

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES KINESITHERAPEUTES DE VILLE. ECLAIRAGE A TRAVERS UNE ETUDE MENE AU SEIN DU RESEAU BRONCHIOLITE ILE DE FRANCE

D. PELCA, H. PICARD, Ch. FAUSSER, D. EVENOU

Introduction

Formés dans un paradigme positiviste, se référant à un modèle de santé bio-médical et une évaluation contrôlée, les kinésithérapeutes agissent leur pratique suivant une conformisation à des programmes préétablis, une évaluation par la mesure, et l'éclairage quasi exhaustif de leurs observations à travers des indicateurs biomédicaux [1,2].

En outre, leur discours auprès des patients qui les consultent est construit à partir de leurs représentations de leur posture professionnelle souvent bio-médicale et de leur histoire personnelle. Pour changer, comme le préconise la loi KOUCHNER [3], et se référer à un modèle de santé global non positiviste, les professionnels doivent réaliser une rupture. « *La science doit rompre avec l'opinion* » affirmait BACHELARD[4], pour qui les premiers obstacles au changement sont en effet « *les habitudes, les croyances et les préjugés* ».

Il semble alors intéressant de s'interroger sur le statut des savoirs utilisés par les kinésithérapeutes dans leur exercice quotidien.

C'est une démarche initiée au sein de l'Association des réseaux Bronchiolite, ARB, et plus particulièrement de l'équipe de formation de cette association, qui est à l'origine de cette recherche, menée dans le cadre d'un master 2, Sciences de l'éducation [5]. Les MK concernés par ces travaux prennent en charge des enfants atteints de bronchiolite aiguë du nourrisson, ou d'asthme du nourrisson, dans leur pratique de ville.

Au-delà des gestes techniques propres à l'exercice, le réseau ARB place les compétences d'évaluation et les compétences d'éducation en santé comme des pré-requis à la reconnaissance d'un kinésithérapeute de « nouvelle génération », partenaire du médecin et de ses patients, dans un accompagnement du patient, inspiré d'un modèle global de santé non positiviste [1,6]. C'est dans cet esprit que l'ARB organise des formations pour les MK.

Les programmes de formation sont ainsi discutés et réorientés à partir de résultats de recherches réalisées dans des parcours de formations et de recherches universitaires.

Le statut des savoirs

« Certains savoirs souvent acquis par immersion, mimétisme et autodidactie se sont automatisés de manière plutôt dogmatique chez les élèves et se constituent en obstacles à l'étude et à l'appropriation du savoir scientifique. Si les conceptions de l'élève se révèlent incompatibles, voire contradictoires, avec le savoir enseigné, elles résisteront alors à l'apprentissage [1,3,7,8].

Si les savoirs acquis par immersion sont contraires aux savoirs scientifiques, ou si la culture de l'élève est contradictoire ou incompatible avec ces savoirs scientifiques, il y a obstacle. « *L'obstacle est enraciné au niveau social, cognitif, affectif, expérientiel* ». Il devient alors pertinent d'utiliser des dispositifs didactiques pour déconstruire un schéma (mettre en crise), et reconstruire autre chose. Le praticien, ou le formateur, cherchent à identifier les obstacles réguliers ou spécifiques en fonction de la pathologie ou du problème auquel le patient, ou le formé, sont confrontés.

Les savoirs obstacles

Pour BACHELARD [3] « *On connaît contre une connaissance antérieure, en détruisant les connaissances mal faites, en surmontant ce qui, dans l'esprit même fait obstacle à la spiritualisation* ». MEIRIEU [9] estime que « Comprendre pourquoi un sujet développe telle conduite et l'amener à saisir pour quoi il peut agir, pour quoi il peut forcer, c'est l'inscrire dans un référentiel aussi bien d'évaluation que de projet ».

BROUSSEAU [10] insiste sur l'importance de « *considérer les obstacles ensembles du point de vue de leur relation et de considérer plus les caractéristiques sociales et culturelles des obstacles que leur aspect simplement psychologique et cognitif* ». Il décrit l'obstacle comme une connaissance fautive et incomplète, valide et efficace dans un domaine particulier ; l'obstacle résiste et réapparaît, il est constitutif du savoir, « il peut résulter de circonstances culturelles sociales économiques... qui l'actualisent en conceptions ».

