

LES PRATIQUES IDENTITAIRES DES MASSEURS KINESITHERAPEUTES LIBERAUX A TRAVERS LES MODELES DE L'ÉVALUATION. INFLUENCE DE LA FORMATION UNIVERSITAIRE SUR LA PRATIQUE ET LA QUALITÉ DES SOINS.

E. PASTOR

Identité et posture

Cette dynamique identitaire du masseur kinésithérapeute peut être déclinée de manière générique suivant Ardoino (1993) à travers le triptyque des postures «d'agent, acteur, auteur». Dans la posture d'agent, le sujet subit, il est spectateur, usager, ou pire assujéti. Il n'a pas de pouvoir sur les règles du jeu qui déterminent son action, c'est un opérateur qui applique des procédures dont il ignore le sens. En tant qu'agent, le sujet est «essentiellement agi», il représente une partie des agencements du «système», il est défini par ses fonctions. Il travaille sur la mise en conformité d'un produit, exécute les protocoles et les normes sous la contrainte de règles du jeu sur lesquelles il n'a pas le pouvoir, la non conformité a statut de faute qu'il faut régulariser et sanctionner dans le cadre de sa délégation de tâches simples. Dans la posture d'acteur, le sujet possède une certaine marge de manœuvre et d'initiative, mais comme au théâtre il ne peut pas changer la pièce qu'il joue, il l'interprète tout au plus. Il organise les conditions de travail pour répondre aux missions confiées et se réfère à la tactique au travers du choix et de la réorientation des procédures/ référentiels. La faute prend une connotation d'erreur qu'il faut corriger en changeant de projet programmatique. Rationalisation, efficacité, optimisation sont les balises de cette posture technicienne. Dans la posture d'auteur, le sujet invente, innove, élabore le scénario, il « s'autorise à... » décide, prescrit et change la prescription si la santé de la personne le demande. Ce stratège est dans l'ingénierie du processus, le questionnement, la recherche de sens, la valorisation des différences, il donne à la faute le statut de l'écart non culpabilisant qui devient source de régulation et de problématisation. Il assume et travaille avec l'incertitude, l'imprévisibilité. Il travaille à l'autonomie de la personne en difficulté de santé par la responsabilisation mais aussi par le partage du savoir et la reconnaissance de la personne malade comme capable de co-décider son projet de soins, de santé et de vie.

Quels rapprochements peut on faire entre l'exercice de l'évaluation et la posture du masseur kinésithérapeute libéral ?

Avant 1996, l'évaluation en masso-kinésithérapie était réduite à une simple évaluation mesure où seuls les bilans, photographie réifiant le sujet étaient autorisés. Le MK était dans un statut d'agent prescrit. L'avènement du bilan diagnostic masso-kinésithérapique a permis de passer à une évaluation gestion permettant ainsi par la synthèse des bilans de porter l'indication du choix des actes et des techniques. Réglementairement le MK est passé d'un statut d'agent à un statut d'acteur, mais la réalité semble autre car nombreux sont les professionnels qui dans leur quotidien pratiquent une évaluation questionnement auprès de leurs patients. Cet

écart entre la réalité de l'évaluation et la demande institutionnelle provoque une dissonance conative chez certains MK qui ne reconnaissent pas, dans cette démarche du BDK et sa retranscription par la fiche de synthèse, la légitimité de leur évaluation.

Quelles sont les origines de ce malaise ?

La formation initiale en masso-kinésithérapie tend par son choix d'appui théorique médical positiviste à positionner l'étudiant, futur professionnel, dans une posture d'agent prescrit. La pratique de terrain majoritairement libérale le pousse à devenir acteur et auteur par le processus de la relation originale et non reproductible entre lui et le patient. Les pouvoirs publics par le type d'évaluation contrôle/ mesure demandée au praticien (fiche de synthèse au contrôle médical, opposabilité des recommandations) le réduisent à garder ce rôle d'agent en contradiction avec la réalité du terrain. Les procédures sur l'évaluation des pratiques proposées par les institutions (UNCAM, HAS) et reprises par les représentations professionnelles ne traduisent pas le processus enclenché par le colloque singulier, qui fait appel à des modèles de l'évaluation faisant appel à la « logique du reste » (Vial, 2001). Elles brident l'engagement des professionnels à évoluer vers une recherche de l'identité professionnelle dans la santé hors du champ de la médecine et à améliorer la qualité des soins. La maîtrise qualitative devrait permettre de sortir de cette posture si la profession sait faire émerger les particularités du concept de soin en masso-kinésithérapie où l'évaluation fait partie intégrante de la relation de soin (Gatto, 2005).

Le diagnostic masso-kinésithérapique, pivot de cette évaluation traduit-il réellement l'accession souhaitée par la profession au statut d'auteur ou n'est il qu'un artefact risquant de réduire le processus complexe de notre évaluation en nous contenant au statut d'acteur?

