

**UNIVERSITE DE CORSE**

**Service commun de la Formation Continue  
Campus Grossetti – Bâtiment CRITT – BP 52 20250 CORTE**

**MASTER 2 Sciences de l'Education  
Mention : Ingénierie des systèmes de formation**

**Partenariat de formation avec l'Institut National de Kinésithérapie – Paris**

**Thierry Péron Magnan**

**Année 2004 / 2005**

**Mémoire Master 2**

**Education thérapeutique d'une lombalgie, une évaluation complexe !**

Sous la direction de FRANCK GATTO

## Remerciements

Je voudrais remercier les membres du jury, l'Université de Corte. En particulier Mme Nicole Balbi, directrice de l'unité de formation continue, et Mme Cécile Riolacci qui ont « osé » donner leur chance à des kinésithérapeutes grâce à une formation hautement professionnalisante.

Remerciements également à tous les formateurs qui se sont déplacés dans le nord de la France pendant cette formation !

Et bien entendu, remerciement à mon directeur de mémoire, Mr Franck Gatto, qui a su m'accompagner et donner du crédit à mon modeste travail.

Je n'oublie pas mes proches, ma famille qui a accepté avec bienveillance les contraintes de ces études.

Pour finir, une amicale pensée à mes petits camarades étudiants, qui ont nourri par nos échanges mon apprentissage et ma réflexion.

## Sommaire

1 – Introduction.....	5
2 - Problématique Pratique.....	6
2.1. Les patients lombalgiques chroniques.....	6
2.1.1. Situation (définition, classification, prévalence, âge de survenue, Les facteurs de risque de lombalgie.)...	6
2.2. Des modèles de santé.....	9
2.2.1. Le modèle curatif ou biomédical.....	10
2.2.2. Le modèle social.....	12
2.2.3. Le modèle global.....	12
2.3. L’Influence d’un complexe social sur les comportements de soins, du soigné, et du soignant éducateur à la santé.....	16
2.3.1. Par rapport au contexte sociétal.....	16
2.3.2. D’une société de consommation à une consommation « choisis », une autre vision.....	21
2.3.3. Le choix par le patient d’un modèle de soin.....	22
2.3.4. Les représentations du patient et son rapport aux soins.....	23
2.3.5. Emergence d’une nouvelle posture du soignant.....	25
3- Question centrale.....	26
4- Ma proposition.....	26
5 - Problématique théorique.....	26
5.1. Les processus didactiques par rapport à l’apprentissage en lien avec l’évaluation.....	26
5.1.1. Généralités.....	26
5.1.2. Logiques d’apprentissage.....	27
5.1.2.1. Logique de restitution.....	27
5.1.2.2. Logique de production.....	28
5.1.3. Intérêts et limites des deux logiques.....	28
5.1.4. Théories de l’apprentissage.....	29
5.1.4.1. Le modèle d’apprentissage comportementaliste.....	29
5.1.4.2. Modélisation et éclairage de la « boîte noire » dans une évaluation formative.....	30
5.2. Les modèles thérapeutiques pour les patients lombalgiques chroniques en liens avec l’évaluation.....	42
5.2.1. L’approche structurelle.....	42
5.2.2. L’approche fonctionnelle ou biopsychosociale.....	42
5.2.3. Quelle évaluation pour l’éducation à la santé ?.....	49
5.3. Le socioconstructivisme par l’évaluation complexe pour une éducation à la santé.....	51
5.3.1. Rappel des modèles de l’évaluation.....	51
5.3.2. L’évaluation complexe ou une approche systémique.....	53
5.3.3. Le concept de consentement.....	54

5.4. La vision phénoménologique de l'apprentissage.....	55
6 - Problématisation méthodologique.....	58
6.1. Recherche clinique.....	58
6.2. Méthode.....	58
6.2.1. Dispositif.....	58
6.2.2. Outils.....	58
6.2.3. Grille de lecture.....	59
6.2.4. Analyse de contenu.....	69
6.3. Conclusion et perspective.....	72
7-Références bibliographiques .....	74