L'identification des obstacles à l'apprentissage des professionnels de santé au passage d'un modèle bio-médical à un modèle de santé global non positiviste pourrait permettre aux formateurs de co-construire avec ces professionnels en formation les outils qui leur permettront de dépasser ces obstacles.

Il s'agit bien du processus d'autonomie recherché par l'éducation pour le malade, « *aider le patient à se libérer de la dépendance vis à vis des professionnels de santé et des comportements nuisibles pour sa santé* » [11]. « *Apprendre non pas pour savoir, mais apprendre pour pouvoir gagner en indépendance* » [1]. « *Toute connaissance comporte en elle le risque de l'erreur et de l'illusion* » nous dit MORIN [12], et « *Quand il se présente à la culture scientifique, l'esprit n'est jamais jeune* » [2].

Les praticiens utiliseraient deux types de savoirs. Des savoirs savants issus de théories, et des savoirs pratiques ou d'action [13, 14]: cependant, « *l'inefficacité de l'action est souvent due à un écart entre les savoirs savants et les pratiques, ou les savoirs issus de la pratique.* » [15]

Pour GATTO [10] « *chaque mode de traitement de l'information comprend quatre attitudes cognitives ou manière d'accueillir et de traiter les informations qui parviennent du monde intérieur et du monde extérieur. Le dogmatisme correspond plutôt à un savoir enraciné par mimétisme, autodidactie ou enseignement basé sur un socle théorique béhavioriste et un modèle d'évaluation contrôle alors que le non dogmatisme correspond plutôt à un savoir stabilisé par mimétisme, autodidactie ou enseignement basé sur un socle théorique socioconstructiviste et un modèle d'évaluation questionnement. Il est difficile de faire évoluer un savoir dogmatique par un enseignement contraire à ce savoir de manière dogmatique* »¹⁶. « *Le paradigme dogmatique a pour finalité, à travers le mode de formulation, de distanciation par rapport au savoir, d'établissement de la preuve et de la relation à la subjectivité, d'éterniser le savoir et, par voie de conséquence, une culture kinésithérapique. Le paradigme non dogmatique au contraire, a pour visée de rendre le savoir évolutif ; il se trouve plutôt associé à une culture et une institution en devenir* » [5].

Certains savoirs expérientiels sont constitués en obstacles, car contraires aux savoirs scientifiques, et formulés sur un mode dogmatique [4]. Ils empêchent l'apprentissage par

le biais d'une pédagogie traditionnelle (béhaviorisme), qui ne semble pas être la méthode la plus adaptée pour faire évoluer les savoirs des patients et des professionnels. Les formations proposées aux professionnels pourraient prendre en considération ces éléments théoriques pour optimiser la pratique auprès des patients.

Objectifs de la recherche

Le travail présenté visait initialement à interroger les kinésithérapeutes sur un certain nombre de leurs savoirs à partir des travaux de Gatto [1], en lien avec la prise en charge des enfants atteints de bronchiolite, de manière à distinguer dans leurs réponses :

- Les savoirs valides (réponse conforme aux savoirs scientifiques et références actuelles de bonnes pratiques)
- Les savoirs non-valides, qui pouvaient être exprimés :
 - o Soit sur un mode dogmatique, par l'énonciation affirmative forte d'un savoir-obstacle non-conforme au savoir scientifique
 - o Soit sur un mode non-dogmatique, par l'expression d'un doute ou explicite d'une ignorance (« je ne sais pas »)

Il s'agissait également de repérer, parmi un certain nombre de facteurs (caractéristiques socio-démographiques, mode d'exercice, formation etc.) ceux qui étaient associés à une plus ou moins forte tendance globale à la mobilisation de savoirs valides, ou invalides exprimés sur un mode dogmatique ou non-dogmatique.

Recueil et traitement des données

Un questionnaire a été proposé à 260 kinésithérapeutes de ville, à l'occasion d'une réunion professionnelle, ou d'une séquence de formation continue. Renseigné sur place, le questionnaire était rendu avant que ne soit abordé par l'intervenant l'objet de la réunion.

Un total de 243 questionnaires a été retenu.

Le tableau suivant permet une synthèse des caractéristiques de ce travail (in Gatto et Eymard, 2006) [17].