L'évaluation et le bilan diagnostic kinésithérapique

L'évaluation

Etymologiquement, le terme «évaluation» signifie déterminer la valeur de quelque chose ou donner de la valeur à. Selon le « Petit Robert », évaluer correspond d'une part à porter un jugement sur la valeur, le prix de, c'est à dire calculer, chiffrer, et, d'autre part, fixer approximativement, apprécier, estimer. On peut également dire «qu'évaluer, c'est comprendre, éclairer l'action de façon à pouvoir décider avec justesse de la suite des évènements». (Legendre, 1993)

Les paradigmes des évaluations mesure et gestion sont souvent repris par de nombreux enseignants qui voient là un moyen facile et rapide de sanctionner l'acquisition d'un enseignement. « L'évaluation confronte deux visions du monde, deux attitudes et modèles de pensée différents, non seulement qui s'opposent, se confrontent, mais aussi se complètent, et lorsque l'on utilise un modèle de l'évaluation, on s'inscrit dans le paradigme qui le sous-entend. » (Eymard-Simonian, 2003).

De fait, ce type d'évaluation mesure/ gestion transmis sur un mode dogmatique (Gérardi, 2005 ; Sauvageon, 2004) se transpose de l'enseignant vers le MK en formation initiale qui reproduit cette pratique vers ses patients et ne peut plus placer le patient comme co-décideur de sa santé demandée par la Loi du 04 mars 2002. Cela conduit à placer le patient en qualité d'agent prescrit qui doit respecter les recommandations sous peine de faute et de culpabilité. Le patient ne peut pas se questionner sur ses comportements et ses modes de vie, en élaborer de nouveaux en fonction de ses priorités et de ses possibilités contextuelles.

L'évaluation contrôle ne favorise pas le positionnement du patient comme auteur de son traitement mais le cantonne à un rôle d'agent ou d'acteur. Elle renforce sa passivité et ne correspond pas à la loi sur les droits des malades (Loi du 04 mars 2002). Cette évaluation mesure rentre tout à fait dans le contexte réglementaire qui impose de mettre des notes visant à remplir des fiches de synthèse afin de contrôler l'atteinte des objectifs. Pour que le patient devienne co-auteur de son traitement le MK doit également prendre ce statut et co-crée avec lui.

Cela occasionne une succession d'une infinité de combinaisons possibles tout au long du traitement et procure à l'évaluation en masso-kinésithérapie un statut la classant pleinement dans les modèles de la systémie (cybernétique, systémisme, systémique).

Pour l'ensemble des acteurs, l'évaluation est encore perçue comme une évaluation mesure et de gestion et à juste titre comme un moyen de contrôle par excellence et de correction de la faute ou de l'erreur. Le projet-visée de l'institution servi par l'évaluation mesure/ gestion reste dans une logique positiviste peu efficiente en terme d'indicateurs bio-médicaux et formate les futurs professionnels dans une vision réductrice de l'acte d'évaluation du soin.

Le BDK, synthèse des bilans des déficiences et incapacités, permet de choisir l'indication masso-kinésithérapique appropriée. Cependant, celui-ci reste statique quelque soit son exhaustivité, il ne traduit pas l'évaluation complexe qui régule en permanence l'acte de soin. Le BDK n'est pas l'évaluation en masso-kinésithérapie, il n'en est qu'une partie. Si les bilans sont du registre de l'évaluation mesure, le BDK est dans celui de l'évaluation gestion. L'évaluation masso-kinésithérapique est dans une logique de continuum liée au vécu et au contexte changeant du sujet et de l'inter subjectivité liée à la relation au praticien.

Wils (1999) amène une réflexion nouvelle sur le bilan diagnostic kinésithérapique en le comparant au diagnostic nominal médical. Le diagnostic médical énonce une maladie, le bilan kinésithérapique, servant à construire le diagnostic kinésithérapique, décrit les déficiences et incapacités. Nous sommes bien dans une pratique descriptive et taxonomique. Il mentionne que le bilan comme le diagnostic médical ne doit pas faire intervenir la subjectivité. A contrario, il présente le diagnostic kinésithérapique contrairement au diagnostic médical nominal comme pouvant introduire le doute car il se prononce sur «*le probable et le possible*». Le diagnostic kinésithérapique introduit la notion de durée, d'évolution, d'altération due au temps, mais pas seulement. «Nous voyons se profiler ici l'originalité du diagnostic kinésithérapique par rapport aux autres diagnostics, qu'ils soient médicaux ou infirmiers»(ibid.). Le concept de «l'intersubjectivité» est soulevé par l'auteur. Les MK superposent dans le «diagnostic» initial le relaté du vécu du patient sur ses déficiences et ses incapacités à notre description de l'observé et du mesuré.

