

ETAT DES LIEUX ET INFLUENCE DE L'EXPÉRIENCE ET DE LA FORMATION CONTINUE DES MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX SUR LE REGISTRE DE L'ÉVALUATION ET DES MODÈLES DE SANTÉ

O. PLISSON

Problématique

L'individu est singulier, son évaluation est singulière, dans l'imprévisible ; le chemin n'est pas tracé à l'avance et l'acte technique normé, issu d'un bilan normé, ne représente certainement pas la part importante de l'acte de soin et de l'acte éducatif que veut bien nous faire croire les référentiels de bonne pratique. Le savoir enseigné consistant en une accumulation de mesures, de tests, de chiffres, de scores amenant des protocoles reste certes nécessaire, mais non suffisant. Utiliser des méthodes quantitatives parce qu'elles existent et non parce qu'elles sont forcément adaptées est une propension générale de nos sociétés contemporaines qui ont besoin de la mesure pour évaluer ; tant pis si elle est fautive ou inappropriée. Qu'importe souvent l'exactitude pourvu qu'il y ait des chiffres.

Ce sont essentiellement nos qualités d'être qui sont sollicitées pour favoriser l'accompagnement thérapeutique et éducatif, en évaluant *autre chose*, grâce à l'instauration d'un climat facilitateur. Ce climat résulte de la mise en œuvre de certaines attitudes à l'égard de l'autre : Communication, empathie, congruence, acceptation positive inconditionnelle, écoute, reformulation, questionnement... l'évaluation en vue de cet accompagnement semble être un processus complexe amenant une évaluation complexe qui se doit donc de prendre en compte le contexte global de l'individu.

La question de recherche

Peut-on dégager un *style* préférentiel chez les masseurs kinésithérapeutes ?

La première question de recherche est d'essayer de mettre en évidence une tendance pour ces professionnels à se positionner dans un paradigme non positiviste de santé globale et d'évaluation-questionnement.

Le deuxième sujet de recherche sera d'infirmer ou de confirmer l'hypothèse que l'expérience en terme d'années de pratique positionne les professionnels dans un paradigme non positiviste de santé globale et d'évaluation-questionnement.

Le troisième sujet de recherche sera d'infirmer ou de confirmer l'hypothèse que le fait d'acquérir des qualifications complémentaires nous positionne également dans un paradigme non positiviste de santé globale et d'évaluation-questionnement.

1. Matrice théorique

Ce travail de recherche a nécessité la construction d'une matrice théorique à partir de critères et d'indicateurs sur le registre de l'évaluation et des modèles de santé.

En ce qui concerne l'évaluation, sont mis en opposition l'évaluation contrôle et l'évaluation questionnement.

Les réponses à la question, qu'est-ce que l'évaluation, ont donné lieu à une abondante littérature qui montre à quel point il est difficile d'y répondre.

1.1. L'évaluation comme logique de contrôle : Ici, évaluation voudra dire mesurer, situer sur une échelle, hiérarchiser, trier, instaurer un rapport de causalité, régularisation, objectivité... Les enseignements théoriques et pratiques de la formation sont principalement bâtis sur l'accumulation de savoirs enseignés de façon frontale et dogmatique avec une alternance de travaux dirigés et de cours magistraux. « *Le dogmatisme correspond plutôt à un savoir enraciné par mimétisme, autodidacté ou enseignement basé sur un socle théorique behavioriste et un modèle d'évaluation contrôle...* » (Gatto, 1999).