Objectifs de la recherche	Modèles et théories convoquées	Population observée	Méthode et dispositif de recherche	Principaux résultats
<p>¹Identifier les savoirs des professionnels de santé en exercice conformes ou contraires aux savoirs savants médico-Kinésithérapiques</p> <p>Identifier la force du dogmatisme dans leur mode d'expression</p>	<p>Théories de l'apprentissage</p> <p>Modèles de la santé et de l'éducation en santé</p> <p>Epistémologie de la connaissance</p> <p>Modèles de l'évaluation</p>	<p>260 kinésithérapeutes de ville.</p>	<p>Méthode différentielle</p> <p>Questionnaire de 30 items sous forme de QCM</p> <p>Utilisation des logiciels excel et statistica V6.0</p>	<p>Savoirs conformes au savoir scientifique : 60%</p> <p>Savoirs non référencés par rapport au savoir scientifique : Non cherché</p> <p>Savoirs contraires au savoir scientifique (PTDI) : 30%</p> <p>Non réponse : 10%</p>

Résultats et discussion

Un certain nombre de savoirs exprimés peuvent surprendre (encadré ci-dessous). Ils montrent que certains MK ne possèdent pas les savoirs scientifiques à transmettre aux patients (absence de connaissances et/ou connaissances contraires et/ou connaissances erronées).

40,7% des kinésithérapeutes interrogés pensent qu'il n'est pas utile de nettoyer son plan de travail entre chaque patient, ou qu'une désinfection par jour est suffisante.

Seulement 24,3% des praticiens interrogés pensent qu'embrasser un enfant sur le visage peut comporter un risque de transmission de la bronchiolite.

95,9% des kinésithérapeutes de notre série ne savent pas comment se comporter vis-à-vis de leur protection par rapport aux virus de la bronchiolite (réponses invalides), mais aucun ne répond qu'il ne sait pas.

Moins de la moitié des praticiens (48,6%) savent qu'il est préférable d'installer l'enfant sur un plan incliné pour la séance de kinésithérapie.

10,7% pensent que l'enfant est atteint de bronchiolite parce qu'il a pris froid, 44% ne retiennent pas la contamination comme facteur de responsabilité d'une bronchiolite.

Moins de la moitié des praticiens (46,1%, 46,9%, 46,1%) savent que le virus se transmet par les mains, les objets souillés, les baisers sur le visage. Ils sont 23,9% à penser que l'air ambiant est contaminant.

51% pensent que les parents ne sont pas en capacité de surveiller l'obstruction nasale de leur nourrisson

25,9% des kinésithérapeutes interrogés pensent qu'il est utile de laver systématiquement le nez des enfants, plusieurs fois par jour, à grand volume et grande pression.

11,1% des kinésithérapeutes, c'est-à-dire un peu plus d'1 praticien sur 10 est persuadé que la kinésithérapie respiratoire est supérieure en efficacité aux thérapeutiques inhalées.

20% des kinésithérapeutes estiment qu'une séance doit durer un temps minimal (10 minutes).

47,3% d'entre eux, soit près d'1 sur 2 commencent systématiquement leur séance par des manœuvres stéréotypées, et seulement 50,2% déclarent adapter leur gestuelle à l'enfant.

Il n'y a que 8,6% des kinésithérapeutes qui pensent que la température de la chambre à coucher de l'enfant doit être adaptée à une perception de confort. Pour près d'1 sur 2, c'est la mesure donnée par le thermomètre qui compte.

13,6% pensent que parfumer la chambre de l'enfant avec de l'eucalyptus placé dans un bol d'eau est efficace pour humidifier l'atmosphère de cette chambre.