Le paramètre de la relation intersubjective du soin en kinésithérapie est indissociable du processus d'évaluation. Il nous faut repenser notre diagnostic kinésithérapique comme faisant partie d'un dispositif d'évaluation ayant comme finalité d'aider à répondre aux attentes d'autonomie fonctionnelle et de savoir du patient. Ce dispositif ainsi complexifié s'écarte de l'évaluation contrôle et rejoint l'évaluation systémique de par «*l'imprévisibilité des rapports entre les causes et les conséquences*»(Vial, Thuillier, 2003). «*Le diagnostic kinésithérapique est une approche plus compréhensive qu'explicative*»(Wils, 1999).

Préalable à l'hypothèse théorique

Le masseur kinésithérapeute ne fait pas qu'un contrôle, un bilan, il va adapter des techniques, utiliser des normes issues de différents référentiels théoriques (biomécaniques, psychologiques, médicaux, éducatifs, pharmaceutiques ...) au cours de l'acte. Cela en fonction du discours du patient, du projet du patient, de son vécu, de sa vérité, de ses perceptions, des déficiences, des incapacités, de ses handicaps, de ses émotions et de ses croyances. Il va accommoder, articuler, créer, réinventer à partir des normes et du désir du

patient co-auteur pour réorienter ce qu'il avait prévu lors de son bilan diagnostic initial traduit par le projet programmatique. La guérison et/ou l'augmentation de l'autonomie en santé constituent le projet-visée commun au patient et au masseur kinésithérapeute.

Les politiques de santé, l'A.N.A.E.S., les programmes de formation initiale, les moyens pédagogiques mis en place, les textes réglementaires (code de la Santé Publique), le décret de «compétence», le bilan diagnostic kinésithérapique, les nomenclatures des actes professionnels du masseur kinésithérapeute, les compétences des médecins par rapport aux masseurs kinésithérapeutes auxiliaires médicaux, la prescription médicale, conduisent les masseurs kinésithérapeutes à une posture d'agent même si la relation singulière de soins oblige à en sortir.

Il semblerait que l'acte de rééducation du masseur kinésithérapeute se confonde avec l'évaluation. « *Cette réalité sociale n'est ni objective ni subjective elle est relationnelle* » (Gatto, 2003).

Il est cherché à observer si les MK sont au cours de leur pratique dans une posture d'agent prescrits ou s'ils changent de posture en fonction de certains paramètres (type d'exercice, formation, âge, sexe ...).

Hypothèse de recherche

Les pratiques de terrain constituées à partir d'une relation humaine et éducative avec le patient, propre, à l'identité professionnelle du masseur kinésithérapeute, doivent le conduire à certains moments à utiliser le modèle de l'évaluation questionnement et à se placer dans une posture d'auteur.

Il existe un lien entre les pratiques d'évaluation et les postures ; ce lien est déterminé par l'année du diplôme et son accès au bilan diagnostic, la détention d'un diplôme universitaire ou bien la pratique d'un exercice particulier ou spécifique.

Dispositif de recherche

Population

Critères d'inclusion

Il a été procédé à un choix de 200 masseurs kinésithérapeutes exerçant dans le département de l'Hérault choisis sur un fichier totalisant l'ensemble de masseurs kinésithérapeutes libéraux du département. Ce choix s'est effectué en répartissant de manière proportionnelle à la densité territoriale. Cela a permis de répartir de manière équilibrée entre les professionnels exerçant en milieu rural et urbain.

Critères d'exclusion:

Il a été exclu les masseurs kinésithérapeutes exerçant à titre salarié ainsi que les plus de 65 ans.

Le questionnaire

Grille de critérisation des questions

Afin de construire un questionnaire répondant à la problématisation théorique et à l'opérationnalisation de la variable intergroupe, il a été procédé à une grille de critérisation issue de la théorie des postures d'Ardoïno (1993). Ce tableau comporte des sous critères : le projet professionnel, les initiatives, l'organisation, la planification, l'autonomie, la créativité, l'amélioration, la distanciation, le leader d'idées, la responsabilité et la motivation. Pour chacun de ces sous critères il a été construit deux questions minimum ou trois questions maximum. Ce qui donne 28 questions, auxquelles il faut rajouter 3 autres questions préalables qui sont sous forme de variables intra individuelles. La première reposant sur l'année du

diplôme, avant ou après 1996, en regard de l'impact de l'année de l'obtention du diagnostic et de son intégration en formation initiale. La deuxième sur l'obtention d'un titre universitaire complémentaire. La troisième sur la pratique ou non d'un exercice particulier ou spécifique. Soit un total de 31 questions.

