

EPISTEMOLOGIE DES SAVOIRS EN KINESITHERAPIE : A PROPOS DE LA KINESITHERAPIE DU NOURRISSON

J.CI. JEULIN

Origine des savoirs et des pratiques utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes

L'élaboration, la didactique d'une discipline, reposent sur une réflexion quant à l'origine, la nature et la structure de ses savoirs. Evoluer vers l'autonomie comme le souhaite les masseurs kinésithérapeutes suppose une réflexion sur le statut des savoirs convoqués dans l'exercice de la profession.

Il a été choisi d'étudier les savoirs utilisés en kinésithérapie respiratoire du nourrisson. Il apparaît nécessaire de s'intéresser à la construction du savoir enseigné en tant qu'objet, puis à la construction de la relation entre l'objet de savoir et celui qui sait.

Paradigmes de pensée et d'action en santé

Paradigme positiviste en santé

Pour Claude Bernard l'observation est l'investigation d'un phénomène naturel, et l'expérience est l'investigation d'un phénomène modifié par l'investigateur [1]. La méthode expérimentale montre que l'expérience est imprégnée de théories. L'établissement des lois qui fait passer une science de la phase inductive à la phase déductive suppose l'élaboration d'une hypothèse et la vérification de cette dernière par l'expérimentation.

Pour Claude Bernard l'expérience est la vérification de l'hypothèse : toute expérience, en ce qu'elle est une représentation simplifiée et choisie du réel nécessite une présupposition théorique.

Ce paradigme privilégie la méthode expérimentale, cherche à expliquer (par une cause), vise à établir une loi (recherche du général) et préfère l'approche quantitative. C'est dans ce paradigme positiviste que va se développer la médecine jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle.

La démarche recherche une objectivité la plus grande possible mais ne pense y parvenir qu'en réduisant le plus possible le point de vue de l'observateur, en multipliant les mesures instrumentales (imagerie médicale, test d'effort, bilan articulaire...). Elle souhaite pour l'observateur un détachement maximum, une position extérieure. L'observateur et/ou le thérapeute doivent être objectifs. Toute subjectivité, conçue comme cause d'erreur, doit être éliminée.

Paradigme phénoménologique en santé

Fondée par Edmond Husserl (1859-1938), cette doctrine s'oppose simultanément à l'idéalisme et à l'empirisme. La subjectivité des patients, ses savoirs, sont pris en compte, il devient co auteur du soin. Il est écouté, informé, a droit à l'erreur et apprend à gérer sa santé.

Le thérapeute est un consultant, il privilégie l'écoute, le relativisme, l'incertitude, la subjectivité, les gestes techniques sont des élaborations de significations, le soin est une communication.

Le thérapeute est co auteur, il crée le soin et réoriente avec le patient le projet et le programme thérapeutique.

Ce paradigme privilégie le cas par cas, est caractérisé par la recherche du sens et s'attache surtout à recueillir des données qualitatives, en regardant la réalité singulière de chaque patient. [2]

Epistémologie des savoirs en kinésithérapie respiratoire du nourrisson

Historiquement, les techniques utilisées chez le nourrisson sont extrapolées et adaptées à partir des techniques utilisées chez l'adulte. En France, G Huault [3] cite en 1964 les travaux de réanimateurs d'AFRIQUE DU SUD, Smythe P.M., Bull A. (CAPETOWN)(1961).

A travers les différentes définitions de l'Augmentation du Flux Expiratoire s'opposent des différences sur le rôle de l'observation et de la théorie, qui aboutissent à des conceptions sensiblement différentes des techniques..

Les uns privilégient les savoirs savants, théoriques et construisent leurs techniques autour de lois physiques, les autres privilégient les savoirs experts, nés de l'expérience et retranscrits.

L'expérience dans son sens de connaissances acquises par le vécu est le fondement du concept d'augmentation de flux tel qu'il est enseigné en France : Ce sont des savoirs experts.

Malgré cette différence d'approche, tous se réfèrent aux sciences de la physique pour expliquer la limitation de flux.

