

COLLOQUE ReK

Octobre 2004

Pour quelle discipline en masso-kinésithérapie ? Petit débat épistémologique

Chantal EYMARD¹

Mots clés

Discipline – Épistémologie – Formation – Profession – Rééducation – Santé

Résumé

Si la profession de masseur-kinésithérapeute œuvre pour la mise en place d'une discipline, la question de son orientation reste posée.

Faut-il opter pour une discipline en santé regroupant l'ensemble des professionnels de la santé du citoyen quel que soit leur domaine d'exercice ?

Doit-on privilégier une orientation spécifiant chaque profession, ou regroupant les professions du soin, de la rééducation ?

Si débattre de ces questions ne peut se faire sans interroger les traces de ce mouvement et notamment l'universitarisation de la formation initiale et continue ; il y a nécessité aussi de s'appuyer sur les fondements épistémologiques de la constitution des savoirs spécifiques à cette profession.

Dans quel modèle de la santé s'inscrivent les savoirs académiques auxquels les professionnels se réfèrent et les savoirs en action dans les pratiques ?

Les savoirs en construction relèvent-ils de la science médicale ou constituent-ils une branche de connaissance spécifique et différente ?

Abstract

Although the profession of masseur-physiotherapist is trying to establish a discipline, the question of its orientation remains.

Should one opt for a health discipline, grouping all health professionals, whatever the field of exercise ? Should one privilege an orientation specifying each profession, or grouping care and re-education professionals ?

Although a debate about these questions involves questioning the traces of this movement and, in particular the universitarisation of the initial and on-going training, it is also necessary to take into account the epistemological foundations forming the specific knowledge of this profession.

What is the health model for the academic knowledge that professionals refer to and the knowledge in action in practice ?

Is the knowledge in construction part of a medical science or is it a specific and different branch of knowledge ?

Keys words : *Discipline – Epistemology – Formation – Profession – Re-education – Health*

¹ *Maître de conférences en Sciences de l'éducation, HDR. Université de Provence, Département des Sciences de l'éducation – 29, boulevard Robert Schuman, 13621 Aix-en-Provence. UMR ADEF (INRP, IUFM, Université de Provence) chantal.eynard@up.univ-aix.fr*

1. Introduction

La profession de masseur-kinésithérapeute fait preuve au quotidien, et encore aujourd'hui de sa capacité à œuvrer pour la mise en place d'une discipline, ce qui me semble incontournable actuellement pour le développement de cette profession.

J'ai choisi d'introduire mon propos à partir de la notion de paramédical, et de celle de médecine. Le qualificatif paramédical permettant de nommer encore aujourd'hui de nombreuses professions de santé, dont celle de masseur-kinésithérapeute, est-il toujours adapté ? Rien n'en est moins sûr. Le préfixe *para* exprimant en grec "auprès de", "le long de", mais aussi "contraire à", est associé, dès le XX^e siècle, à un autre élément de vocabulaire emprunté au langage professionnel, comme para-hôtellerie ou paramédical, pour exprimer l'idée de contiguïté (qui touche à), de proximité spatiale ou d'appartenance à un domaine proche [1 : 1421].

En tant que « branche de la connaissance (acceptation qui date de 1370) », la notion de discipline spécifie bien un domaine identifié de construction de savoirs académiques. La question est alors de savoir si les prestations, les actes, les savoirs développés par les professionnels masseurs-kinésithérapeutes s'inscrivent dans la science médicale. Les savoirs d'actions ou les savoirs savants en construction par cette profession touchent-ils à cette science, à cette discipline, appartiennent-ils à un domaine proche, ou bien constituent-ils une branche de connaissance à part entière ?

2. Notion de médecine et modèles de santé

Revenons brièvement à la notion de médecine qui désigne depuis 1314 la science qui a pour objet la conservation et le rétablissement de la santé [1 : 1212]. En ce sens, la médecine pourrait concerner l'ensemble des professions de santé, et donc celle de masseur-kinésithérapeute, si censé soit-il que l'on ne confonde pas santé et sanitaire ou ne réduise pas la santé au sanitaire.