A chacune de ces questions, 5 choix de réponses ont été proposés en raison des trois postures possibles, deux réponses étaient catégorisées pour la posture d'agent, deux pour celle d'acteur et une pour celle d'auteur. Seule la question 23 comporte 4 choix de réponses possibles.

Protocole

Le questionnaire a été envoyé par la poste.

Recueil et Traitement des données

Sur les 200 questionnaires envoyés 61 questionnaires étaient exploitables en retour.

Le tableur Excel a permis de mettre en abscisse les cases agent/ acteur/ auteur et de chapeauter chacune des questions avec ces trois modalités. En ordonnée figurent les masseurs kinésithérapeutes numérotés de 1 à 61.

Le traitement des réponses s'est effectué à l'aide d'un choix binaire 1/0. Pour la question 1 le titulaire du Diplôme d'Etat (D.E.) avant 1996 était noté 1 et après 1996 était noté 0, la question 2 était notée 1 pour l'obtention d'un diplôme universitaire et 0 pour la non réponse ou une réponse fausse, la question 3 était notée 1 si exercice spécifique et 0 si aucun exercice spécifique.

Le traitement des non réponses des 28 questions suivantes a été comptabilisé et il en a été tenu compte pour le calcul des moyennes arithmétiques. Il a été pratiqué une moyenne arithmétique pour chacune des 28 questions (sauf les 3 premières) en fonction de chacune des postures choisies par les 61 masseurs kinésithérapeutes. La note 1 pour valider le choix et 0 pour invalider les autres choix.

La moyenne arithmétique par professionnel et par question a également été effectuée afin de déterminer une moyenne arithmétique globale des 61 réponses aux 28 questions (sauf les 3 premières). Cela a donné trois groupes de réponses selon le triptyque d'Ardoïno. Il a été délibérément choisi de ne garder que 2 chiffres après la virgule pour le calcul des pourcentages.

Résultats et commentaires discutés

Il a été effectué par moyenne arithmétique simple avec pourcentage et croisement des variables par le logiciel Excel. Les corrélations ont été étudiées par le coefficient R de Bravais Pearson qui est un coefficient de corrélation linéaire. Il permet d'indiquer le degré de liaison linéaire entre deux variables. Il relève du rapport entre la covariance et l'écart type sur chacune des variables (Eymard C.,2003).

Sa formule s'exprime ainsi:

$$R_{xy} = \frac{Cov_{xy}}{(Sx.Sy)}$$

La moyenne effectuée sur les 61 masseurs kinésithérapeutes constituent trois groupes: agent / acteur / auteur et montrent une différence de proportion non significative entre les auteurs (22,91%) et les agents (19,16%) avec une forte proportion d'acteurs (57,94). N'étant pas suffisamment exploitable en l'état, il a été décidé de construire deux groupes: agent /acteur et acteur / auteur. Ces deux groupes ont été constitués selon le tri du plus fort pourcentage en agent et en auteur afin de l'affecter dans l'une des deux catégories. Il s'est constitué un

groupe d'agent / acteur de 23 sujets et un groupe d'acteur / auteur de 32 sujets, 6 sujets ayant été non classé du fait de l'égalité des pourcentages entre agent et auteur. Deux colonnes supplémentaires ont été réalisées sur le tableur Excel. Ces deux groupes ainsi constitués ont subi le test de covariance de Pearson avec chacune des questions afin de confirmer la validité de ce regroupement.

Il a été croisé ensuite chacun des groupes par le test de Pearson sur les variables interindividuelles constitués par les 3 premières questions. Les résultats du test ne permettent pas de corréliser la première variable de l'année du diplôme (en rapport avec l'année de l'obtention du diagnostic masso kinésithérapique) avec les variables intergroupes agent / acteur et acteur / auteur. Les résultats de croisement de la deuxième (formation universitaire ou Cadre de Santé) et de la troisième variable (exercice particulier) interindividuelle et des deux variables intergroupes sont significatives. Cela permet de traduire une dépendance assez forte entre la posture d'acteur / auteur et une formation universitaire complémentaire. La même corrélation linéaire existe avec la troisième variable intra individuelle (regroupant les sujets ayant effectués un exercice particulier). Par contre ces deux variables (questions 2 et 3) ont une corrélation inversée avec le groupe agent / acteur, ce qui signifie que moins les sujets se forment à l'université et moins ils s'identifient au travers d'un exercice particulier, plus il sont agents.

Il a été créé un groupe expérimental regroupant les caractéristiques des questions 1 et 2 qui est moins significatif que chacune des questions traitées séparément.