Le risque sera de ne pas sortir de cette logique et comme l'écrit Bachelard (1938), « *la cohérence d'un système de pensée, ses succès antérieurs, la force de l'habitude peuvent venir figer la pensée dans un certain cadre et l'empêcher d'imaginer que certains éléments du système pourraient être différents de ce que l'on a considéré qu'ils étaient jusque là. Cette limitation est en général implicite, on ne peut même pas l'imaginer et donc la penser.*»

L'évaluation « comme mesure » focalisée sur les produits veut répondre à la question : Qu'est-ce que ça vaut ? (ce que nous faisons), résoudre le problème de la valeur à accorder à tel ou tel acte passe ici par la situation sur une échelle de mesure (Bonniolet et Vial, 1997) . Il suffit d'agir sur la cause pour que les effets disparaissent. On retiendra malgré tout que l'évaluation contrôle/mesure est une nécessité pour la visualisation des déficiences, des incapacités du patient. Aucun traitement ne pourrait être entrepris sans elle mais comme l'écrit Bachelard, « *Il faut réfléchir pour mesurer et non pas mesurer pour réfléchir.*»

1.2. L'évaluation comme logique du reste : Ici, évaluation voudra dire questionnement, appropriation, autonomisation, subjectivité, régulation, imprévisibilité. Pour Vial (2005) « *la valeur est plurielle et sera en débat dans l'activité.*»

En effet, l'individu dans sa globalité ne voudra pas dire uniquement lui-même. On accordera aussi une importance aux différents systèmes dont il fait parti (familial, professionnel, social, etc.). Il sera influencé à la fois par ses intentions (projet de vie, motivation), celles des autres, et celles des possibilités du milieu et/ou du système. On travaillera en permanence en aller et retour entre le contrôle et le processus, dans la régulation complexe. Pour Gatto (2005): « *La pensée et la régulation complexe consiste à conjuguer, articuler, à mettre en lien deux logiques contradictoires : la logique de contrôle dont le but est de vérifier, attester, prouver, et la logique d'évaluation dont le but est d'aider au développement des capacités et de la démarche ainsi qu'à la promotion du sens.*»

L'évaluation devient donc une problématisation qui met l'accent sur la question du sens. On pourrait définir l'acte de soin comme une boucle rétroactive d'évaluation-questionnement, d'évaluation-action, d'évaluation-régulation qui nécessite de savoir pratiquer un geste technique, un **geste** communicatif (verbal, attitude, écoute...) un **geste** compréhensif (de soi, de l'autre), un **geste** situationnel (contexte familial, social). Tout individu, qu'il soit professionnel ou patient est singulier et amènera autant d'évaluations singulières qui privilégieront tantôt le contrôle, tantôt le reste. La standardisation paraît difficile.

En ce qui concerne les modèles de santé, il est mis en opposition le modèle biomédical avec le modèle de santé global.

De tout temps, le domaine de la Santé a été considéré comme primordial dans toutes les sociétés. Le concept de santé est variable et plusieurs acceptions coexistent : santé comme absence de maladie (mesurée par la présence ou l'absence de certains indicateurs de maladie et parfois de risques). Santé comme état biologique souhaitable (physique et mental, mesurable par des indicateurs biophysiques). Santé biopsychosociale comme l'OMS la définit dès 1946 : « état complet de bien-être physique, mental et social, et pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité. » Santé comme capacité d'une personne à gérer sa vie et son environnement, c'est-à-dire à mobiliser ses ressources personnelles (physiques et mentales) et sociales en vue de répondre aux nécessités de la vie. Elle véhicule une vision globale multidimensionnelle de l'homme.

On peut dissocier deux modèles de santé entre lesquels s'intercale le modèle social.

1.3. Le modèle biomédical correspond au traitement curatif de la maladie et a pour objectif de corriger la déficience ; c'est le traitement de la maladie dans une vision organiciste de celle-ci. « Dans ce modèle, l'individu est ramené à un organe que l'on soigne comme une machine que l'on peut démonter, réparer et reconstruire. Tout est protocolisé et systématisé. L'erreur ici est fautive, elle sera culpabilisante » (Gatto, 2005). On favorisera l'approche béhavioriste pour la démarche éducative, en recherchant l'adhésion à la prescription, par les renforcements positifs et négatifs. En outre, l'approche strictement béhavioriste exclut la possibilité de partir des intérêts des patients, de leurs aspirations, et pas seulement de leurs craintes. En cela, elle est contradictoire avec les principes de la « promotion de la santé » qui visent aussi le maintien et l'amélioration de la « bonne santé » par une approche participative de l'éducation pour la santé, c'est-à-dire dans laquelle les patients sont placés en situation de décideurs ou de co-décideurs avec les professionnels, tant pour la détermination des questions et sujets de santé à traiter que pour le choix des méthodes et des moyens.

