'un déterminant parmi d'autres. Il est donc demandé par les responsables de la santé d'agir de manière coordonnée sur tous les déterminants de la santé en fonction des compétences de chaque profession et de montrer grâce au développement de la traçabilité et de l'évaluation à court, moyen et à long termes l'efficacité et l'efficience des actions thérapeutiques et éducatives. Les thérapeutes en exercice pourraient avoir des difficultés à modifier leurs pratiques professionnelles même si les textes et la réglementation professionnelle l'exigent. Les habitudes sont difficiles à changer et il semble que les thérapeutes ne disposent pas de concepts, d'outils, de moyens et de temps d'apprentissage pour réaliser cette transformation.

7. L'évolution du concept et de la valeur Santé

En 1986, la santé est définie par l'OMS comme *"une ressource de la vie quotidienne et non comme un but dans la vie. La santé est ce qui permet à un groupe ou à un individu, d'une part de réaliser ses ambitions et de satisfaire ses besoins et, d'autre part d'évoluer avec le milieu et de s'adapter à celui-ci"*. Cette définition est à la fois perceptuelle et fonctionnelle. *"La santé représente un moyen parmi d'autres de se réaliser, voire même un moyen indispensable puisque, lorsqu'il est absent, il est difficile d'utiliser les autres"* [13].

Pour Dubos [27], la santé représente *"un état physique et mental, relativement exempt de gêne et de souffrance, qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi*

longtemps que possible dans le milieu où le hasard, où le choix l'ont placé". La santé ne se limite donc pas à l'absence de pathologie mais correspond plutôt à un équilibre dynamique et évolutif physique, psychologique et social de l'individu avec son environnement [5]. L'évaluation et la prise en charge de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes doivent donc être réalisées pour tenter d'améliorer la santé de cette population [24, 26].

L'Association française pour la normalisation (AFNOR), définit la qualité comme *"l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou service qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites"*. Un produit et/ou un service est de qualité quand le client est satisfait. La qualité de vie est une notion multifactorielle et évolutive, propre à chaque individu. Elle est maximale quand les besoins, les demandes, les projets de la personne sont satisfaits et minimale quand ceux-ci ne le sont pas [5]. Selon Lequesne [28], c'est *"un jugement de valeur sur sa propre vie"*. Pour Grémy [13], la qualité de vie est *"la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que ses relations aux éléments essentiels de son environnement"*.

La santé est donc relative à la perception de l'individu. Elle ne peut plus être seulement mesurée par des outils biomédicaux. La qualité de vie s'évalue à partir d'indicateurs constitués par l'état de santé physique et mental, l'état psychologique, le statut social, mais aussi par des indicateurs que seul le sujet peut donner. Il s'agit de ses besoins fondamentaux, de ses demandes, de sa douleur, de sa souffrance, de l'estime de soi, du sens donné à la vie et de ses projets de santé et de vie.

La Classification internationale des handicaps (CIH) de Wood [29] et ses évolutions CIH2 [30], ont proposé une approche plus complète de la personne malade. Mais pour développer une démarche de prise en charge mieux adaptée à chaque personne, elles sont insuffisantes pour appliquer la loi de mars 2002.

Selon la classification de Wood [29], la déficience serait de nature biologique, l'incapacité serait une conséquence fonctionnelle et le handicap son produit social marqué par un désavantage. C'est ici une représentation négative de la personne en difficulté de santé où le handicap responsabi-

L'évaluation-régulation des pratiques professionnelles au service de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes

lise et culpabilise celui qui le porte (Gatto, 1999). *"Tout problème de santé ne se résume pas à un phénomène chimique et biologique localisé dans le temps et dans l'espace, mais à une série d'implications circulaires qui concernent la vie et l'histoire du patient, son environnement familial et social, et finalement la collectivité toute entière"* [31].

Jadis, la majorité des personnes âgées ne semblaient pas pouvoir vivre en équilibre avec l'environnement. Elles étaient dans une situation sociétale handicapante (difficultés matérielles, difficultés motrices, difficultés communicationnelles, éloignement, perte de rôle social, etc.). Le conflit lié à une société mal adaptée à chaque citoyen conduisait souvent à des problèmes de santé et à une situation d'exclusion.

Pour améliorer la qualité de vie de chaque sujet et permettre à chaque être humain d'exister, de se mobiliser et de s'engager librement, les politiques de santé ont demandé d'aménager un environnement adapté à chaque personne. Les capacités fonctionnelles d'un individu sont facilement quantifiables. Il existe de nombreux tests, dont le plus utilisé est probablement la Mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF).

La douleur est aujourd'hui mieux prise en considération dans le monde médical. Elle est inscrite dans la charte du patient hospitalisé. La douleur est définie par l'Association internationale de l'étude de la douleur comme *"une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle"*.