Tableau 1 sur la corrélation des groupes Agents/ Acteurs, Acteurs/ Auteurs
Avec les questions 1, 2, 3 et le groupe expérimental

Groupe/ variable	probabilité	Degré de liberté	R de Pearson
Agent / Acteur, année DE/96	0.03	74	P<valeur significative de la table. Non corrélé
Acteur / Auteur, année DE/96	0,05	81	P<valeur significative de la table. Non corrélé
Agent / Acteur, DU, CDS	-0,40	43	P>valeur significative de la table. Corrélé
Acteur / Auteur, DU, CDS	0,38	50	P>valeur significative de la table. Corrélé
Agent / Acteur, groupe expé.	-0,30	39	P>valeur significative de la table. Corrélé
Acteur / auteur, groupe expé.	0,33	46	P>valeur significative de la table. Corrélé
Agent / acteur, exercice particulier	-0,42	60	P>valeur significative de la table. Corrélé
Acteur / Auteur, exercice particulier	0,38	67	P>valeur significative de la table. Corrélé

Conclusion

La mise à l'épreuve par les enquêtes d'hypothèse théorique a confirmé une tendance sur le fait que la formation universitaire aide et accélère le processus de changement de posture du MK. Changement d'acteur à auteur que le masseur kinésithérapeute libéral a déjà mis en place sur le terrain.

Ce changement de posture permet d'avoir accès à l'évaluation questionnement ou complexe, seule à même de pouvoir rendre le patient coauteur de son processus de recouvrement et de maintien vers son autonomie de santé.

Il reste à tester l'hypothèse théorique par une méthode expérimentale où le groupe expérimental serait formé aux modèles théoriques de l'apprentissage, de l'évaluation et aux méthodes de recherche et un groupe témoin non formé. La formation des masseurs kinésithérapeutes aux Sciences de l'Éducation par des MK formés et diplômés, développe chez le praticien des capacités de réflexivité, de distanciation, de problématisation, de changement de modèles théoriques au cours de l'activité et améliore les résultats éducatifs et bio-médicaux auprès des patients.

Cette transformation de l'activité par la formation permettrait au masseur kinésithérapeute de mieux respecter la loi du 4 mars 2002, où le patient devient co-auteur, en développant une approche « *thérapeutico-éducative* » (Gatto, 2005) volontaire appuyée sur de solides fondements théoriques et académiques. Il faudrait alors peut être questionner le projet-visée de la formation initiale en masso-kinésithérapie. Transformer les énoncés des contenus des programmes par une approche de définition des finalités et non plus d'objectifs opérationnels d'une part et retravailler les modalités des apprentissages vers un paradigme de pensée et d'action de soins articulant le contrôle et le questionnement, le positivisme et la phénoménologie.

La compréhension des différents modèles de l'évaluation appliqués à la formation initiale de l'étudiant, continue du professionnel et sa transposition didactique vers l'acte de soin constitue un des fondements de cette évolution qui semble nécessaire à la formation et à l'amélioration des résultats sur le plan thérapeutique à court, moyen et long termes. Ce changement conduirait à une modification de l'identité professionnelle du masseur kinésithérapeute.

Aujourd'hui, en formation continue, des propositions de formation basées sur des partenariats entre des institutions de santé ; I.F.M.K., IFCS-Rééducation de Montpellier, SFMKS, ARB et des Universités de Corse et d'Aix Marseille I sont en place.

« *Il devient indispensable que la kinésithérapie soit reconnue en qualité de science si elle souhaite continuer à exister* » (Gatto, 2003). L'Université, qui est «une institution qui allie l'enseignement supérieur à la recherche fondamentale» (Reboul, 1989), semble être la mieux placée pour permettre de produire des savoirs scientifiques de la rééducation et de l'éducation à la santé ».

Nous devons pour cela tenir un discours visant à affirmer que nous ne sommes pas une profession médicale à compétence limitée mais constituons une profession de santé à part entière qui a pour objectif l'augmentation de l'autonomie des personnes en difficultés de santé.

Pour favoriser cette appropriation, ne devrait-on pas évoquer une terminologie plus en lien avec ce rapprochement disciplinaire et la traduire par «Rééducation à la Santé Fonctionnelle» ?

Références bibliographiques

ABOIRON H, *Le concept CIH et kinésithérapie*, Kinésithérapie Scientifique, 1999, n° 389; p26.

ALLPORT GW, *Personality : a psychological interpretation*, in Grawitz M., *Méthodes des Sciences Sociales*, Dalloz, 2001.

ARDOINO J, BERGER G, *D'une évaluation en miettes à une évaluation en actes*. Editions Matrice, Paris. 1989.

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

Arrêté du 27 février 2000, modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962, art.4.

Arrêté du 4 octobre 2000, NGAP.

BARBIER J M, *De l'usage de la notion d'identité en recherche, notamment dans le domaine de la formation*, Education Permanente Formation et dynamiques identitaires, 1996, n°128 1996, p11-26.

BERGER P, LUCKMANN T, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens. 1986.

BLOOM B, *Caractéristiques individuelles et apprentissages scolaires*. Paris. Labor, 1979.