Le *modèle intermédiaire* : c'est le modèle social qui voit se développer en France le système de protection sociale et d'assurance maladie pour tous, avec pour corollaire, la création de dispositifs d'aide à la réinsertion sociale comme la COTOREP (commission technique d'orientation et de reclassement professionnel), qui, depuis 2005 est remplacée par la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées).

Le modèle biomédical et social tenant peu compte des paramètres humains du patient, il est apparu nécessaire d'évoluer vers le modèle de santé global.

1.4. Le modèle de santé global.

Pour Gatto (2005), « *Le troisième modèle de santé englobe les deux précédents. Il ne les rejette pas, mais permet leur articulation et leur coordination. Cette nouvelle vision de la santé est appelée promotion de la santé.* », pour l'OMS (1986) « *La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.* »

On se situe ici dans une logique phénoménologique qui sera caractérisée par la recherche de sens et qui s'attachera à recueillir des données qualitatives en regardant la singularité de chacun. On opposera explication causale à compréhension. Le patient devient co-auteur (Gatto, 2005) avec le thérapeute puisqu'il crée dans la relation de soin et réoriente avec le thérapeute le projet et le programme.

Le patient devient co-décideur, car il pourra décider d'arrêter le programme thérapeutique, ceci en adéquation avec la loi du 04 mars 2002.

L'éducation pour la santé y est une des stratégies importantes et vise le renforcement des capacités individuelles à agir vis-à-vis de sa santé et pour l'optimisation de son autonomie. C'est bien l'autonomie du patient qui est la visée, elle sera effective quand le patient sera en

mesure de s'auto questionner et non plus seulement de s'auto contrôler. Il n'y a plus le bon mouvement, le bon geste, mais le geste et l'attitude qui ont du sens pour et dans la vie de tous les jours.

2. Choix de la méthode

La méthode choisie, vu le thème de recherche, est la méthode différentielle. « *La méthode différentielle cherche soit à construire des catégorisations stables de sujets, des listes de procédures mises en œuvre par les individus dans des situations identiques, soit à étudier la variabilité d'un individu dans de situations différentes* » (Eymard, 2003) et également de dégager un style qui « *concernent les préférences que manifestent les individus à recourir à un ou plusieurs types de processus plutôt qu'à d'autres pour agir sur l'environnement* » (Eymard) .

Différentes variables peuvent être travaillées : les variables interindividuelles, les variables intergroupes et les variables intra-individuelles.

3. Dispositif de recherche

3.1. Population

Critères d'inclusion.

Il a été procédé à un choix de masseurs kinésithérapeutes exerçant une activité libérale et mixte (Salarié et libéral).

Critères d'exclusion.

Il a été exclu les masseurs kinésithérapeutes exerçant uniquement à titre salarié.

3.2. L'outil d'enquête

C'est un questionnaire, théorisé à partir de la matrice théorique, avec des questions fermées et préformées.

3.3. Le questionnaire.

38 questions composent ce questionnaire :

Les six premières questions serviront de variables différentielles.

18 questions vont permettre de renseigner dans quel modèle de santé se positionnent préférentiellement les professionnels.

11 questions vont permettre de renseigner dans quel modèle d'évaluation se positionnent préférentiellement les professionnels.

Il est spécifié à chaque question la procédure de choix des réponses.

3.4. Test de l'outil et protocole.

Le questionnaire a été testé sur une population de masseurs kinésithérapeutes libéraux afin de dépister les éventuelles incompréhensions, les questions non pertinentes et les non réponses.