La notion de santé a été de tous temps l'objet de débats positionnant des approches conceptuelles très différentes. La santé est-elle l'absence de maladie ou le silence des organes comme l'indiquait Leriche [2] ? Est-elle une lutte infinie contre la souffrance, la maladie et la mort ou un renoncement à l'irréductible [3] ? Est-elle une adaptation du sujet au monde qui l'entoure, aux agressions qu'il subit de son environnement ? Nécessite-t-elle une conformation,

ou un ajustement aux normes de bonne santé édictées par des scientifiques ? Peut-elle se définir comme l'existence d'un sujet autonome, caractérisée par un mode de présence à soi-même et au monde et donc une expérience individuelle et collective de la limite, de la souffrance, du handicap, de la maladie et de la mort [4] ?

En fait, la question du rapport entre la médecine ou la science médicale et les professions de santé dite paramédicales pourrait être interrogée en fonction du modèle de la santé. Deux grands modèles de la santé ont été décrits [5, 6] :

- Le modèle biomédical dans lequel la santé se définit de manière dite "négative" en tant qu'absence de "maladie". La maladie, elle, est reliée à l'organe malade ou en souffrance. Ce modèle qui a permis le développement des connaissances sur les maladies est toujours d'actualité. Il a fortement influencé :
 - les pratiques soignantes marquées par la prédominance du curatif ;
 - la demande en soins, centrée sur la réparation.
- Le modèle global de la santé positive fortement représenté actuellement par la définition de l'OMS, dont la première en 1946 mettait l'accent sur le bien-être physique, mental et social et non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité.

Trois principes caractérisent ce modèle selon Berthet [7] : un équilibre harmonieux entre la satisfaction des besoins en santé et l'évolution de l'environnement, une sensation de plénitude, une acquisition génétique et un développement éducatif d'un potentiel de réserve pour lutter contre les agressions de l'environnement.

Dans ce modèle, la santé ne peut se réduire au sanitaire caractérisée par la santé publique et l'hygiène. Elle a aussi une dimension sociale. Les besoins en santé dépassent les besoins primaires et la demande des patients relève davantage du développement du bien-être individuel. Le patient est dit "au centre" des préoccupations des professionnels de la santé. Cependant être au centre des préoccupations peut être entendu du côté d'une place du sujet qui se retrouve entouré de professionnels bien pensants pour lui et développant des conférences de consensus sur lui ou du moins sur son problème de santé, pour son bien-être, pour sa santé, mais sans lui. Si on se réfère à ce modèle, l'ensemble des professions de la santé et du travail social ont pour objet la conservation et le rétablissement de la santé et peuvent donc se réclamer de la médecine.

- Nous proposons un troisième modèle [4] qui met l'accent sur l'existence du sujet autonome à partir de la pensée d'Illich [3], de Gadamer [8, 9] et des travaux de Lecorps [10] et Deccache & Meremans [11], entre autres. La santé est alors considérée comme l'expérience de la limite, du handicap, de la souffrance, de la maladie et de la mort. Expérience du sujet, ce modèle met l'accent sur le savoir d'expérience que le patient ou l'homme au quotidien se constitue en vivant avec ces problèmes de santé. La santé ne peut donc relever uniquement des normes objectives. *“Un symptôme ou un effet secondaire rapporté par un patient ne peut être mesuré à la seule aune de ce qui a été objectivé par la recherche pharmacologique ou médicale, ni simplement rejeté comme une hallucination. Il s'intègre au corpus d'informations apportées par le patient qui éclairent sa façon de concevoir sa maladie et sa santé, et donc sa façon d'y réagir. Et si cette information est contredite par le savoir scientifique ou professionnel existant, la question n'est pas de savoir si elle est vraie ou fausse, mais quel sens elle prend et en quoi elle influence le travail éducatif ou thérapeutique”* [11].

Le savoir n'est plus uniquement académique, il est aussi issu de l'expérience de l'homme au quotidien. Actuellement, la notion de partenariat est mise sur le devant de la scène des politiques et est omniprésente dans les discours en santé. Porteuse d'une idéologie du “faire ensemble”, du “partager quelque chose”, elle interroge la relation éducative entre les professionnels de la santé et le patient ?