BOITTIN I, *Etudiants en soins infirmiers de deuxième année : crise identitaire*. La mise à l'épreuve des motivations. Recherche en Soins Infirmiers, Mars 2002, n° 68, p66-92.

BONNIOL JJ, NUNZIATI A, *La passe ou l'impasse, le formateur est un passeur*, Cahier En Question n°1, Aix en Provence, 1996, 34p.

BONNIOL JJ, VIAL M, *Les modèles de l'évaluation*. Bruxelles. Editions De Boeck Universités, 1997, 368p.

BOUFFARTIGUE J, DELRIEU AM, *Les racines grecques*, Etymologies du français, Editions Belin, Paris, 1996.

BOURDIEU P, *Leçon sur la leçon*. Paris, Ed. de minuit, 1980.

BOURGEOIS E, *Identité et apprentissage*, in Education permanente, n°128, 1996, 215p pp.27-35

CAMILLERI C, *Stratégies identitaires*, Paris, PUF. 1990.

CAMPANALE F, *Auto-évaluation et transformations de pratiques pédagogiques*. Mesure et évaluation en éducation, Paris, Vol 20 n°1, p1-24, 1997.

CARDINET J, *Evaluation interne, externe ou négociée?* Conférence de 1987, Hommage à Jean Cardinet. Fribourg, Delval, 1990, p 139-156.

CHATAGNER F, *La Protection sociale*. Paris. Editions Le Monde, 1993. p.27-32.

CHEVALLARD Y, *La transposition didactique. Du savoir savant au savoir enseigné*. La pensée sauvage, Paris, 1985.

CHEVALLIER J, *L'identité politique*, PUF, collection Publications du CURAPP, Paris, 1994, p.239-251.

Classification Internationale des Handicaps, 1980, OMS, Genève.

CROS F, *Le mémoire professionnel dans la formation initiale des enseignants : un processus de construction identitaire*. Paris, L'Harmattan, 1998, 256p.

DECCACHE A, LAVENDHOMME E, *Information et éducation du patient, des fondements aux méthodes*. Bruxelles: Ed De Boeck Université, 1989.

Décret n° 81-539 du 12 mai 1981

Décret n° 84-689 du 17 juillet 1984

Décret n° 98-879 du 8 octobre 1996, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur kinésithérapeute modifié le 27/06/2000 par le décret 2000-577

Décret n°2000-577 du 27 juin 2000

Décret n°2002-194 du 11 février 2002

Décret n°93-345 du 15 mars 1993

DESCARTES R, 1637, *Discours de la méthode, pour bien conduire sa raison et chercher la vérité dans les sciences*. Turin. Editions mille et une nuits, 2000.

- DOLTO B, *Le corps entre les mains*, Hermann, Paris, 1976.
- DONNADIEU B, GENTHON M, VIAL M, *Les théories de l'apprentissage, quel usage pour les cadres de santé*. Editions interéditeurs Masson, Paris, 1998, 128 p.
- DUBAR C. *Usages sociaux et sociologiques de la notion d'identité*. Education permanente: Formation et dynamiques identitaires. 1996, n°128 p 37-44.
- DUBAR C, 1991, *La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles*. 3^{ème} éd. Armand Colin, Paris, 2000. 279p.
- DUCROS F, *Diagnostic et évaluation : l'affaire des professionnels*. Kinésithérapie Scientifique, n° 389,1999, p3..
- EYMARD C, *Initiation à la recherche en soins et santé*. Rueil-Malmaison. Editions Lamarre, 2003b,243 p.
- EYMARD C, *Vers un modèle de formation à l'élaboration et à la gestion des projets : Engagement et Régulation, dans le champ de la formation en soins infirmier*. Thèse de Doctorat, Université de Provence,1993.
- EYMARD C, *Initiation en soins et santé*. Toulouse, Lamarre, 2003. 243p.
- EYMARD-SIMONIAN C, *Processus d'évaluation et processus de formation*. Soins cadres n°45, février 2003, Paris, Editions Masson, 2003 a.
- FESTINGER L, *Conflict, decision and dissonance*, in Grawitz M, *Méthodes des Sciences Sociales*, Dalloz, 1964, chap.768.
- FISCHER GN, *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris, Dunod, 1996. 226p
- GATTO, RAVENSTEIN, *Pour une didactique de l'éducation à la santé*, le cas de la lombalgie commune, REK, 2003, n°1, p64-72.
- GATTO F, *La kinésithérapie au carrefour de sa promotion par la formation en Sciences de l'Education: les enjeux, les intérêts, les limites, les perspectives*. Kinésithérapie Scientifique 1995;343: 47-55.
- GATTO F, *Kinésithérapie et éducation à la santé*, *Kinésithérapie scientifique*, n°62, oct.2002, p.63-64.
- GATTO F, *Les masseurs kinésithérapeutes se forment aux sciences de l'éducation*, Rédaction de Soins Cadres, n°45, février 2003, p34-38.
- GATTO F, *Attitudes cognitives et cultures de soins*. Contribution de dispositifs pédagogiques spécifiques aux actions d'éducation à la santé. Thèse de Doctorat, Université de Provence, 1999.
- GATTO F, *L'évaluation des compétences des masseurs kinésithérapeutes pourrait elle conduire à l'autonomie d'exercice de la profession ? Expertise du rapport Matillon intitulé: Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*, Kiné Actualité, n°918, 2003.
- GATTO F, BUI-XAN G, *Relativité du savoir et relation thérapeutique : étude d'une population de santé en formation continue*. Kinésithérapie scientifique, 1996; n°361p47-53.
- GATTO F, FAVRE D, *Les effets thérapeutiques de l'éducation à la santé*. Kinésithérapie scientifique. 1997; 372: 7-15.
- GATTO F, FAVRE D, *Utilisation d'indicateurs discursifs pour optimiser les effets de la rééducation auprès de patients lombalgiques*. Santé Publique, 1997 n°3; 9^{ème} année:341-360.
- GATTO F, *Masso-kinésithérapie, éducation à la santé et université*. Kiné-actualité, 22 avril 2004, n°937, p6-7.
- GATTO F. *Enseigner la santé*. L'Harmattan. 2005.
- GEDDA M, *Au cœur de la kinésithérapie: son diagnostic*. Kinésithérapie scientifique, 1998, n°375, p.39-50.
- GEDDA M, *Décision kinésithérapique: identité démarche, chaînes logiques*. Paris, Masson, 2001.
- GOHIER C, ANADON M, BOUCHARD Y, CHARBONNEAU B, *La construction identitaire de l'enseignant sur le plan professionnel: un processus interactif*. Revue des sciences de l'éducation, 2001, Volume 27, n°1.