## 1- Introduction :

J'ai débuté mon activité professionnelle en 1981 dans des foyers d'accueil pour enfants et adolescents en difficultés. en tant que « faisant fonction » d'aide éducateur. Je n'avais pas de formation, et j'ai très vite été confronté à un univers qui ne m'était pas familier, où les bonnes intentions et les bons sentiments étaient souvent mis à mal. J'étais chargé de l'animation et particulièrement des activités sportives, donc plutôt assimilé à un éducateur sportif. J'ai ensuite travaillé comme faisant fonction d'ergothérapeute dans un hôpital de jour en psychiatrie. La visée de l'établissement était la réinsertion sociale des malades psychotiques par le travail dans un atelier de façonnage du papier (le Pr Sivadon en était le créateur). Là encore, ma formation était inexistante et je découvrais une nouvelle posture, celle de moniteur et de thérapeute. J'accédais au rang prestigieux de soignant tout en restant un animateur. La double posture comportait des ambiguïtés, il fallait faire coïncider une production semi industrielle, avec une écoute et un accompagnement qui se voulaient thérapeutique et en même temps animer un groupe pour créer une ambiance de travail conviviale, en gérant angoisses, délires ! Les objectifs des uns et des autres semblaient divergents : Le patient qui souhaitait travailler pour « oublier » ses angoissantes dimensions, le médecin psychiatre confronté à la gestion de son service (personnel) et à la construction du projet de ses patients. Le personnel technique et en particulier le chef d'atelier préoccupé par le respect des délais des commandes pour ses clients. L'ergothérapeute ensermé entre les exigences éducatives, thérapeutiques et techniques. J'ai dû me familiariser avec les modèles ambiants usités dans l'institution. J'ai développé une activité de « prise de conscience du corps » en piscine avec un petit groupe de patients. Mes centres d'intérêts (la relation au corps dans une pratique sportive) et le besoin d'une qualification m'ont conduit vers les études de kinésithérapie après six années dans l'institution.

J'ai obtenu mon diplôme en 1990, créé mon cabinet en 1992 où j'exerce actuellement avec un collaborateur. La population traitée est essentiellement une population de malades chroniques (neurologie et rhumatologie) et notamment des lombalgiques chroniques (environ 30% de mon activité). Dans ma formation de kinésithérapeute, j'éprouvais un certain confort et en même temps un étonnement de ne pas entendre parler de ce qui m'avait questionné dans mes pratiques antérieures. Mais je supposais, un peu naïvement, que les gens « normaux », enfin, ne me poseraient plus de problème. Le modèle biomédical était si propre à répondre aux pathologies, que cette nouvelle profession me séduisait. Pendant les stages de deuxième et troisième année, j'étais bien confronté à de « vrais malades », mais encadré par l'institution et sur une durée limitée dans le temps qui ne me permettait pas de vérifier au long court le crédit que je pouvais accorder à mon travail (évaluation).

Une fois en cabinet de ville, j'ai rapidement été alerté par un questionnement entre ma formation initiale de kinésithérapeute et la problématique pratique que je rencontrais sur le terrain au cabinet. Je n'avais comme outil que le modèle mécaniciste à opposer à une demande de prise en charge qui « débordait » ce modèle. En particulier, le questionnement du malade sur l'incidence de la problématique du stress, de la fatigue, et sur les récides. J'ai vite connu les limites des « bons » conseils très peu suivis par le patient. Je ne pouvais pas transposer mon expérience relationnelle antérieure. Elle était mal ancrée dans des modèles théoriques, elle restait le fruit d'un savoir faire dans un contexte déterminé. Elle ne répondait pas à la problématique kinésithérapique. J'étais mal à l'aise entre une technicité souvent mise à l'épreuve des situations et une relation soignant/soigné que je cherchais à maîtriser au mieux. Je me suis donc formé aux différentes techniques que l'on propose aux kinésithérapeutes, notamment en matière de prise en charge des rachialgies. J'ai donc effectué