Il a été procédé à l'envoi de 12 questionnaires par courrier avec lettre d'introduction et enveloppe timbrée avec adresse de retour, la totalité du reste (non quantifiable) s'est faite par voie électronique.

3.5. Traitement des données.

44 questionnaires sont exploités.

Le traitement s'est fait par tableau excel. Il est utilisé ensuite différents outils statistiques pour l'analyse des résultats.

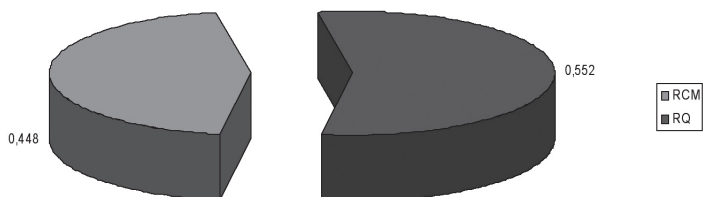
4. Résultats et discussion.

Il est fait en premier lieu une analyse descriptive qualitative à partir des distributions de fréquence des deux thèmes généraux que sont l'évaluation et les modèles de santé.

4.1. Analyse des résultats sur le thème de l'évaluation.

La somme des réponses dans le contrôle est appelée RCM, la somme des réponses dans le questionnement est appelée RQ. Il est fait une distribution de fréquence pour ces résultats.

RCM = 0,448 , RQ = 0,552



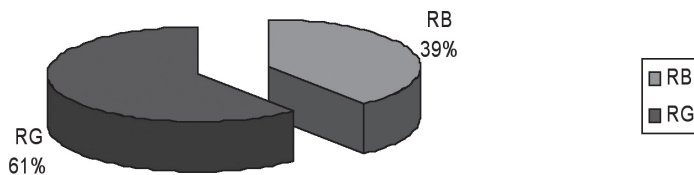
Les masseurs - kinésithérapeutes libéraux ont une tendance générale plus marquée à se positionner dans le modèle d'évaluation-questionnement mais le contrôle et la mesure garderaient une place apparemment assez importante dans leur approche évaluative.

4.2. Analyse des résultats sur le thème des modèles de santé.

RB (Modèle biomédical) = 0,391 (39,1%),

RG (Modèle global) = 0,606 (60,60 %),

NR (Non réponses) = 0,003 (0,3 %), quantité négligeable non retranscrite.



Les masseurs kinésithérapeutes libéraux se positionnent dans le modèle de santé global mais le positionnement dans le modèle biomédical curatif n'est pas négligeable. Les résultats des distributions de fréquence semblent cohérents au vu des résultats obtenus dans le cadre de l'évaluation.

4.3. Corrélation entre le thème de l'évaluation et les modèles de santé :

Il est fait une recherche de corrélation par le coefficient r de Bravais Pearson à partir des moyennes calculées de chaque questionnaire dans les deux thèmes de l'évaluation et des modèles de santé.

Coéf. de corrélation	0,60
ddl: $n-2 = 42$	42
t théorique, $p = \alpha 0.01$	0,39
Fortement corrélé.	

Les résultats montrent une forte corrélation. En toute logique, les professionnels qui se positionnent dans le modèle d'évaluation-questionnement se retrouveront probablement dans le modèle de santé global mais ce test n'est pas une relation de cause à effet linéaire, certains professionnels pourront se situer à la fois dans le contrôle et le modèle de santé global et inversement, dans le questionnaire et le modèle biomédical.

4.4. Recherche de corrélations avec la variable interindividuelle expérientielle exprimée en nombre d'années de pratique par le test du KHI 2.

Pour toutes les recherches de corrélation intégrant la variable expérientielle, il sera fait trois groupes au lieu de cinq prévus initialement, ceci afin de pouvoir travailler sur des groupes suffisamment représentatifs. Le groupe N° 1 sera composé de professionnels exerçant depuis moins de 6 ans, le groupe N° 2 sera composé de professionnels exerçant entre 6 ans et 15 ans, le groupe N° 3 sera composé de professionnels exerçant depuis plus de 15 ans.