La théorie du point d'égale pression, utilisée pour interpréter les manœuvres d'expiration forcée ne devrait plus être convoquée depuis les travaux de THIRIET [4].

Science et kinésithérapie

L'épistémologie moderne souligne quelques thèmes centraux au coeur de la science. Le recours au test expérimental, l'absence de connaissance sans construction théorique préalable, la production scientifique comme processus social et historique. Le savoir scientifique est un savoir négocié et argumenté. Il est validé en fonction d'un certain nombre de critères énoncés par la communauté scientifique elle-même. La théorie fonctionne comme une métaphore du réel. L'activité de la science est une activité de modélisation :

La science est construite par la pensée humaine. L'intégration de l'ensemble de ces considérations fonde la perspective constructiviste de la pratique scientifique, qui envisage la science comme un questionnement et une construction.

On pourra envisager la kinésithérapie comme une pratique clinique plutôt qu'une science appliquée, parce que l'expérience clinique permet une double critique du rationalisme et de



l'application technique. Pour le soignant «les maladies sont des constructions, raisonnées et basées sur un certain nombre de connaissances, mais constructions toujours révisables. Ces constructions vont notamment évoluer selon que l'on se place dans un modèle biomédical de la santé ou dans un modèle complexe de santé. Dans le premier cas, seul les paramètres bio-médicaux seront pris en compte. [5] . Dans le modèle complexe, le patient est considéré dans son environnement. Il faut distinguer le réel (l'homme malade, inconnaissable en soi) de la réalité qui est le résultat du regard porté par le soignant sur le réel .

Savoirs référencés, non référencés, métacognition

Sur le plan épistémologique, le modèle dominant de la connaissance est basé sur la relation sujet/objet. Les situations d'action sont abordées selon le postulat de l'existence, chez l'acteur, de structures cognitives préalables à l'action et à partir desquelles l'acteur agit en pilotant en quelque sorte l'action en fonction de ses structures cognitives [6].

La kinésithérapie, comme tout savoir, se définit, en partie, par les méthodes. Une méthode est un mode d'approche, un outil logique grâce auquel l'homme entre en contact avec le réel, non seulement pour le connaître, mais pour le maîtriser [5]. Les savoirs savants se voudront volontier universels, en tant que références pour une situation de soin : ils sont les gardes fous, les conseils de bonne pratique.

Savoirs experts

La profession de masseur kinésithérapeute est riche de savoirs expérimentiels, savoirs pratiques réfléchis analysés puis testés en situation, objet de consensus professionnels qui ne sont pas reconnus par la communauté scientifique. Delplanque [7] a montré l'existence de savoirs spécifiques en kinésithérapie respiratoire.

A partir des travaux de Freidson [8], on peut distinguer dans ces savoirs d'action, l'esprit clinique du praticien, dont le but est l'action, parfois inutile d'un point de vue théorique, quelques fois efficace. On voit apparaître une caractéristique des savoirs d'action en kinésithérapie, le pragmatisme, c'est à dire l'adaptation à la situation, donc au patient, que l'expert va essayer d'articuler avec plus d'universalisme (savoirs savants).

Articulation des savoirs pratiques et théoriques

La prise de conscience de l'action va permettre la conceptualisation, qui agira à son tour sur le savoir-faire.

La pratique serait alors en interaction avec les paradigmes de pensée utilisés. Pour Ardoino [9], il y a au moins deux conceptions de la praxeologie : l'une positiviste qui relève avant tout d'une logique économique, de production, « éliminant avec les préoccupations morales les particularités psychologiques, psychosociales et sociologiques structurant et modulant les comportements humains ». L'autre conception se situe dans un paradigme phénoménologique, où la finalité prendra le pas sur la pratique stéréotypée.

La compétence en kinésithérapie

Dans le soin, la relation est toujours imprévisible. Zarifian [10] définit la compétence comme «la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles



auxquelles il est confronté». Il existe à l'heure actuelle un consensus pour dire que la compétence est liée à l'action et la résolution de problèmes dans un contexte professionnel donné, qu'elle s'exprime par la mobilisation et la combinaison de différentes ressources personnelles que sont les savoirs formalisés, les savoirs pratiques et comportementaux.