Des échelles d'évaluation telle que l'échelle visuelle analogique (EVA) sont utilisées. Qu'en est-il de la souffrance ? Pour Morasz [32], la souffrance est une sensation d'ordre psychique et également physique, soumise à la subjectivité de l'individu. La douleur chez la personne âgée constitue une urgence. Elle peut entraîner rapidement anorexie, dénutrition, troubles du sommeil, dépression, perte d'autonomie, syndrome de glissement. Pour Morasz [32], *"la douleur comprend quatre composantes : sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale. La souffrance, stade supérieur de la douleur, représente l'association de phénomènes à la fois physiques, moraux et psychologiques mettant en jeu tous les mécanismes affectifs, intellectuels et instinctifs. La souffrance est fonction du contexte ou de la signification de la douleur. La souffrance s'inscrit dans une diachronie en liaison avec l'histoire du sujet"*.

La souffrance peut s'aborder par différents moyens (psychothérapie, écoute, travail corporel, etc.). La souffrance peut être présente chez le sujet. Elle existe aussi

chez le soignant et dans l'entourage du patient. Ces différents aspects de la souffrance sont mieux pris en considération dans une démarche globale de santé puisque la souffrance constitue un déterminant de la santé présente et à venir des individus [24, 26].

Travailler auprès des personnes âgées renvoie à sa propre mort. Pour Devereux [32], une angoisse et une réaction à cette angoisse émerge chez le professionnel. *"Il semble nécessaire de reconnaître et de prendre en compte le contre-transfert au lieu de fuir derrière des filtres méthodologiques et de fixer son travail uniquement sur la maladie"* [34]. La souffrance représente un besoin fondamental non assouvi et nuit à la qualité de vie et à la santé. Grémy [13], dans l'étude des textes de Dejours, met en évidence que la maladie est l'aboutissement, non seulement d'un processus pathogène, mais aussi de l'action convergente de contraintes ayant neutralisé les défenses du sujet. Celui-ci est alors dans l'incapacité de lutter contre l'évolution de la maladie. Ces contraintes représentent les souffrances et leurs thèmes sont identiques depuis des siècles : la mort, la misère, le vieillissement, la folie, la perte de liberté, l'injustice, l'indignité, la solitude et l'exclusion.

Il semble donc exister des liens réciproques entre l'évolution du statut des personnes âgées, l'évolution du concept de la santé et les décisions des politiques de la santé.

8. Les évaluations relevant du modèle global de la santé

La qualité de vie est définie comme un concept multidimensionnel dont les différentes composantes varient dans le temps. C'est un concept déterminé par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. L'évaluation de la qualité de vie résulte d'un ensemble de mesures quantitatives et de mesures qualitatives. Ce sont des mesures pluri-factorielles qui tiennent compte des besoins du sujet. Aujourd'hui, le confort physique des individus a été amélioré par la prise en compte des douleurs et l'utilisation des antalgiques. Mais au-delà de la douleur, d'autres aspects de la vie sont apparus comme essentiels pour la santé et le respect de la dignité humaine : les aptitudes fonctionnelles, le monde relationnel, les besoins spirituels et les besoins fondamentaux du sujet. La dimension globale de l'individu met en rapport l'état physique, mental, social et environnemental de chaque personne. Chaque difficulté de santé a

des conséquences sur la qualité de vie de l'individu et sur sa capacité à satisfaire ses besoins et ses demandes. D'où le concept de qualité de vie lié à la santé. Il s'agit d'évaluer l'impact des maladies du point de vue des intéressés eux-mêmes. Ce concept se nomme la santé perceptuelle.

Auquier [35] rattache quatre domaines au concept de qualité de vie :

- le domaine personnel interne (personal-internal), constitué de l'ensemble des facteurs spécifiques propres au sujet susceptibles d'influencer la perception de son propre fonctionnement ou de son bien-être. Ce sont les facteurs de sa personnalité, la motivation, le système de croyance et de valeurs personnelles, les désirs et la capacité à faire face ;
- le domaine personnel social (personal-social), que forme l'environnement social immédiat du sujet (structure familiale, vie sociale).

De nombreux travaux ont montré que la santé physique et mentale est liée à la quantité et la qualité de cet environnement proche [13] ;

- le domaine externe environnemental naturel (external-natural), qui n'est autre que l'environnement géographique du sujet. Celui-ci a une influence sur la santé et sur la perception de qualité de vie ;
- le domaine externe environnemental social (external-social environnement), composé de l'ensemble des structures créées du fait de l'intervention de l'homme.

Auquier [35] conceptualise la qualité de vie d'après trois théories : la théorie du fonctionnalisme, la théorie du bien-être et la théorie de l'utilité.

Le fonctionnalisme définit un état normal et des états déviants morbides ou pathologiques. Il devrait être possible de développer des indicateurs de qualité de vie reflétant la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne pour un âge et une fonction sociale donnés. La définition fonctionnaliste de la qualité de vie met l'accent sur le rôle social de la personne. Les indicateurs de qualité de vie évaluent la capacité des acteurs à remplir leur rôle social, les activités qu'ils souhaitent entreprendre et le degré de satisfaction qui en résulte.