L'article L. 1111-2 de la loi du 4 mars 2002, publié dans le Code de la santé publique, ordonne :

- le droit à l'**information** : *“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 (...)”* ;
- mais aussi le droit de **décision** : *“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 (...)”*.

Ce troisième modèle se détache du précédent tout d'abord en mettant l'accent sur la subjectivité par rapport à l'objectivité. *“Ouvrir une place à la subjectivité, dans le*

champ de la santé c'est « d'abord la reconnaître (...), et accepter qu'elle soit non une tare à corriger mais, pour le soignant, une partie de sa pratique et, pour le patient, l'expression de sa réalité” [11]. Il est proche de celui de la promotion de la santé qui selon la charte d'Ottawa [12] ne relève pas seulement du secteur sanitaire. Nombreux sont les professionnels de la santé et du travail social qui participent à la conservation et au rétablissement de la santé et pourrait donc se réclamer de la médecine.

3. Entre discipline en santé, discipline professionnelle et discipline en soins et rééducation

L'ensemble des professionnels de la santé, qu'ils exercent dans le champ du sanitaire ou du social, pourrait se retrouver dans une discipline en sciences de la santé inscrite dans le deuxième ou le troisième modèle de la santé. Cependant par transfert de sens d'un signifié à un autre, la notion de médecine se rapporte dès **1715** à la profession du médecin et dès **1866** aux études de médecine et au corps des médecins.

Cette régression de la science et des pratiques en santé à la science et aux pratiques des médecins engage, de mon point de vue, une nécessaire différenciation entre la discipline médicale et la ou les disciplines des professions de santé pratiquant actuellement seulement pour partie sous prescription médicale :

- soit en distinguant la discipline en masso-kinésithérapie, la discipline en soins infirmiers et d'autres disciplines encore, mais en prenant le risque d'un repli corporatiste ;
- soit en créant une discipline qui se singularise de la médecine, et rassemble les autres professions de santé.

Cette discipline, rappelons-le, en tant que “branche de la connaissance” en santé, travaillerait au développement d'un corps de savoirs scientifiques et professionnels centrés sur la relation éducative en santé du patient, la rééducation et le soin au service du développement de la santé des individus et des groupes sociaux (malades ou non), en dehors des traitements médicaux et chirurgicaux.

Quel que soit le choix qui sera fait ou quelle que soit l'orientation prise, nous pouvons dire aujourd'hui que votre profession se donne les moyens de construire sa discipline ou de participer à l'élaboration d'une autre discipline en santé que la médecine. En effet, le processus qui participe

du passage d'une pratique sociale à une discipline d'enseignement et de recherche résulte le plus souvent d'un ensemble de forces sociales, professionnelles et politiques, mais aussi de la capacité à saisir des moments opportuns.

Vous pourriez, et c'est peut être déjà fait, commencer à acter, à relever les traces de ce mouvement au niveau de votre profession, en relevant depuis quand dans les villes, les villages et les campagnes, la masso-kinésithérapie :

- est pratiquée ;
- légiférée ;
- enseignée ;
- depuis quand, elle a créé sa propre école ;
- a constitué un corps d'enseignants ;
- est autonome dans la formation de ses professionnels ;
- est autonome dans la certification des professionnels ;
- mais aussi a développé des savoirs spécifiques à cette profession ;
- communique l'avancement de ses travaux à une communauté scientifique et professionnelle ;
- a créé et dirigé une revue scientifique spécifique : et je citerai donc la naissance de ReK, dont le premier numéro est paru le 1^{er} Juin 2003, et qui publie des articles d'un haut niveau scientifique ;
- se constitue un corps de chercheurs et donc une véritable communauté scientifique pour laquelle d'une part les professionnels ressentent un sentiment d'appartenance, se reconnaissent dans cette communauté, et d'autre part qui soit reconnue par les autres communautés scientifiques.

Il s'agit donc de pouvoir reconnaître des équipes de recherches qui travaillent au développement des connaissances, des savoirs académiques spécifiques à votre corps professionnel, et donc à produire du sens en ce qui concerne des problématiques identifiées dans votre champ d'exercice professionnel.