Corrélations	KHI 2 théorique pour $p \leq 0.01$	ddl	KHI 2 trouvé
Variable expérientielle et évaluation	9.21	2	0.92 non significatif
Variable expérientielle et modèles de santé	9.21	2	1.66 non significatif

Les résultats sont non significatifs. Il n'est pas trouvé de lien entre la variable expérientielle et les modèles de l'évaluation. Le positionnement préférentiel dans l'évaluation contrôle ou dans l'évaluation questionnaire ne semble pas être influencé par les années de pratique. Il en est de même en ce qui concerne le positionnement dans les modèles de santé.

4.5. Recherche de corrélations avec la variable interindividuelle qualification supplémentaire par le test du KHI 2.

Les professionnels ayant une qualification supplémentaire sont au nombre de 28. Pour six

professionnels, on constate un positionnement égalitaire dans les modèles de santé. On fera donc une première recherche de corrélation en incluant ces six professionnels dans le groupe de ceux qui sont préférentiellement dans le modèle biomédical puis une seconde recherche de corrélation en les incluant dans le groupe de ceux qui sont préférentiellement dans le modèle de santé global, ceci afin de voir s'ils influencent les résultats.

Corrélations	KHI 2 théorique pour $p \leq 0.01$	ddl	KHI 2 trouvé
Variable qualification supplémentaire et évaluation	6.64	1	0.54 non significatif
Variable qualification supplémentaire et modèles de santé. On choisira de basculer les 6 questionnaires égalitaires dans le groupe du modèle biomédical.	6.64	1	3.51 non significatif
Variable qualification supplémentaire et modèles de santé. On choisira de basculer les 6 questionnaires égalitaires dans le groupe du modèle de santé global.	6.64	1	3.22 non significatif

Les résultats sont non significatifs. Il n'est pas trouvé de lien entre la variable qualification supplémentaire et l'évaluation. Le positionnement préférentiel dans l'évaluation contrôle ou dans l'évaluation questionnement ne semble pas être influencé par le fait d'avoir suivi ou non une formation complémentaire. Il en est de même en ce qui concerne le positionnement dans les modèles de santé.

4.6. Recherche de corrélation entre certains choix de différentes questions.

Il ne semble pas y avoir de relation statistique entre les professionnels qui accordent de l'importance en première intention aux résultats des mesures et des tests et ceux qui recherchent les problèmes physiques de même qu'avec ceux qui vérifient l'efficacité de leur intervention.

Il n'a pu être trouvé un lien entre les professionnels qui considèrent la famille comme un problème et ceux qui font ou non une évaluation de celle-ci.

Il n'a pu être trouvé un lien entre les professionnels qui se situent en première intention dans l'écoute et la communication avec ceux qui accordent de l'importance à la motivation, ceux qui accordent de l'importance aux obstacles, ceux qui accordent de l'importance aux transformations des savoirs du patient, ceux qui se positionnent dans la recherche de sens et de questionnement.

Il semble difficile de ressortir des sous groupes de professionnels ayant des caractéristiques communes. Ceux-ci semblent faire des aller-retour dans les modèles d'évaluation et de santé, en tension permanente, ils paraissent être tout à la fois, sans structuration logique.

5. Critique méthodologique.

Vu le nombre de questionnaires de l'échantillon analysé, il faut rester prudent quant à sa représentativité et à la généralisation des résultats pour l'ensemble des professionnels. La variable interindividuelle qualification supplémentaire n'a pu être sélective également par

insuffisance d'échantillon, ce qui met dans la même catégorie les diplômes universitaires tout niveau confondu avec les formations spécifiques comme l'ostéopathie, la méthode Mézières, la kinésithérapie du sport..., ceci peut être également considéré comme un biais.