La théorie du bien-être, développée plus particulièrement dans le champ de la santé mentale, isole deux types de besoins essentiels : éviter les expériences de vie douloureuse et développer ou maintenir le niveau de satisfaction dans sa vie. Le bien-être peut-être défini comme l'atteinte du niveau de performance dans les activités, les rôles

sociaux que les individus se sont fixés et les satisfactions produites.

La théorie de l'utilité, dans le domaine de la santé, est l'expression de la désirabilité ou de la préférence pour un état de santé. Par convention, on admet que "zéro" correspond à l'état de santé le moins désirable (le décès), et "un" correspond à l'état le plus désirable (la santé parfaite).

La qualité de la vie liée à la santé est la valeur attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, du niveau fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales. Elle est modifiée par la maladie, les blessures, les traitements, les politiques de santé. Mais d'autres domaines tels que la sûreté de l'environnement, l'habitation, le respect, la liberté, la possibilité de choisir, sont également à prendre en considération par les évaluations et les actions menées par les professionnels.

Sur le plan fonctionnel, ce sont les fonctions physiques qui sont évaluées. La restriction de mouvements et la limitation de mouvements sont mesurés.

Les domaines affectifs et cognitifs constituent également des déterminants de santé sur l'évolution de la maladie et les effets de son traitement [5]. Le fonctionnement affectif peut être évalué par des indicateurs de dépression et d'anxiété et par la mesure du bien-être émotionnel [36]. La détérioration du fonctionnement cognitif peut entraîner une grande détresse psychologique. Il est évalué par des tests tel que le *Sickness impact profile (SIP)* ou le *Mac Master health index* [36]. L'appréciation du bien-être psychologique intègre souvent les domaines affectif, cognitif et social. Le fonctionnement social est apprécié par l'intégration, les contacts sociaux, le niveau d'intimité et les possibilités des fonctions sociales usuelles.

D'autres outils peuvent être utilisés pour évaluer la qualité de vie :

- le *Sickness impact profile (SIP)* mesure de la santé perçue ;
- le *Nottingham health profile (NHP)* mesure de la douleur, de la mobilité physique, des réactions émotionnelles, de l'isolement social, de la vie sociale, de la vie sexuelle, des loisirs, mesure du travail effectué ;
- le *Short form health survey (SF36)* mesure le fonctionnement social, le fonctionnement physique, la limitation d'activité, la douleur, la santé mentale, la vitalité et la perception générale de la santé.

Ces différents modèles et outils ne semble pas permettre de sortir de la vision positiviste de la médecine et de la

L'évaluation-régulation des pratiques professionnelles au service de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes

santé. "L'évaluation complexe" [37] ne trouve pas sa place et l'éducation comme acte d'une relation singulière semble difficile à mettre en place au regard des modèles et des outils d'évaluation qui relèvent plutôt de "la cybernétique" [37].

Il apparaît d'abord pertinent de regarder à travers des critères globaux le type de modèle et ses applications pratiques utilisés sur le terrain professionnel.

Pour cela il est utilisé les critères du modèle médical et du modèle global identifiés et différenciés par Bury [7] et repris par le Haut comité de santé publique [22].

Pour Bury [7], le modèle médical de santé est un modèle fermé, la maladie est principalement organique. Elle affecte l'individu. Elle doit être diagnostiquée et traitée (approche curative), par des médecins dans un système autonome centrés autour d'hôpitaux dirigés par des médecins. Alors que le modèle global de santé est un modèle ouvert où la maladie résulte de facteurs complexes, organiques, humains et sociaux. La maladie affecte l'individu, la famille et l'environnement. Elle demande une approche continue, de la prévention à la réadaptation, qui tient compte des facteurs organiques, psychologiques et sociaux. Les professionnels de santé travaillent en collaboration dans un système ouvert et interdépendant avec la communauté.

Deccache et Lavendhomme [38] invitent les travailleurs sociaux et les professionnels de santé à construire à partir des grilles validées et de la spécificité de la population à prendre en charge, une liste de besoins minimaux. Les professionnels pourraient mesurer et évaluer dans le temps l'évolution de la qualité de vie de chaque sujet et adapter les dispositifs éducatifs, les techniques de soins, les dispositifs sociaux, les dispositifs thérapeutiques, les dispositifs environnementaux, etc., en fonction des résultats et des objectifs visés. L'évaluation de la santé (la qualité de vie incluse) devrait conduire à établir un projet de prise en charge et de vie avec la personne âgée. Le projet de vie tiendra compte des possibilités physiques et intellectuelles, du rythme, de l'état émotionnel et des besoins de la personne en difficulté.

Pour Deccache [39], les actions de la promotion de la santé relevant du modèle global de la santé permettent d'agir sur tous les déterminants de la santé et donc de contribuer par les actions sur l'environnement, l'éducation et la coordination des soins à l'amélioration de la santé des personnes. À la question "Donnez votre définition de la santé", certains travaux de recherche ont montré que les professionnels de

santé donnent une réponse qui correspond à la définition du modèle global de la santé [39].