- GOUARNE R, CASTEL O, *Représentations du métier de kinésithérapeute, de l'imaginaire au réel*. Kinésithérapie scientifique, 1995, n°341, p 37-49.
- GOSSIAUX JF, *Conférence DIF POP sur «l'identité nationale» en juin 1997*, Esprits, la Revues d'études palestiniennes. 1997.
- GRAWITZ M, *Méthode des sciences sociales*. Paris. Editions Dalloz, 1996, 425 p.
- HACHETTE MULTIMEDIA / HACHETTE LIVRE, Données encyclopédiques, copyright © Paris, Hachette Encyclopédies, 2001.
- HADJI C, *L'évaluation démythifiée*. Paris. Editions ESF Editeurs, 1997, 126 p.
- HADJI C, *L'évaluation, règles du jeu*. Paris. Editions ESF Editeurs, 2000, 190 p.
- HUSSERL E, trad. 1970, *L'idée de la phénoménologie*, P.U.F., Coll. Epiméthée, 136 p. Kelkel L. et Schérer R.. ISBN 2-85030-792-0
- JORRO A, *L'enseignant et l'évaluation*. Bruxelles. Editions De Boeck Universités, 2000.
- KHUN TS, *La structure des révolutions scientifiques*, In dir. Lecours D, dictionnaire d'histoire et philosophie des Sciences, P.U.F., 1970, p.720.
- LECOINTE M, *Les enjeux de l'évaluation*. Paris. Editions L'Harmattan, 1997, 239 p.
- LEGENDRE R, *Dictionnaire actuel*. Guérin ESKA 1993.
- LEVI-STRAUSS C, *L'Identité*, Quadrige, 1^{ère} éd., PUF, Grasset, 1977-1995. 339p.
- LIPIANSKI EM, *L'identité personnelle*, In dir RUANO-BORBALAN JC. L'identité,. Sciences Humaines Editions. p21-29.
- LIPIANSKI EM, TABOADA-LEONETTI I et al, *Introduction à la problématique de l'identité*, in Camilleri C. et al., Stratégies identitaires. PUF, 1990, p7-41.
- MEAD GH, *L'esprit, le Soi, et la Société*, Paris, PUF, 1963.
- MERLEAU PONTY, *Mesure et évaluation en éducation*, Education permanente, Vol 20 n°1, 1997, p 1-24.
- MIALARET G, *La psychopédagogie*. Paris. Editions Presses Universitaires de France, 1998, 127 p.
- MONET J, 1996, *Emergence de la kinésithérapie en France à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle*. Une spécialité médicale impossible. Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914. Thèse de Doctorat, sociologie, Université de Paris I, Panthéon Sorbonne, 2003, 584p.
- MONTEIL J-M, *L'évaluation scolaire: fragments de recherche en psychologie*. Connexions n°56, 1990, p51-65.
- MORIN E, *La méthode*, tome 4. Paris, Le seuil, 1991.
- MUCHIELLI A, *L'identité*, Paris, PUF, Coll. Que sais-je ? 1994. 127p.
- OMS, La Charte d'OTTAWA, vers une nouvelle santé publique, Prévenir n° 30, Genève. 1986
- OMS, Déclaration de Jakarta, A l'ère nouvelle, acteurs nouveaux, Adapter la promotion de la santé au XXI siècle, 4^e conférence internationale sur la promotion de la santé, Promotion § Education, 1997, vol IV, n° 3, 56-58.
- PASTOR E, *Ostéopathie et kinésithérapie*. Kiné-actualité, 5 février 2004, n° 926, p6.
- Père AMIOT. *Mémoire concernant l'histoire, les sciences, les arts, les mœurs, les usages des chinois par les missionnaires de Pékin*. Paris Nyon, 1776, 1791 15 vol.).
- Père HUC. *Souvenirs d'un voyage dans la Tartarie, le Tibet et la Chine pendant les années 1844, 1845, 1846*, Paris, Ed. Masson, 1995.
- PERRENOUD Ph, *L'évaluation des élèves*. Bruxelles. Editions De Boeck Universités, 1998.
- PETIT C, *L'historique de la kinésithérapie*. *Kinétude*, n°7, 2000, p20-25.
- PIAGET J, *Psychologie de l'intelligence*. Paris, Armand Collin. 1967.
- Rapport BROCAS, «Rapport sur l'exercice libéral des professions paramédicales réglementées», Ministère de la Santé, Congrès Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs, Rodez, 1999.