6. Conclusion.

Ce travail de recherche amène plusieurs réflexions :

Il confirme la tendance qu'ont les masseurs kinésithérapeutes à se positionner dans un paradigme non positiviste et dans une évaluation questionnement.

Il infirme l'hypothèse que plus le praticien a de l'expérience, plus il se situe dans le modèle de santé global et dans le questionnement.

Il infirme également l'hypothèse que le praticien qui acquiert des qualifications complémentaires se situe plus dans le modèle de santé global et dans le questionnement.

Les masseurs kinésithérapeutes paraissent être en dissonance cognitive. Le modèle biomédical curatif et le contrôle, socles de l'enseignement en institut de formation ne marchent pas sur le terrain. Ces professionnels n'ont pas acquis les savoirs savants nécessaires qui leur permettraient de se positionner logiquement dans le modèle de santé globale et dans l'évaluation complexe. Ils le font de façon très intuitive et parfois de façon très contradictoire.

Les années de pratique accumulées, l'enrichissement par l'expérience ne semble pas favoriser le questionnement qui amènerait une transformation et une restructuration des savoirs pré-existants de ces praticiens qui leur permettraient de basculer sensiblement vers le modèle de santé global. Il est fort probable que la formation initiale induit et conditionne durablement l'exercice.

De même, il est important de constater que l'acquisition de connaissances par le biais de la formation continue ne permet pas de favoriser le changement de posture, ce qui laisse supposer que ces formations restent très dogmatiques, ancrées dans le modèle curatif. L'enseignant est ici déterminant dans sa posture d'agent ou d'auteur, formé ou non aux sciences de l'éducation pour favoriser la transformation des enseignés. Certains travaux de recherche comme ceux de Gérardi (2005), et de Ramin (2005) ont montré l'importance de la formation du formateur qui induirait certainement la posture du formé. Des travaux de recherche seront utiles pour confirmer ou infirmer le fait que la formation universitaire amène une posture différente et significative. Pour Gatto (2005), « *Il est difficile pour les professionnels de santé de changer leurs pratiques, de produire du savoir scientifique, de créer des modèles d'évaluation, de créer des outils d'évaluation, de développer des actions d'éducation si les programmes de formation initiale et les programmes proposés en formation continue ne contiennent pas les théories, les modèles, les méthodes et les techniques qui le permettent.* »

Les masseurs kinésithérapeutes semblent avoir une prédisposition à basculer vers ce modèle de santé globale et vers l'évaluation complexe alors que la formation initiale ne les y engage pas. La recherche de sens, le discours, la communication, le projet du patient et ses motivations sont des éléments souvent choisis comme prioritaires dans le recueil des données..

Apporter des savoirs savants, des théories, des modèles et des d'outils dans les différents domaines concernés en formation initiale et continue favoriseraient certainement un basculement de masse et serait en accord avec la loi du 04 mars 2002. Passer du contrôle à l'évaluation complexe, c'est probablement devenir plus performant dans ses actions thérapeutiques, dans la prévention et dans l'éducation à la santé. Cela doit induire à terme une diminution des coûts de la santé en favorisant l'autonomisation des patients. Il sera nécessaire de confirmer cette hypothèse par de futurs travaux de recherche.

Produire les savoirs savants, les théories, les modèles et les outils propres à notre spécificité professionnelle qui induiront ce changement de posture nécessite de former les futurs professionnels et enseignants différemment. J'ai vécu personnellement l'assimilation et l'accommodation de nouveaux savoirs savants lors de ma formation universitaire ; ceux-ci ont transformé mon approche évaluative, éducative et thérapeutique. Je m'autorise donc à dire que les Sciences de l'Education adaptées à la santé et coordonnées par des professionnels de santé sont aujourd'hui une nécessité à intégrer dans nos formations initiales et continues.