Actuellement, de nombreux masseurs-kinésithérapeutes entreprennent des études universitaires ou des VAE (Validation des acquis de l'expérience) pour acquérir des titres et diplômes permettant de constituer un corps de chercheurs. Pour continuer ce développement, il est nécessaire que chacun connaisse les axes de recherche et les travaux de l'ensemble des professionnels.

4. Identification d'une discipline et formation des professionnels

L'appartenance à une communauté scientifique se cultive et se développe notamment par la référence faite aux pairs. Actuellement les soignants non-médecins sont inscrits dans différents laboratoires de recherche dont les Sciences sanitaires et sociales, les Sciences techniques de l'activité physique et sportive, les Sciences de l'éducation, mais aussi la psychologie ou la sociologie. Il en sera certainement ainsi, tant qu'il n'existera pas un laboratoire de recherche, une unité fonctionnelle de recherche spécifique.

Les étudiants connaissent alors fort bien la spécialité dans laquelle ils font leurs études et leur thèse mais rencontrent plus ou moins de difficultés pour conjuguer cette discipline avec leur champ d'exercice. Nous avons tenté de collecter les mémoires en rapport avec la santé, archivés depuis quinze ans (puisque notre département s'intéresse aux acteurs de la Santé depuis sa création) dans notre Centre de documentation. S'ils sont forts nombreux (plus de 150), la liste n'a pas pu être exhaustive, car le classement les inscrits dans le champ de la santé à partir des mots du titre ou des mots clés.

Or, nous nous sommes rendu compte que parfois le titre ou les mots clés ne comportait pas le mot santé, alors que la problématique étudiée relève de ce champ. Ceci peut relever d'une conception de l'éducation encore réduite à la transmission de savoirs dans une discipline académique, mais aussi à une difficulté pour des étudiants soignants à se positionner dans un laboratoire de recherche non spécifique à leurs savoirs d'exercice professionnel.

Peu de recherches sont d'ailleurs centrées sur les patients. Ceci peut aussi être considéré comme un indice de la difficulté pour les soignants réalisant des études en Sciences de l'éducation de travailler des objets qui concernent directement le patient que ce soit par non-reconnaissance institutionnelle, par désir de distanciation à leur quotidien professionnel.

Il y aurait intérêt me semble-t-il à interroger le sens que peut avoir actuellement une orientation de la formation initiale parfois en première année de médecine et des études universitaires en deuxième et troisième cycles dans d'autres universités, d'autres disciplines. Il en va me semble-t-il de la lisibilité que vous pouvez donner à voir de la constitution d'une discipline spécifique.

5. Quels fondements épistémologiques de la constitution des savoirs ?

Constituer une discipline spécifique, c'est-à-dire un ensemble de connaissances qui permettent de faire avancer la compréhension de problématiques caractérisées par un objet spécifique et une ou plusieurs méthodes déterminées et reconnues par la communauté scientifique et professionnelle, demande de poser les fondements épistémologiques de la constitution des savoirs permettant de théoriser les objets d'étude. Il s'agit donc aussi d'identifier et de délimiter les concepts scientifiques et techniques, les méthodes qui permettent de développer un corps de savoirs spécifiques.

Se former à ou par la recherche [13-22], et/ou faire de la recherche développe des compétences générales notamment de problématisation et d'approche méthodologique des situations professionnelles et des compétences plus spécifiques à chaque méthode de recherche. Toute recherche s'inscrit dans un paradigme épistémologique, et en ce sens transmet une façon de considérer le rapport au savoir.

Le rapport sujet/objet initié par le choix d'une méthode de recherche, ainsi que le rapport au savoir académique prend un caractère concret dans la façon dont le professionnel de la santé soigne, masse, rééduque, éduque (...). L'attitude, la posture du soignant envers les patients, les personnes en demande de soins et de rééducation est liée au rapport sujet/objet avec lequel il l'observe et l'écoute.

La déshumanisation et le réductionnisme mécaniciste, la surdétermination du tout holiste, du culturalisme, du social sur le sujet, de l'imbrication sujet/environnement, du biologie, participe aussi de la façon dont on considère la santé.