Pourtant, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et les politiques de santé demandent aux professionnels de modifier leurs pratiques en construisant et en appliquant des recommandations de bonnes pratiques qui prennent en charge tous les déterminants de la santé tout en développant des actions thérapeuto-éducatives qui place la personne malade dans une position de codécideur, de co-inventeur de ses projets et des moyens thérapeuto-éducatifs à utiliser.

9. Problématique

Les actions thérapeutiques des professionnels de santé auprès des personnes âgées correspondent-elles à la définition qu'ils donnent de la santé ?

Les nouvelles directives des politiques de santé et des experts en gériatrie sont-elles appliquées sur le terrain ?

Existe-t-il un écart entre les praxis et les recommandations ?

10. Recherche bibliographique

Les résultats de la recherche bibliographique mettent en évidence une absence de savoir didactique sur l'enseignement du savoir de la santé [5]. Cet enseignement est destiné aux professionnels de santé, mais aussi aux personnes âgées et à leurs familles. "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" [40].

Il n'existe pas de dispositifs didactiques pour promouvoir des actions thérapeutiques relevant du modèle global de la santé et pour faciliter le passage du modèle médical au modèle global de la santé. Il semblerait que les professionnels de santé pourraient avoir des difficultés pour substituer leur pratique curative par une pratique centrée sur le patient qui

visé à aider le malade et sa famille à acquérir et à conserver les capacités et les compétences pour vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. *“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”* [8].

11. Objectifs de la recherche

Une observation en situation réelle de prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées dépendantes a permis de tester l'éventuel écart entre les praxis de terrain et les recommandations générales proposées par les experts en gériatrie et les politiques de santé.

12. Méthode

L'observation ethnographique a été réalisée auprès d'une population de 40 personnes âgées dépendantes choisies de manière aléatoire (20 personnes âgées placées en institution et 20 personnes âgées placées en hospitalisation à domicile).

Pour guider son travail, l'observateur, stagiaire kinésithérapeute cadre de santé avait en sa possession les cinq outils d'aide à l'évaluation de la qualité de vie : le *Sickness impact profile*, le *Nottingham health profile*, le *Short form health survey* et les critères du modèle médical et du modèle global identifiés et différenciés par Bury [7]. Durant 30 jours de stage, l'observateur a noté à l'aide des grilles les discours et les pratiques des professionnels de santé. Le tri et l'analyse des notes prises a été réalisé sur deux variables :

- les discours et les pratiques relevant du modèle curatif de la santé ;
- les discours et les pratiques relevant du modèle global de la santé.

13. Les résultats

L'analyse de l'observation montre que les professionnels considèrent encore la santé comme l'absence de maladie. Les pratiques et les activités discursives auprès des personnes âgées en établissement comme à domicile sont très majoritairement basées sur le modèle curatif de la santé (évaluations, discours, décisions, moyens, etc.).

De nombreuses recherches en sciences de l'éducation ont montré depuis maintenant plus de 50 ans que les modèles de pensée peuvent être placés en interaction dialogique et sont à questionner pour conduire à une éventuelle modification des pratiques professionnelles. Les pratiques professionnelles sont dans certains cas installées depuis plus de trente ans. La mise en opposition systématique risquerait de renforcer des obstacles au changement.

Il a donc été formalisé à partir des résultats de l'observation réalisée, de la littérature et des recommandations générales existantes un certain nombre d'indicateurs d'aide à la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées. Ces indicateurs pourraient aider les professionnels à mieux développer la mise en œuvre du modèle global de la santé au cours de leur activité et pourraient contribuer à l'enseignement du savoir référent relevant du modèle global de la santé. Il est présenté ci-dessous les indicateurs ostensifs matérialisés par des questions qui pourraient permettre aux acteurs de santé d'auto-évaluer leurs pratiques professionnelles et de se questionner sur leurs pratiques professionnelles.

Les indicateurs ostensifs

1. Existe-t-il un savoir-référent en matière de prise en charge des personnes âgées et comment l'utilisez-vous (mesure des écarts...)?
2. Les souffrances, les angoisses, les douleurs des personnes âgées sont-elles évaluées par écrit et prises en charge ?
3. Tous les intervenants auprès des personnes âgées ont-ils reçu une formation spécifique ? Laquelle ?
4. Les personnes âgées expriment-elles leurs besoins ou leurs envies et ont-elles un pouvoir de décision sur leur vie ? Existe-t-il un registre tenu à jour ?
5. Les interventions des professionnels de santé et des travailleurs sociaux sont-elles coordonnées et répertoriées ?
6. La personne âgée est-elle placée au centre du dispositif sanitaire et social ? Quels sont les indicateurs de cette démarche ?
7. En établissement spécialisé, les résidents participent-ils à la vie de l'établissement (distribution du courrier ou des journaux, préparation de repas ou de goûters, etc.) ?
8. Existe-t-il des espaces et des moments d'expression et de discussion résident/personnel ? Des comptes-rendus de ces moments de discussion sont-ils consignés dans des registres ?