Méta Cognition

La maîtrise des processus méta cognitifs, et l'utilisation optimale des opérateurs méta cognitifs, seraient gages de réussite et d'autonomie dans la réalisation de tout travail. Selon Morin[11,12], au niveau du faire scientifique s'ajoute nécessairement un meta-niveau, épistémologique, devant scruter en permanence la relation de connaissance, elle-même, unissant provisoirement le chercheur à son objet. En cela, nous sommes, cette fois encore, dans le domaine d'une éthique, au moins autant que dans l'ordre du scientifique. Même s'ils peuvent, et doivent, effectivement être repérés et reconnus théoriquement distincts, savoir, savoir-faire et savoir être restent pratiquement liés. « *Capacités et connaissances n'ont de sens que si elles s'articulent entre elles* » [9]

Un courant de recherche important en Grande-Bretagne, avance que l'apprentissage de notions scientifiques est inséparable d'un apprentissage sur la nature de la connaissance scientifique [13]. Legrand, [14], distingue une épistémologie personnelle scientifique (conforme au fonctionnement des communautés scientifiques), une épistémologie "scolaire" de soumission à la lettre du contrat didactique, et une épistémologie "quotidienne" dont la logique de la pertinence et de l'utilité se distingue de la logique de la validation scientifique. L'épistémologie personnelle et les connaissances des apprenants sur le savoir font partie des connaissances "méta", en ce sens qu'elles portent sur le domaine scientifique (ou technique, ou professionnel) considéré en tant que tel (et non plus sur l'un de ses objets).

Objectifs de la recherche

Il s'agit d'identifier les fondements épistémologiques actuels des savoirs des praticiens, et leur éventuelle relation avec la posture du kinésithérapeute

Méthode

La méthode différentielle est choisie, pour observer la variabilité interindividuelle de l'influence d'une question théorisée sur un groupe de sujets. Il n'y a pas d'hypothèse forte. L'hypothèse théorique se construit au fur et à mesure de l'analyse des variables.

Cette méthode, proche de la méthode expérimentale par ses postulats méthodologiques permet de décrire les caractéristiques des sujets qui « ne rentrent pas dans la loi générale, ou encore d'identifier, à l'intérieur même du groupe de sujets qui entrent dans la loi générale, des classements qui les différencient ». [18]

Variables

Indépendantes : Épistémologie des sciences.

Dépendantes : Modèles de la compétence, théories de l'apprentissage.

Choix de la population

Ce questionnaire a été proposé à des praticiens exerçant ou ayant exercé une activité régulière de kinésithérapie respiratoire auprès de nourrissons. 63 questionnaires ont été reçus, 57 ont pu être analysés.

Outil d'enquête

A partir de la taxonomie de BLOOM [16] et du triptyque agent, acteur, auteur d'ARDOINO [9], a été conçu un questionnaire cherchant à voir s'il existe un lien entre le positionnement épistémologique et la posture du kinésithérapeute