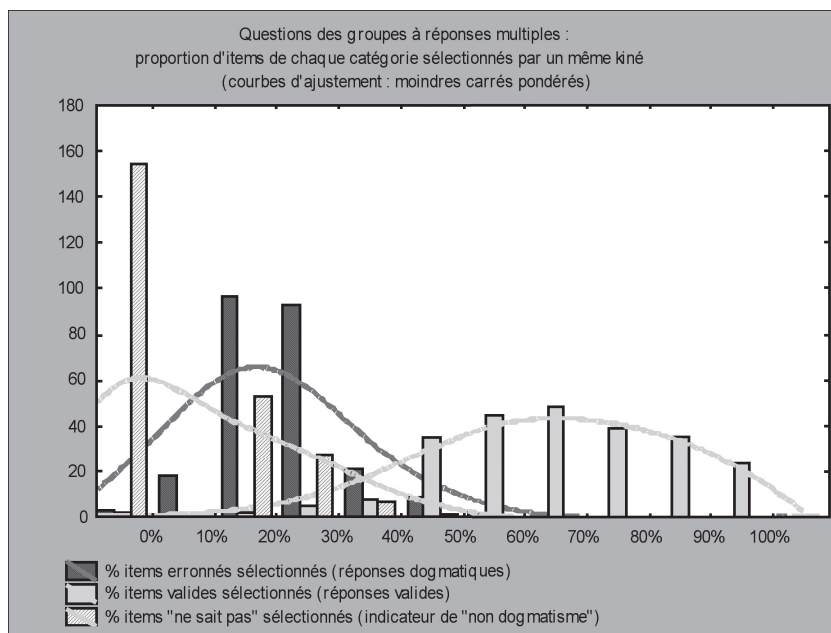
« Insister avec force sur les erreurs réalisées par les parents, féliciter quand ils observent les prescriptions » recueille 17,3% des suffrages. La proposition « Rassurer les parents en leur disant que l'on sera toujours là... », convient à 23,9% des praticiens.

¹ Recherche réalisée par D. Pelca dans le cadre d'un Master 2 en sciences de l'éducation

Un indicateur global individuel de positionnement par rapport aux savoirs a été calculé pour chaque kinésithérapeute, sur la base d'un sous-ensemble de questions paraissant ex post méthodologiquement plus robustes. Ainsi, chaque kinésithérapeute s'est vu attribuer trois scores :

- Score « savoir valide »
- Score « savoir invalide exprimé sur un mode dogmatique »
- Score dit 'de non dogmatisme' correspondant au savoir invalide exprimé sur un mode non-dogmatique, en l'espèce se traduisant par des réponses de type « je ne sais pas ».

Le niveau de savoir valide global des kinésithérapeutes demeure, selon ces indicateurs, globalement correct (graphique ci-dessous). Il n'a pas été testé dans ce travail le caractère dogmatique ou non dogmatique des « savoirs valides ».



Le contraste entre ce niveau globalement correct et la fréquence des erreurs signalées en encadré ne doit pas surprendre. Cela traduit selon toute vraisemblance le fait que ce ne sont en général pas les mêmes personnes qui « cumulent » toutes les erreurs, mais que chacun possède un ou deux savoirs-obstacles.

Il a été cherché de manière systématique, en analyse uni variée, des facteurs prédictifs de ces différents scores (tests de Student dans le cas de variables explicatives dichotomiques, ou de Bravais-Pearson pour ce qui est de l'âge).

Les seuls facteurs retrouvés comme influençant de manière significative ($p < 0,05$ et en deçà) un ou plusieurs des trois scores sont de trois types :

- D'une part, celles liées à la formation :
 - Formation continue (ne pas en avoir suivi vs. en avoir suivi 1 ou plus)
 - Formation longue (oui vs. non)
 - Formation en sciences de l'éducation (oui vs. non)
- D'autre part, celles liées à l'environnement professionnel :
 - Avoir ou non un correspondant pneumo pédiatre
 - Avoir ou non une expérience hospitalière en pédiatrie
 - Participer ou non à un réseau de santé
- Enfin, le volume de l'activité dédié spécifiquement à la kinésithérapie respiratoire pédiatrique (moins de 30% de l'activité totale vs. 30% ou plus).

Les résultats de ces croisements figurent dans les trois tableaux de synthèse suivants.

Tableau 1 : impact des variables explicatives sur le score de savoir valide

Variables explicatives	% items valides (score de savoir valide)		p	conclusion
	Oui	Non		
Exp. Pédiatrique hospitalière	68%	61%	<0,001	significatif
	<30%	>=30%		
AKRP.	63%	67%	0,06	NS (limite)
	Oui	Non		
Correspondant pneumo pédiatre	69%	62%	0,03	significatif
	Oui	Non		
Participe à un réseau	67%	59%	<0,001	significatif
	Oui	Non		
A une formation complémentaire	65%	61%	0,18	NS
	Oui	Non		
A une formation compl. longue	70%	63%	0,02	significatif
	Oui	Non		
A une formation en sciences de l'éducation.	70%	63%	0,04	significatif
	Oui	Non		

Il est observé un effet favorable sur le niveau de savoir valide des facteurs suivants : praticien possédant une expérience pédiatrique hospitalière, déclarant avoir un correspondant pneumo pédiatre, participant à un réseau de santé (sans précision du réseau), ayant suivi une formation complémentaire longue, ayant participé à une formation aux sciences de l'éducation.