L'évaluation-régulation des pratiques professionnelles au service de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes

9. Les besoins fondamentaux des résidents sont-ils évalués par écrit, discutés et respectés ?

10. Chaque personne âgée construit-elle son projet de vie. Ce projet est-il connu par chaque intervenant, discuté, formalisé dans un registre et évolutif ?

14. Le développement de l'auto-évaluation peut-il contribuer à l'autorégulation des pratiques professionnelles ?

Les professionnels pourraient vérifier, autocontrôler leur pratique avec les indicateurs pour mesurer l'écart de leur activité avec un soin relevant du modèle global de santé. Concomitamment à cet autocontrôle, ces indicateurs peuvent permettre d'activer le processus d'autoquestionnement : remises en question, recherche de sens de l'activité professionnelle, etc. [37]. C'est la construction de la personne. L'autoquestionnement considère que l'écart entre l'activité réalisée et l'activité que les recommandations des politiques de santé et les experts en gériatrie proposent n'est pas une faute mais peut être l'expression d'une évolution qui peut signifier un début d'appropriation, de changement de comportements [37].

Les objets ostensifs mettent en tension l'autoquestionnement avec l'autocontrôle. Ils substituent les régulations de conformité par les régulations complexes qui selon Morin, Bonniol, Vial [41-42, 43, 37], et les auteurs qui les ont suivis, sont plus favorables à la modification des comportements professionnels. Pour diminuer l'écart entre les recommandations et l'activité réellement réalisée sur le terrain, la construction et l'utilisation d'indicateurs qualitatifs devraient mieux permettre l'autoquestionnement et le dialogue.

L'analyse de l'observation semble montrer que la qualité de vie des personnes âgées est rarement évaluée et prise en charge par les professionnels. L'étude montre que c'est surtout le degré d'autonomie physique qui est mesuré, le modèle de prise en charge globale est peu utilisé.

Béraud et coll. (1996), soulignent que le personnel, peu ou mal formé, peut aggraver la dépendance. C'est ainsi que pour "gagner du temps", le professionnel fait à la place de la personne âgée au lieu de mettre en place des dispositifs adaptés pour que la personne âgée réalise et donne du sens par elle-même à sa vie quotidienne. Cette attitude risque de conduire à la passivité et de supprimer les stimulations nécessaires au maintien d'une certaine autonomie motrice, cognitive et sociale. L'amélioration de la santé

demande une charge de travail quantitative et qualitative plus importante que la dépendance totale et la soumission totale. Modifier des pratiques installées depuis de nombreuses années nécessite souvent un apprentissage et du temps. La science doit rompre avec l'opinion affirmait Bachelard [44]. Une formation destinée aux professionnels pourrait permettre de contribuer au "ramollissement" des habitudes constituées en obstacles pour construire un nouveau type de comportement de prise en charge des personnes âgées. Changer est difficile.

- Le professionnel se "cache" souvent inconsciemment derrière sa blouse d'expert pour légitimer sa prise de pouvoir [33]. Pouvoir de connaissance mais aussi de vie et de mort ; l'expert renvoie au malade l'image de sa mort. L'examen thérapeutique est un regard hiérarchique et une sanction est posée à l'issue de cet examen : *"Vous mangerez sans sucre, je vous hospitalise..."*. Ceci est un rituel.

Bourdieu [45] souligne l'efficacité magique du rituel. Peu de personnes sont conscientes de cette violence symbolique qui s'exerce sur eux. Pour y échapper, Bourdieu [45] propose au sociologue de réaliser une analyse réflexive des institutions auxquelles il appartient et de se méfier du langage, des certitudes qui passent à travers les termes qu'il utilise.

Le discours de l'acteur de santé, du travailleur social est défini par un certain nombre de règles d'efficacité. Le professionnel est "apte", est autorisé par sa qualification à entraîner par son discours certains effets. Pour Foucault [46], *"la production du discours est contrôlée, réglementée..."*.

Les professionnels qui travaillent auprès des personnes âgées utilisent souvent sans le savoir un discours de pouvoir avec le sens que Barthe [47] lui donne : *"Le discours de pouvoir est un discours qui engendre la faute, la culpabilité, un sentiment d'infériorité chez celui qui le reçoit"*.

Pour Foucault [46], partout où il y a pouvoir, il y a aussi résistance. Si les individus résistent, ils rentrent dans ce rapport de pouvoir et l'échappatoire est difficile. Il semble donc nécessaire de prendre conscience de l'existence et des effets de ce pouvoir pour proposer une forme de prise en charge des personnes âgées plus proche des souhaits des politiques de santé. Les acteurs sanitaires et sociaux pourraient tenter de questionner leur discours et leurs pratiques pour éviter de mettre en jeu la violence symbolique de leur activité discursive [5]. Les indicateurs qualitatifs pourraient aider le questionnement.