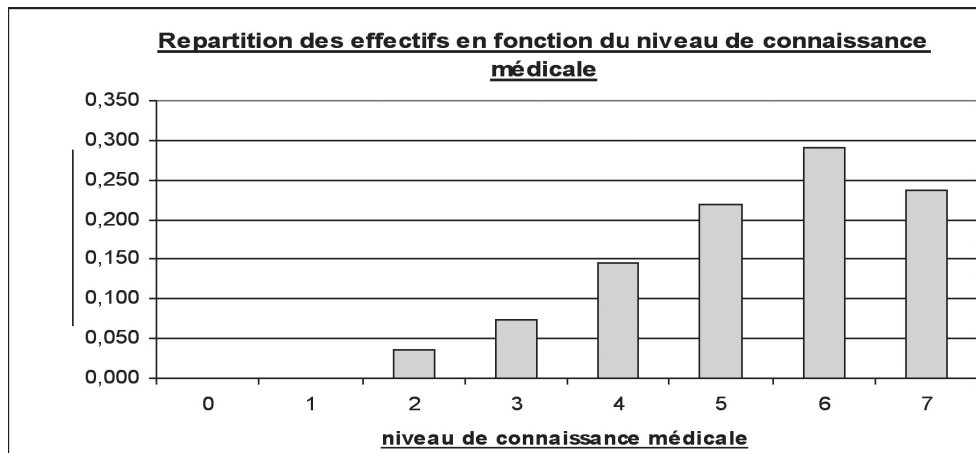
Traitement des données

Le traitement des données a été réalisé par le logiciel Excel. Cinquante sept réponses ont été analysées. Pour tenir compte des erreurs dues aux fluctuations de l'échantillonnage les résultats sont donnés sous la forme d'intervalles associés à la probabilité que celui ci contienne la valeur vraie de la population des kinésithérapeutes exerçant la kinésithérapie respiratoire auprès des nourrissons au sein de réseaux au risque de cinq pour cent.

Un certain nombre de réponses parvenues par Internet n'ont pu être utilisées par une méconnaissance de l'outil informatique de la part des kinésithérapeutes. Ce biais potentiel n'avait pas été envisagé car la télétransmission des feuilles de soins rendue obligatoire supposait une connaissance minimale de l'outil. Un autre biais peut être lié à la différence qu'il peut y avoir entre l'action et ce qui est dit sur l'action

Principaux résultats

Les Masseurs kinésithérapeutes possèdent de solides connaissances de base, indispensables à leur pratique, comme le montre le graphique suivant.



Mais la mobilisation de ces connaissances en situation d'action peut être améliorée.

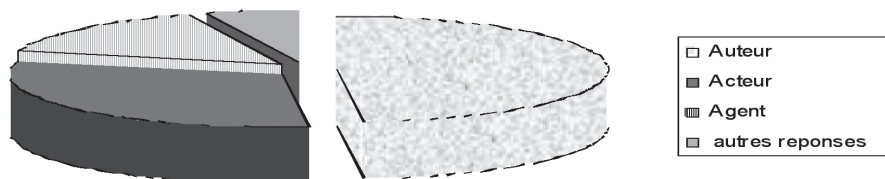
Critère mobilisation des connaissances :

Pour cinquante pour cent des questions les kinésithérapeutes se placent dans une posture d'auteur. Dans trente pour cent dans une posture d'acteur dans quinze pour cent dans une posture d'agent.

Les réponses non conformes au savoir kinésithérapique représentent cinq pour cent des cas. Le mode est de 5 (sur 10) pour la catégorie auteur (réponse attendue).

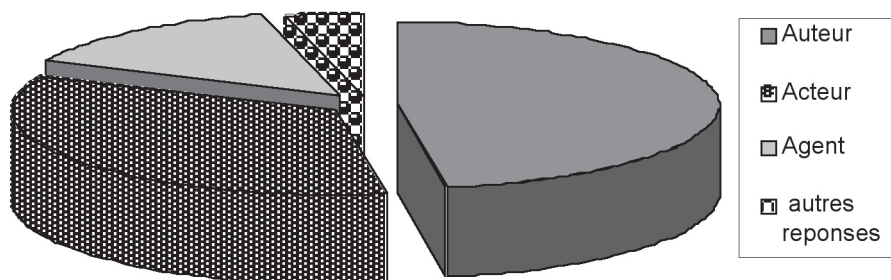
L'écart type est de 1,29. Le coefficient de variation (écart type/moyenne) est de 26%.