- REBOUL O. *La philosophie de l'éducation*. 3^{ème} éd. n° 2441 Coll. Que sais-je ? Paris, PUF, 1989. 127p.
- REY A. *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris. Editions Dictionnaires Le Robert, 1998, 4304p.
- ROGERS C. *La relation d'aide et la psychothérapie*, Paris, E.S.F., 1970. trad 1942.
- ROSE D, 1996. *Du bon usage du leurre*, in Education Permanente, n°128, p177-184.
- SAINSAULIEU R, *L'identité au travail*, 2^{ème} éd. 1985, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1977. 477p.
- SKINNER BF, *The behavior organisms*, New York, Appleton Century Crofts, 1938.
- TAP P, ESPARBES-PISTRE, SORDES-ADERF, F, *Stratégies de coping et personnalisation*. Bulgarian Journal of Psychology. 1995 n°2, p. 59-80.
- TAP P, *L'identification est-elle une aliénation de l'identité? Identité individuelle et personnalisation*. Toulouse, Privat, 1980, p.237-250. Thèse de doctorat, Sociologie, Université de Paris I, Panthéon Sorbonne, 2003, 584 p.
- TRUDELLE P, *La fiche de liaison en kinésithérapie*. Résultats d'une enquête et propositions. Kinésithérapie Scientifique, 2000, n°405; p.49-55.
- VAILLANT J, *Histoires sous le signe : kinésithérapie et médecine*. Kinésithérapie Scientifique, juillet 2002, n° 424, p.35-52.
- VIAL M, BONNIOL J-J, *Les théories de l'apprentissage, quel usage pour les cadres de santé ?* Editions Masson, Paris 2002.
- VIAL M, *L'auto-évaluation, entre auto-contrôle et auto-questionnement*. Université de Provence, En question, titre n°1, 1997, 222p.
- VIAL M, *Organiser la formation : le pari sur l'auto-évaluation*. Paris. Editions L'Harmattan, 2000.
- VIAL M, *Se former pour évaluer*. Bruxelles. Editions De Boeck Universités, 2001, 280 p.
- VIAL M, 1999, *Ceci n'est pas un lexique : 25 mots pour la recherche en Sciences de l'éducation*. Aix-en-Provence : En question, les Cahiers d'Aix, n°25 p97-123
- VIAL E, THUILLER, *L'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital*. Rueil Malmaison. Editions Lamarre, 2003, 219 p.
- VIEL E, TRUDELLE P, *La boîte à outils des instruments de mesure et d'évaluation*. Annales Kinésithérapie, 2001; n°288: p373-8.
- VIEL E, *Le diagnostic kinésithérapique*. Paris, Masson Ed, 2^e édition, 2000.
- VYGOTSKY LS, *Pensée et langage*, Paris, Editions sociales, 1938.
- WILS J, *Evaluation dialectique dans la formation des étudiants en masso kinésithérapie: régulation des conflits et herméneutique*. R.E.K. n°1; 2003, p27-32.
- WILS J. *Réflexion sur la notion du diagnostic kinésithérapique*. Kinésithérapie Scientifique n°389, 1999,p.19-30.