Pour répondre à la demande des politiques de santé et de la société, l'enseignement gériatrique et l'enseignement en sciences humaines pourraient être développés à l'aide d'un savoir didactique en direction de la société professionnelle (médecins, infirmières, psychologues, kinésithérapeutes, personnels administratifs, etc.).

stress peuvent induire des processus pathologiques organiques et comment les émotions agissent sur les mécanismes de défense de l'individu et déterminent la santé présente et à venir du sujet. Il semble donc nécessaire de construire un savoir didactique par la recherche pour pouvoir aider les professionnels à encore mieux intervenir auprès des personnes âgées.

15. Les évolutions possibles de la promotion de la santé auprès des personnes âgées dépendantes

Il semble important de maintenir et de favoriser les relations avec la famille et les proches, de créer ou de renouer les liens sociaux en modifiant les pratiques habituelles. Le développement des liens sociaux par l'augmentation de l'implication des personnes âgées dans l'organisation, dans le choix des animations, dans les choix et les projets de vie pourrait contribuer à l'amélioration de la qualité de vie. Le développement personnel par les activités physiques et sportives adaptées et par la culture constitue un des travaux possibles de l'Homme.

L'être humain est probablement le seul organisme vivant qui puisse à tout âge exister et se construire par le travail culturel, par le développement de soi. Se questionner sur les conditions de l'amélioration du partage d'un vécu ordinaire à travers les activités physiques adaptées, la culture et les loisirs semblerait pertinent. L'objectif serait de permettre à chaque personne âgée de s'engager librement, de choisir en fonction de ses besoins, de ses désirs, de ses préoccupations et de ses possibilités le travail culturel et le travail physique qu'elle souhaite effectuer. La personne âgée, souvent en difficulté dans sa vie quotidienne, pourrait mieux disposer d'un environnement qui lui permette de s'engager et de jouer un véritable rôle d'acteur et d'auteur de sa vie. Ces actions se situeraient dans un équilibre actif qui permettrait à la personne âgée de se sentir dans un univers culturel et une relation sociale indispensable à la qualité de vie de l'Homme.

La prise en charge pourrait être évaluée, individualisée, différenciée et aurait pour fonction de permettre à chacun de s'engager socialement et de donner du sens à sa vie présente et à venir. L'objectif essentiel thérapeutico-éducatif de ce projet serait de construire du sens à la vie et d'intégrer le destin individuel de chaque personne âgée dans le destin collectif.

Aujourd'hui, les données de santé publique ont montré comment les facteurs psychologiques, les souffrances et le

16. Conclusions et perspectives

Il existe donc un écart significatif entre les pratiques sanitaires et sociales auprès des personnes âgées dépendantes et les références théoriques (les recommandations), issus des savoirs en gériatrie et en sociologie. Pour tenter de diminuer ce décalage les professionnels devraient bénéficier d'un enseignement pour acquérir les capacités à mettre en œuvre le modèle global de la santé. L'enseignement et la pratique professionnelle en équipe pourraient être facilités par l'utilisation des indicateurs formalisés. Ceci reste à tester sur un échantillon plus important. L'idée est de conduire au questionnement de l'activité professionnelle et éventuellement pour construire un nouveau sens concernant l'exercice des pratiques et le projet professionnel.

Il semble que la recherche en sciences de l'éducation peut développer un nouveau savoir d'aide à l'étude permettant aux thérapeutes d'agir en coordination sur tous les déterminants de la santé en respectant la singularité de la personne (demandes, projets, etc.). Les sciences de l'éducation aident à sortir d'une logique uniquement objectiviste sans la renier par une approche pluridisciplinaire qui considère les besoins, les projets et l'environnement du sujet malade ou non comme des déterminants de la santé présente et à venir [48]. La pensée complexe pourrait donc aider le professionnel à tenir compte de sa propre subjectivité et à considérer comme données pertinentes : la maladie, le sujet et ses besoins, le rapport du sujet à son environnement, le rapport du sujet au savoir scientifique.

Pour Brousseau [49], il convient d'étudier l'élève en rapport avec le milieu. *"L'élève apprend en s'adaptant à un milieu qui est facteur de contradictions, de difficultés, de déséquilibres, un peu comme le fait la société humaine. Ce savoir, fruit de l'adaptation se manifeste par des réponses nouvelles qui sont la preuve de l'apprentissage"* [49].