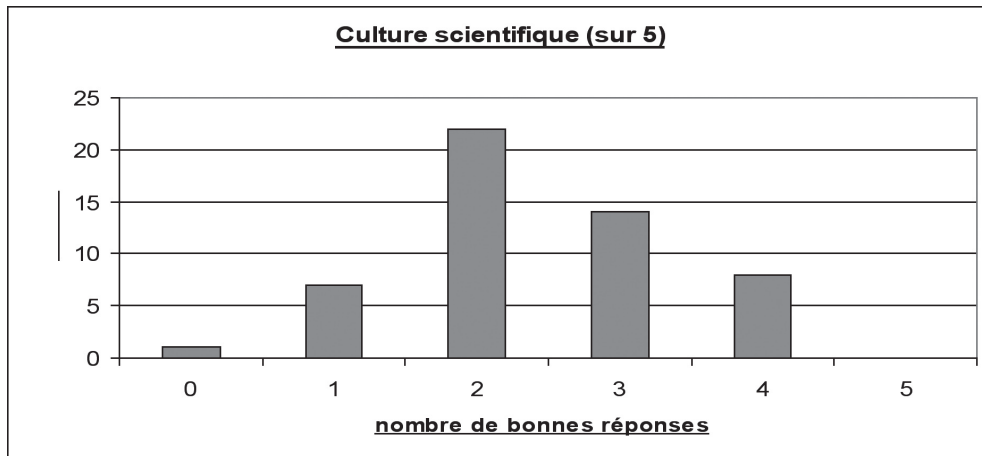
Kiné



Posture à partir du critère relation- enseignement

Sur sept questions, la moyenne de réponses attendues (auteur) est de 3,77 (entre 3.32 et 4.22) avec un mode et une médiane à 4. L'écart type est de 1,74. le coefficient de variation (écart type/moyenne) est de 46%.





Résultat

A partir des ces critères, pris séparément ou ensemble, il apparaît que les masseurs kinésithérapeutes n'ont pas encore réellement atteint une posture d'auteur.

Ce résultat conforte l'étude d'Eric Pastor [17] concernant l'étude de la posture des masseur kinésithérapeutes à travers les modèles de l'évaluation.

La somme des réponses attendues aux questions concernant la culture scientifique permet de montrer un manque de formation épistémologique chez les masseurs kinésithérapeutes.

Le niveau de formation épistémologique des kinésithérapeutes dans cette étude est trop faible et trop homogène pour faire une corrélation statistiquement significative avec des changements de posture. Il apparaît néanmoins que les professionnels qui admettent leur subjectivité sont en moyenne plus dans une posture d'auteur.

Conclusions et perspectives

Il semble que les masseurs kinésithérapeutes ne connaissent pas le cadre de référence qui sert de base à toute science moderne. Cette absence de références peut être préjudiciable lorsqu'il s'agit de construire avec le patient le projet de soins.

Il semble exister deux postulats en kinésithérapie : une pensée étiologique qui doit tendre vers un universalisme de référence et une pratique clinique qui se doit d'être individualisée. Enseigner les paradigmes épistémologiques à l'origine des savoirs en kinésithérapie fournirait à chacun un cadre de référence permettant d'adapter le soin sans tomber dans l'ésotérisme.

Enseigner l'épistémologie aux kinésithérapeutes leur donnerait une base méta théorique nécessaire pour analyser leur pratique, donc améliorer la qualité du soin. La kinésithérapie travaille dans un paradigme propre aux professions de santé, où le savoir est à la fois théorique et pratique. La théorie est construite et se veut objective. La pratique est de l'ordre du vécu.

Trouver le point d'équilibre entre ces deux tensions nécessite une réflexion sur soi même, un autoquestionnement. Ce choix d'épistème va influencer toute la pratique du professionnel, depuis la construction des savoirs jusqu'à l'évaluation de son action. Des travaux en didactique de la kinésithérapie devraient s'inscrire dans cette posture épistémologique d'universalité des savoirs théoriques et de particularité du soin, ou la régulation de conformité doit être

mise en tension avec une régulation plus complexe, plus favorable à l'évolution du savoir et des comportements [2].

Dans ce contexte de pensée complexe, la kinésithérapie devrait être envisagée comme une évaluation - questionnement au sens de Bonniol et Nunziati [18] afin que le patient décide de ses choix quant à la réhabilitation, sous l'impulsion du masseur kinésithérapeute, conformément à la loi du 04 mars 2002.