Les autres facteurs n'ont aucun effet significatif.

Il n'est pas mis en évidence de facteur exerçant un effet défavorable.

Tableau 2 : impact des variables explicatives sur le score de savoir non-conforme exprimé sur un mode dogmatique

Variables explicatives	% items invalides (score de savoir non-conforme exprimé sur mode dogmatique)		p	conclusion
	Oui	Non		
Exp. Pédiatrique hospitalière	21%	22%	0,46	NS
	Oui	Non		
AKRP.	21%	22%	0,7	NS
	<30%	>=30%		
Correspondant pneumo pédiatre	21%	21%	0,68	NS
	Oui	Non		
Participe à un réseau	21%	22%	0,38	NS
	Oui	Non		
A une formation complémentaire	21%	23%	0,37	NS
	Oui	Non		
A une formation compl. longue	17%	22%	0,0012	significatif
	Oui	Non		
A une formation en sciences de l'éducation.	14%	22%	<0,001	significatif
	Oui	Non		

Deux facteurs ont un effet significatif, favorable, en étant prédictifs d'une mobilisation moins importante de savoirs non-conformes exprimés sur un mode dogmatique. Il s'agit du fait d'avoir suivi une formation complémentaire longue ou une formation aux sciences de l'éducation. Les autres facteurs n'ont pas d'effet statistiquement significatif.

Tableau 3 : impact des variables sur le score de savoir non-conforme exprimé sur un mode non dogmatique

Variables explicatives	% items «Ne sait pas» (dit indice de «non dogmatisme»)		p	conclusion
	Oui	Non		
Exp. Pédiatrique hospitalière	4%	8%	<0,001	significatif
	Oui	Non		
Volume d'activité dédié à la kiné respi. pédiatrique.	8%	3%	0,0019	significatif
	<30%	>=30%		
Correspondant pneumo pédiatre	5%	7%	0,15	NS
	Oui	Non		
Participe à un réseau	5%	9%	<0,001	significatif
	Oui	Non		
A une formation complémentaire	6%	10%	0,013	significatif
	Oui	Non		
A une formation compl. longue	6%	7%	0,78	NS
	Oui	Non		
A une formation en sciences de l'éducation.	9%	7%	0,33	NS
	Oui	Non		

Il est intéressant de noter que les facteurs qui, préalablement, exerçaient un effet « favorable » exercent ici au contraire un effet « pervers » puisque dans les trois cas où il est trouvé un effet significatif (expérience pédiatrique hospitalière, participation à un réseau de santé, avoir suivi au moins une formation complémentaire) celui-ci se manifeste sous la forme d'une diminution de l'indice de « non dogmatisme »².

Pour plus de lisibilité, les trois tableaux précédents ont été regroupés (ci-dessous), afin de synthétiser l'influence de chacune des variables à chacun des trois niveaux de savoir.

Pour chacune des variables des tableaux précédents, il était cherché à savoir si celle-ci était ou non associée significativement à :

- Un score plus élevé de savoir valide.
- Un score moins élevé de savoir invalide exprimé sous forme dogmatique.
- Un 'score de non dogmatisme' plus faible.

Facteurs prédictifs	Effet favorable		Effet pervers
	augmente savoir valide	diminue savoir invalide	diminue remise en cause de ses savoirs ('score de non dogmatisme')
Formation complémentaire longue	oui	oui	Non
Formation Sciences de l'éducation	oui	oui	Non
Correspondant pneumo pédiatre	oui	non	Non
Réseau	oui	non	Oui
Exp. Pédiatrique hospitalière.	oui	non	Oui
Activité kinésithérapique respiratoire pédiatrique >30%	oui probable ³	non	Oui
Avoir suivi au moins une formation complémentaire quelle qu'elle soit	non	non	Oui

Quatre types principaux de facteurs sont mis en évidence:

- Les facteurs associés à une amélioration des savoirs sans effet délétère sur la capacité à remettre en cause ses savoirs : il s'agit du fait d'avoir suivi une formation complémentaire longue ou une formation en sciences de l'éducation.
- Le fait d'avoir un correspondant pneumo pédiatre, facteur spécifique qui est associé à une augmentation du savoir valide sans diminution des savoirs-obstacles mais sans non plus induire un excès de confiance en ses savoirs qui diminuerait la capacité à les remettre en cause
- Les facteurs associés à une augmentation des savoirs valides, mais sans diminution des savoirs obstacles, et associés par ailleurs à ce qui pourrait être appelé un « effet confiance en soi », se traduisant par une diminution de l'indice de non dogmatisme. Il s'agit ici de la forte activité kinésithérapique respiratoire pédiatrique, de la participation à un réseau ou de l'expérience pédiatrique hospitalière.
- Enfin, le fait d'avoir suivi une ou plusieurs formations complémentaires, tous types confondus, qui n'est associé qu'à une diminution de l'indice de non dogmatisme.

² Il est clair qu'existe un biais méthodologique à ce niveau. En effet, par construction, s'ils existaient (ce qui n'est pas le cas) les individus « tout sachant » ayant un score de réponses valides à 100%, n'auraient jamais l'occasion d'exprimer le fait qu'ils « ne savent pas » et auraient donc un 'indice de non dogmatisme plus faible'. Toutefois, le biais opère pas nature avec la même force quelle que soit la variable explicative considérée ; il demeure donc acceptable ici car non-différentiel.

Ce dernier point est évidemment à rapprocher du premier pour l'opposer, mettant en évidence un rôle très probablement délétère des formations courtes, dont il paraît raisonnable de supposer, à la lumière de ce travail, qu'elles présentent le double risque, d'une part de ne pas permettre un questionnement suffisant pour que les savoirs évoluent et d'autre part d'induire le sentiment « que l'on sait », avec pour corollaire une plus grande difficulté à remettre en cause les savoirs, éventuellement erronés intériorisés. Il serait alors intéressant de prolonger l'étude afin de tester la manière dont les professionnels de ce groupe se comportent avec leurs patients.

Nous trouvons là un renfort à notre discours initial au sein du réseau ARB, qui défend le fait que nous ne cherchons pas à regrouper des professionnels experts, ou spécialistes, en général autoproclamés, mais des professionnels compétents car formés, conscients de leurs valeurs mais aussi de leurs limites.

Le croisement de ces données avec la posture (au sens d'ARDOINO) [18] de ces catégories de professionnels pourrait présenter un intérêt. Peut-on corréler ces variables avec la posture d'agent, d'acteur ou d'auteur préférentielle du professionnel ?

Conclusion

Cette recherche nous apporte des pistes de réflexion et de travail opérationnels pour faire évoluer les futures formations, au sein du Réseau Bronchiolite ARB en particulier. Certains MK transmettent des savoirs erronés aux patients et certains transmettent des savoirs sous une forme dogmatique. Une formation des MK réalisée par des formateurs compétents est nécessaire pour améliorer la qualité des soins.

Il nous semble pertinent, au regard de ces premiers résultats, de concevoir le projet de formation au sein du Réseau Bronchiolite au travers de séquences cohérentes et suffisamment rapprochées pour constituer un cursus. Notre choix de partenariat avec l'Université, concrétisé lors des formations de formateurs du réseau apparaît validé.

L'objectif de partage, mis en avant dans les valeurs du réseau, peut se concrétiser à travers la communication entre les acteurs, et constituer lui aussi un indicateur de plus value pour les professionnels, au service des patients.

Nous signalons ici que seuls les savoirs non-conformes exprimés sur un mode dogmatique ont été repérés. A l'avenir il sera également repéré les savoirs valides, qui peuvent eux aussi être exprimés sur un mode dogmatique, et qui se constituent aussi probablement comme obstacles à la transmission de connaissances auprès des patients pour lesquels ils ne sont pas considérés comme conformes.

³ Stricto sensu, c'est « non » ($p=0,06$) mais on se trouve ici très proche de la limite de la significativité.