Pour Pastor [50], *"la formation universitaire aux modèles théoriques des Sciences de l'éducation (apprentissage, évaluation, méthode de recherche) devrait permettre d'aider et d'accélérer le processus d'interchangeabilité de la posture propre aux*

L'évaluation-régulation des pratiques professionnelles au service de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes

professionnels de santé. L'accession au statut d'auteur au sens d'Ardoino [51] est nécessaire chez le praticien pour développer des capacités de réflexivité, de distanciation, de problématisation et de changement de modèles théoriques au cours de son activité de soins. Cette transformation de l'activité par la formation permettrait au professionnel de santé de mieux respecter la loi du 4 mars 2002 où, avec le patient, il devient coauteur de la prise en charge, en développant une approche "thérapeutico-éducative au sens de Gatto" [52], appuyée sur de solides fondements théoriques et académiques particulièrement traversés par les savoirs expérimentiels mis à jour dans le colloque singulier soignant-soigné".

Les démarches à réaliser pour tenter d'améliorer la mise en œuvre du modèle global de la santé dans une perspective phénoménologique auprès des personnes âgées pourrait être transférables à toutes les personnes en difficulté de santé. La prise en charge globale et singulière de la personne en difficulté, par des professionnels formés et coordonnés, dans une société réorganisée devrait améliorer la qualité des soins, la qualité de vie, et la santé des personnes malades.

Des chantiers de recherche sont à réaliser pour produire les savoirs nécessaires à ces développements. Les professionnels ont besoin de savoirs formalisés et validés. Une expérimentation dans une structure est réalisée. Les résultats devraient mieux renseigner sur les obstacles rencontrés, sur les effets de la promotion d'une prise en charge globale, sur les adaptations à effectuer et sur les limites potentielles des dispositifs proposés.

Le savoir didactique matérialisé par des objets ostensifs utilisables par les acteurs sanitaires et sociaux et par les enseignants en formation initiale et en formation continue auto-instrumentalise la pratique du professionnel et le rapport du professionnel avec le savoir. Il s'agit de s'interroger sur la façon d'être professionnel et pas seulement sur la conformité de leurs gestes à des normes seulement externes. "C'est à partir du paradigme positiviste, des savoirs et des pratiques construits par une démarche scientifique, que le professionnel va changer de paradigme dominant dans ses pensées, ses discours, ses pratiques, pour pouvoir écouter et comprendre le malade. Il va prendre en compte ses ressources, ses demandes et ses savoirs expérimentiels pour inventer et créer avec lui un projet et un programme thérapeutique qu'ils pourront ensemble, si l'évaluation se confond avec l'acte de soins, réorienter, remettre en cause, modifier, transformer" [52].