Résumé :

Pour être en accord avec la loi du 04 mars 2002 qui rend le patient co-auteur, co-décideur, et co-responsable de sa santé et de son projet de soin, les masseurs kinésithérapeutes libéraux doivent changer leurs pratiques professionnelles. Cela nécessite pour ces professionnels de passer d'un modèle biomédical curatif à un modèle de santé global. L'évaluation nécessaire à la mise en œuvre de l'acte de soin, de la prévention et de l'éducation à la santé ne peut se limiter à du contrôle et à de la mesure ; elle est un processus complexe qui se confond avec l'acte de soin et doit permettre l'accompagnement du patient vers l'autonomisation. Quelle est l'incidence de l'expérientiel en terme d'années de pratique et des qualifications acquises en formation continue sur la posture du praticien ? Pour ce travail de recherche, il a été choisi la méthode différentielle avec comme outil le questionnaire théorisé à partir des modèles de l'évaluation et des modèles de santé. Les résultats obtenus semblent montrer que, quelque soit le nombre des années de pratique et les qualifications acquises en formation continue, les masseurs kinésithérapeutes restent très imprégnés par leur formation initiale et qu'il paraît nécessaire aujourd'hui de modifier le contenu de celle-ci ainsi que des formations continues.

Différents travaux de recherche ont confirmé que la connaissance et l'utilisation de savoirs et techniques en sciences humaines et sociales favorisent les changements de posture et semblent actuellement disponibles en Sciences de l'Education.

Mots clés : - évaluation – contrôle – questionnement - modèles de santé – biomédical – santé globale – référentiels –

Summary :

To realize that change, the physical therapists need to go from a biomedical curative system to a global health system.

The evaluation requested to establish a care program, a prevention program and an educational health program can not be limited to checking and monitoring measures. It is a complex process merging with the care program and that should lead the patient to more autonomy.

What is the effect of years of practice and qualifications received in continued education on the physical therapist ?

For this research work, the differential method has been chosen along with, as a tool, a theorized questionnaire based on evaluation and health references.

The results seem to show that, no matter the years of experience and no matter the qualifications earned during the years of continuing education, the physical therapists remain impregnated with their initial training. It appears as a necessity today to change the content of their initial training and to modify the content of continuing education as well.

Different studies partially confirmed that scientific knowledge favors a change of pattern and seems to be available, today in Education Sciences.

Références bibliographiques

BACHELARD G, *La formation de l'esprit scientifique*. Paris, Vrin. 1938.

BONNIOL J J et VIAL M, *Les modèles de l'évaluation*. Editions De Boeck Universités, Bruxelles. 1997.

EYMARD C, 2003-a. *Processus d'évaluation et processus de formation*. Soins cadres n° 45, Février 2003, Editions Masson, Paris.

EYMARD C, *L'initiation à la recherche en soins et santé*. Paris : Lamarre. 2003

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, *Enseigner la santé*. L'Harmattan. Collection : *technologie de l'action sociale*. Préfaces de Chantal Eymard et de Christian Roux. Post-face de François Gremy. Paris 2005.

GERARDI JL, *Contribution des Sciences de l'éducation au développement de la démarche qualité des soins et à l'autonomie des étudiants en massokinésithérapie*. Master en Sciences de l'Education « Ingénierie des systèmes de formation ». 2005.

MUCCHIELLI A, *Les Motivations*. Que sais-je PUF 2^{ème} éd. 1987.

NUTTIN J, *Théorie de la motivation humaine*. PUF, 3^{ème} Edition. 1991.

RAMIN M, *Contribution des Sciences de l'Education à la formation des formateurs en kinésithérapie*. Master en Sciences de l'Education « Ingénierie des systèmes de formation ». 2005.

VIAL M, Colloque AFREES, septembre 2005.

Textes législatifs

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. NOR : MESXO 0100092L (Journal officiel du 5 mars 2002).

OMS, (Organisation mondiale de la santé). Constitution du 22 juillet 1946.

OMS, (Organisation mondiale de la santé). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, Ontario, Canada. 21 novembre 1986.