Références bibliographiques

- [1] GATTO, 2004. *Evaluer, apprendre et enseigner le savoir de la santé*. Synthèse pour l'habilitation à diriger les recherches en sciences de l'éducation. Université de Corse, Corte, France.
- [2] GATTO, 2005. *Enseigner la santé*. L'Harmattan.
- [3] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- [4] BACHELARD, 1938. *La formation de l'esprit scientifique*. Librairie Philosophique Vrin.
- [5] PELCA, 2005, *Mémoire de Master 2*, Université de Corse, Corte, France.
- [6] FAUSSER C, PELCA D, EVENOU D, LABRUNE Ph, GATTO F, *Les savoirs académiques et les bonnes pratiques en kinésithérapie respiratoire pédiatrique*, entretiens de Bichat, PARIS, Sept 2005.
- [7] JOSHUA S. et DUPIN JJ, *introduction à la didactique des sciences et des mathématiques*, PUF, 1993.
- [8] BROUSSEAU G. *Théorie des situations didactiques*. La pensée sauvage, Grenoble, 1998.
- [9] MEIRIEU, 1989. *Différencier la pédagogie en E. P. S.* Conférence. Dossier E.P.S.; n° 7. Paris : édition René.
- [10] BROUSSEAU, 1998. *Education pour la santé, concepts, enjeux, planification*. De Boeck, coll « Savoirs et santé », Bruxelles.
- [11] GATTO et RAVENSTEIN, 2003. *Pour une didactique des sciences et techniques de la santé : l'exemple de la lombalgie*. Recherche en Kinésithérapie n° 1. Société de Presse en Kinésithérapie (SPEK). pp. 17-27.
- [12] MORIN, 2001. *La méthode : tome 4 : les idées, leur habitat, leur vie, leurs moeurs, leur organisation*. Le Seuil, Paris.
- [13] CHRIS ARGYRIS ET DONALD A. SCHÖN. *Theory in practice : increasing professional effectiveness*. San Francisco : Jossey Wesley 1974.
- CHRIS ARGYRIS ET DONALD A. SCHÖN. *Organizational learning: a theory of action perspective*. Reading M.A. Addison Wesley, 1978
- [14] SCHÖN DA. *Le praticien réflexif*. Montréal : logiques1994.
- SCHÖN DA. *Le tournant réflexif*. Pratiques éducatives et études de cas. Montréal : Logiques, 1996
- [15] EYMARD C, GATTO F, DODERO JC et PLAT F, 2005. *Exister avec le diabète de type 1*. L'éducation à la santé face aux savoirs expérientiels des patients. « Diabète et Education ».
- [16] GATTO, 1999. *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 de Provence, Aix - Marseille 1.
- [17] GATTO F et EYMARD C, *Didactique des savoirs en santé. Recherches en Kinésithérapie n°4*. Société de Presse en Kinésithérapie.pp11-25, 2006.
- [18] ARDOINO J, 1993. *L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives. Pratiques de Formation-Analyses*, Université Paris 8, Formation Permanente, N° 25-26, Janvier-Décembre

Résumé :

La bronchiolite aiguë du nourrisson constitue un problème de santé publique pour lequel les kinésithérapeutes sont fortement impliqués et engagés. L'exercice professionnel évolue pour répondre à cette problématique, et l'émergence des réseaux de santé organise certaines conditions de cette évolution. Parallèlement, la posture du kinésithérapeute dans le paysage des professions de santé se modifie sous l'effet d'une dynamique qui trouve sa source dans la volonté des kinésithérapeutes eux mêmes, mais aussi dans l'évolution du cadre juridique, du projet politique de santé des institutions. Le changement qui s'opère nécessite une prise de conscience de certains freins à sa réalisation. Le statut des savoirs et des savoir-faire des kinésithérapeutes est un déterminant de ce changement. A travers un questionnaire administré à 260 kinésithérapeutes de ville rencontrés lors de soirées d'informations ou à l'occasion d'une formation continue il a été étudié le statut des savoirs utilisés par les kinésithérapeutes réalisant l'accompagnement thérapeutico-éducatif des nourrissons atteints de bronchiolite et de leur famille.

Les résultats montrent que la qualité de la formation constitue de façon très hautement significative un critère de différenciation sur la qualité des pratiques et des savoirs des MK.

Ainsi apparaît un argument supplémentaire de santé publique à l'intérêt d'une démarche dialogique fusionnant les savoirs biomédicaux et les savoirs des sciences de l'éducation dans la formation des kinésithérapeutes du XXI^{ème} siècle. Cette fusion nécessaire à la qualité des soins peut se réaliser et s'optimiser par la création d'une nouvelle discipline dirigée et organisée par la profession de Masseur-Kinésithérapeute (GATTO [1]).