Le débat épistémologique participant de l'élaboration d'une discipline ne peut en aucun cas être évité ou élucidé, il y va de l'avenir de la discipline elle-même, mais aussi de la profession et de l'humanité tout entière quant au développement des savoirs en santé et donc de la santé des individus et des groupes.

Quelle place pour les savoirs d'expérience des patients dans la constitution des savoirs académiques, des savoirs savants que votre profession se propose de développer ? Et donc quelle place pour les savoirs d'expérience des patients dans les pratiques professionnelles ? ♦

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. REY A. *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris : Le Robert, 1995.
2. LERICHE R. *De la santé à la maladie. La douleur dans les maladies. Où va la médecine ?* Encyclopédie Française VI, 1936.
3. ILLICH Y. *Némésis médicale : l'expropriation de la santé*. Paris : Seuil, 1975.
4. EYMARD C. Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. Éducation et santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ? Aix en Provence : *Questions vives. État de la Recherche en Éducation* 2004;vol.2;n°5:11-32.
5. BURY J. *Éducation pour la santé : conceptions, enjeux, planifications*. Bruxelles : De Boeck Université, 1988.
6. BASS M. Conjuguer santé et démocratie. Dossier santé et démocratie. *Informations Sociales* 1993;n°26:97-108.
7. BERTHET E. *Information et éducation sanitaire*. Coll. Que sais-je ? Paris : PUF, 1983.
8. GADAMER H.-G. *Le banquet des philosophes* (trad. M. Dautrey). Paris : Grasset, 1998.
9. GADAMER H.-G. *Philosophie de la santé* (trad. M. Dautrey). Paris : Grasset, 1993.
10. LECORPS Ph. De l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé questions et interrogations morales et éthiques. *La Santé de l'Homme* 2002;n°362:21-3.
11. DECCACHE A., MEREMANS P. L'éducation pour la santé des patients : au carrefour de la médecine et des sciences humaines. In : Sandrin-Berthon B. et coll. *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Biennales de l'Éducation. Paris : PUF, 2000.
12. OMS. La Charte d'Ottawa : vers une nouvelle santé publique. *Prévenir* n°30. Genève, 1986.
13. BARBIER J.-M., CHAIX L., DEMAILLY L. Recherche et développement professionnel. Éditorial : *Recherche et Formation* n° 17. Paris : INRP, 1994 : 5-8.
14. GENTHON M. *Apprentissage-Évaluation-Recherche. Genèse des interactions complexes comme ouvertures régulatrices*. Université de Provence, département des Sciences de l'Éducation : en questions. Mémoires n° 1, 1997.
15. EYMARD C. La recherche en soins infirmiers : quelles méthodes ? Paris : *Revue Soins, Formation, Pédagogique, Encadrement (Dossier la recherche)* 1998;n°28;4^e trimestre:8-15.
16. EYMARD C. La problématisation méthodologique dans la formation à la recherche en éducation. *Les Cahiers de la Recherche en Éducation* 2000;n°2;vol.7:293-312. Sherbrooke : Éd. CRP.
17. EYMARD C. *Initiation à la recherche en soins et santé*. Rueil-Malmaison : Éditions Lamarre, 2003.
18. EYMARD C. *De la formation par la recherche aux caractéristiques d'une relation éducative en santé*. Thèse des travaux de recherche présentée en vue de l'Habilitation à diriger les recherches. UFR Psychologie et sciences de l'éducation, Université de Provence Aix-Marseille I, septembre 2005.
19. CROS F. *Le mémoire professionnel en formation des enseignants : un processus de construction identitaire*. Paris : L'Harmattan, 1999.
20. THUILIER O. *Évaluation et recherche : quelles régulations interactives pour l'institution ? Évaluation, recherche et politiques d'éducation*. Colloque de l'ADME, septembre 1999. En question, cahier n° 27. Université d'Aix-Marseille I, département des Sciences de l'éducation. CIRADE, 1999 : 36-46.
21. GOMEZ F. *Le mémoire professionnel : objet de recherche et outil de formation*. Bruxelles : De Boeck Université, 2001.
22. GUIGUE-DURNING M. *Les mémoires en formation. Entre engagement professionnel et construction de savoirs*. Paris : L'Harmattan, 2003.