Un champ de recherche est ouvert. ♦

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. LAROQUE P. Evolution et perspectives de la politique française de la vieillesse. *Gérontologie et Société* 1987;n°41.
2. Conférence nationale de la santé. *Vieillesse et politique de santé. Rapport 1999* du Pr François Paillerets. Direction générale de la santé, Secrétariat d'État à la santé. Poitiers, 17-18-19 mai 1999.
3. 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.
4. D'IVERNOIS J.-F., GAGNAYRE. *Apprendre à éduquer le patient*. Paris : Vigot, 1995.
5. GATTO F. *Attitudes cognitives et cultures de soins. Contribution de dispositifs pédagogiques spécifiques aux actions d'éducation à la santé*. Thèse de Doctorat en Sciences de l'éducation. Université d'Aix-Marseille 1, 1999.
6. 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 : SPEK, 2000.
7. BURY J.-A. *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planification*. Coll. Savoirs et santé ? Bruxelles : De Boeck Université, 1988.
8. JOHSUA S., DUPIN J.-J. *Introduction à la didactique des sciences et des mathématiques*. Paris : PUF, 1993.
9. GAYMU J. *Regard démographique sur le vieillissement. Actualité et Dossier en Santé Publique* 1997;n°21.
10. BECK H. *Vivre après 80 ans*. Paris : Herman, Ouverture Médicale, 1994.
11. GANDON M. *Étude de la prise en charge thérapeutique pour contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées*. Mémoire de fin d'études. Institut de cadres de santé de Montpellier, Hôpital Saint-Eloi, décembre 1999.
12. LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H. *Les inégalités sociales de santé*. La découverte, Recherches INSERM éditions, 2000.
13. GRÉMY F. *Modèles de santé : leur implication pour la définition d'une politique de santé en cette fin de siècle*. Version 111, 1995 (à paraître).
14. BOUR H., AUMONT M. *Le troisième âge : prospective de la vie*. Paris : PUF, 1973.
15. HENNRARD J.-C. *Vieillesse et âge. Actualité et Dossier en Santé Publique* 1997;n°21.
16. De BEAUVOIR S. *La vieillesse*. Coll. Folio. Gallimard, 1972.
17. OMS. *Journée mondiale de la santé : "Restons actifs pour bien vieillir"*, 1999. www.who.org/whday/fr
18. ERIKSON E.H. *The life cycle completed*. New York : Norton, 1986.
19. LEHR U. *Psychologie des Alterns*. Heidelberg : Quelle et Meyer, 1972.
20. THOMAS L.-V. *Anthropologie de la mort*. Paris : Payot, 1980.
21. VIGNAT J.-P. *Le vieillard, l'hospice et la mort*. Paris : Masson, 1970.
22. Haut comité de Santé Publique, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Rapport du Groupe de travail "Diabète : prévention, dispositifs de soins et éducation du patient"*, 1998.
23. HIRSCH A. *Éducation à la Santé*, revue trimestrielle du Haut comité de la Santé Publique 1996;n°16.éditorial.
24. OMS. *La Charte d'Ottawa : vers une nouvelle santé publique*. Genève : Prévenir 1986;n°30.
25. Loi relative à la politique de santé publique : objectifs de santé, plans et programmes d'action, DGS. *Santé Publique* 2004;vol.16;n°4:587-96.
26. OMS. *Déclaration de Jakarta. À ère nouvelle, acteurs nouveaux. 4^e Conférence internationale sur la promotion de la santé : "Adapter la promotion de la santé au XXI^e siècle"*. *Promotion & Education* 1997;vol.IV;n°3:56-8.
27. DUBOS R. *L'homme et l'adaptation au milieu*. Paris : Payot, 1973.
28. LEQUESNE M. *La qualité de vie quantifiée par les indices américains : peut-on simplifier ? La Lettre du Rhumatologue* 1992;n°184.
29. WOOD P.-H.-N. *Comment mesurer les conséquences de la maladie : la Classification internationale des infirmités, incapacités et handicaps*. Chronique OMS, 1980.
30. WIROTUS J.-M. *L'évolution de la Classification internationale des handicaps et inadaptation*. *Journal de Réadaptation Médicale* 1998;vol.18;n°2.
31. BÉRAUD C., GRÉMY F., GRENIER B., GRIMALDI A., DE KERSASDOUÉ J., LÉVY G. *Quelle santé, quelle médecine, quels médecins voulons-nous pour le XXI^e siècle en France et en Europe ? Colloque de Caen : "Réforme Debré, un tiers de siècle après"*, 1996.
32. MORASZ L. *Le soignant face à la souffrance*. Paris : Dunod, 1999.
33. DEVEREUX G. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion, 1967 (traduit en 1980).
34. GATTO F., BUI-XUAN G. *Relativité du savoir et relativité thérapeutique : étude d'une population de santé en formation continue*. *Kinésithér. Scient.* 1996;361:45-52.
35. AUQUIER P. *Concepts et mesures de la qualité de vie liée à la santé : exemples et applications*. Thèse. Faculté de Médecine Montpellier 1, 1996.
36. LEPLÈGE A. *Les mesures de qualité de vie*. Coll. Que sais-je ? Paris : PUF, 1999.
37. VIAL M. *Conceptions de la régulation et apprentissage. Les Cahiers d'Aix-en-Provence* 1997, édité par le Département des Sciences de l'éducation de l'Université de Provence-Aix-Marseille 1. Cahier n° 9 : 67-100.
38. DECCACHE A., LAVENDHOMME E. *Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes*. Bruxelles : De Boeck Université, 1989.
39. DECCACHE A. *Modèles et référentiels en éducation à la santé et éducation du patient*. Séminaire des 9 et 10 février 2001 au DESS Éducation et promotion de la santé. Département des Sciences de l'éducation, Université de Provence.
40. JACQUEMET S. *Educational methodologies : an analyses of chaos*. *Diabetologia* 1997; vol.40.
41. MORIN E. *Messie, mais non. Arguments pour une méthode*. Colloque de Cerisy. Paris : Seuil, 1990.
42. MORIN E. *La méthode*. Tome 4 : *Les idées, leur habitat, leur vie, leurs mœurs, leur organisation*. Paris : Seuil, 1991.
43. BONNIOL J.-J. *La passe ou l'impasse, le formateur est un passeur*. *Les Cahiers d'Aix-en-Provence* 1995, édité par le Département des Sciences de l'éducation de l'Université de Provence-Aix-Marseille 1. Cahier n° 1 : la série en question : 1-34.
44. BACHELARD G. *La formation de l'esprit scientifique*. Vrin, 1938.
45. BOURDIEU P. *Leçon sur la leçon*. Ed. de Minuit, 1980.
46. FOUCAULT M. *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Gallimard, 1975.
47. BARTHE R. *Leçon*. Seuil, 1978.
48. GATTO F. *Enseigner le savoir de la santé* (à paraître chez L'Harmattan, 2005).
49. BROUSSEAU G. *Théorie des situations didactiques*. Grenoble : La Pensée Sauvage, 1998.
50. PASTOR E. *Les pratiques des masseurs-kinésithérapeutes à travers les modèles de l'évaluation*. Mémoire de DEA. Université de Provence Aix-Marseille 1, 2004.
51. ARDOINO J. *L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives*. Paris VIII : *Analyses et Pratiques de Formation* 1993;n° 25-26.
52. GATTO F. *Évaluer, apprendre et enseigner le savoir de la santé*. Synthèse pour l'habilitation à diriger les recherches en Sciences de l'éducation. Université de Corse, Corté, 2004.