Pour prolonger cette étude, il pourrait être pertinent de s'intéresser à la didactique des savoirs experts en kinésithérapie.

Résumé :

Le rapport au savoir, le rapport au patient en kinésithérapie s'inscrivent dans un paradigme épistémologique. Tenter de l'identifier est la condition première pour didactiser la kinésithérapie. Ce travail étudie la relation entre la posture du masseur kinésithérapeute et leur formation épistémologique. Accroître les connaissances en épistémologie des kinésithérapeutes pourrait fournir à chacun un cadre de référence pour l'action. La régulation de conformité pourrait ainsi être mise en tension avec une régulation plus complexe plus favorable à l'évolution du savoir et des comportements en kinésithérapie. Conformément à la loi du 04 mars 2002, la kinésithérapie pourrait alors être envisagée comme une évaluation - questionnement afin que le patient décide de ses choix quant à la réhabilitation, sous l'impulsion du masseur kinésithérapeute.

Références bibliographiques

- [1] CLAUDE B, 1865, *Introduction à l'Etude de la Méthode expérimentale*, G.F.,p. 45
- [2] GATTO, GARNIER, VIEL, 2007, *Education du patient en kinésithérapie*, Sauramps Médical
- [3] HUAULT G, 1964, *Tétanos du nouveau né, traitement par la ventilation artificielle et la curarisation prolongées*
- [4] THIRIET M, 1981, Thèse de doctorat de biomécanique, étude de l'étude de l'expiration forcée, mécanisme de limitation du débit, Université de technologie de Compiègne
- [5] BOITTE P (CEM), 22 mars 2002, Le défi de la médecine scientifique, - Dans le cadre du cycle de conférences du CEM (Génopole Lille-NPC)
- [6] TARDIF M, LESSARD C ET GAUTHIER C. (éd.), 1998, *Formation des maîtres et contextes sociaux*. Paris : Presses universitaires de France
- [7] DELPLANQUE D, 1998, *Contribution à l'analyse des processus cognitifs mis en jeu dans la démarche d'évaluation diagnostique en kinésithérapie respiratoire*
- [8] FREIDSON E, 1984, *La profession médicale*, PAYOT, PARIS
- [9] ARDOINO J, 2000, *Les avatars de l'éducation, Education et formation, pédagogie théoriques et critiques*, 1^o édition, Paris : PUF, ISBN 2130502520
- [10] ZARIFIAN P, *Objectif compétence*, Liaisons, 1999
- [11] MORIN E, 1984, *Science et conscience de la complexité, échanges avec Edgar Morin*, coordination 1984, coordination Claudine Attias et Jean Louis Le Moigne, Librairie de l'Université, Aix en Provence
- [12] MORIN E, 1984, *Quadrature* N°30, Oct.Déc.98, p.5-11, Claudine Attias et Jean Louis Le Moigne, Librairie de l'Université, Aix en Provence
- [13] TIBERGHEN A, Mars 2002, *Des connaissances naïves aux savoirs scientifiques UMR GRIC*, CNRS, UNIVERSITE LUMIERE LYON 2
- [14] LEGRAND M(1990). «Circuit» ou les règles du débat mathématique. In CI2U (Éd.), *Enseigner autrement les mathématiques* (pp. 129-161). Paris : Commission Inter-IREM Université,
- [15] EYMARD C, 2003, *Initiation à la recherche en soins et santé RUEIL-MALMAISON*. Edition LAMARRE
- [16] BLOOM B,1975, *Taxonomie des objectifs pédagogiques*, T1. le domaine cognitif, Presses de l'université du Québec,
- [17] PASTOR E, 2004, *Les pratiques identitaires des masseurs kinésithérapeutes à travers les modèles de l'évaluation influence de la formation universitaire sur la pratique*. Mémoire de DEA
- [18] BONNIOL J J, NUNZIATI A, *La passe ou l'impasse, le formateur est un passeur*, Cahier En Question n°1, Aix en Provence, 1996