pendant trois ans une approche en thérapie manuelle (ostéopathie). Mais là encore cette approche ne restait qu'un outil supplémentaire et le thérapeute reprenait, avec cette vision, la toute puissance du médecin face à un patient « subissant » la « manipulation » je ne retrouvais pas la notion d'autonomie du patient, valeur éthique du soignant de premier ordre. J'ai donc saisi l'opportunité de la formation aux sciences de l'éducation proposée par Franck Gatto en 2002, qui cherche à prendre en compte toute la dimension du patient au travers de son vécu exprimé (Gatto et Favre, 1997). Je retrouve là une attitude analogue à ma pratique lors de mon expérience d'éducateur et d'ergothérapeute, appliquée cette fois à la kinésithérapie, et je peux l'appuyer sur des modèles théoriques de référence. Le patient devient un partenaire qu'il faut guider vers un projet co-construit dans le respect de sa particularité de sujet et dans le respect des savoirs savants actualisés.

Ce travail de recherche devrait me permettre d'approfondir la question de l'autonomie du patient lombalgique chronique à travers ce qui se joue dans les « obstacles » à l'apprentissage, de nouveaux savoirs et savoirs être (qu'est ce qui fait obstacle et comment ?). Tenter d'améliorer par cette expérience l'apprentissage de ces savoirs être favorable à une amélioration de la qualité de vie malgré une maladie chronique, ceci dans un dispositif d'éducation pour la santé avec un modèle systémique (Vial 2003). Illustrer le nécessaire changement de posture du praticien, qui de simple agent exécutant d'une « ordonnance », devient avec son patient co-auteur d'un nouveau choix de projet de santé.

## 2- Problématique pratique :

### 2.1. Les patients lombalgiques chroniques :

#### 2.1.1. Situation (définition, classification, prévalence, âge de survenue, Les facteurs de risque de lombalgie.)

Dans la littérature le rapport de l'INSERM 2000 fait référence, il est lui-même une méta analyse d'un très grand nombre de publications retenues pour leur pertinence sur le sujet et leur qualité méthodologique.

La lombalgie chronique ou commune, est une affection fréquente, sa prise en charge n'est pas favorisée par une étiologie encore mal définie. La structure anatomique concernée n'étant toujours pas clairement identifiée, son traitement reste empirique et symptomatique. Les facteurs psychologiques et environnementaux ne sont plus écartés dans la genèse, la majoration voire la pérennité de cette affection. De multiples stratégies thérapeutiques ont été pratiquées, mais la plupart dénoncées par la conférence de consensus de 1998 à Paris qui leur reproche une absence de travaux suffisamment validés.

Après avoir rappelé la définition de la lombalgie, le contexte social dans lequel nous nous trouvons tant au niveau national (politique de santé) qu'international (OMS), ainsi que les options thérapeutiques et méthodes classiquement dévolues à cette kinésithérapie, mais aussi leurs limites, nous tenterons l'essai d'une nouvelle démarche épistémologique des pratiques kinésithérapiques, pour composer avec le concept d'éducation thérapeutique dans une démarche socioconstructiviste appliquée à la lombalgie chronique.

Définitions et classifications :

La lombalgie est une affection extrêmement répandue, sa prévalence élevée en fait un problème de santé publique dans les pays industrialisés. La prévalence annuelle est de 35% à 50% de la population, avec une prévalence de vie entière supérieure à 60%.

Le mal de dos est cause en France de 110 000 arrêts de travail d'une durée moyenne de 33 jours, soit 3.5 millions de journées perdues. Les coûts médicaux et le manque à gagner qui résultent d'une désinsertion socio-professionnelle en sont les conséquences.

Ce qui est le plus remarquable, c'est que les coûts les plus importants (70% à 80%) sont imputables aux lombalgiques ayant évolué vers la chronicité et que ceux-ci ne représentent que 7% à 10% des lombalgies.

Définition :

La lombalgie se définit comme « une douleur lombo-sacrée médiane ou latéralisée avec possibilité d'irradiation ne dépassant pas le genou mais avec prédominance de la douleur dans la région lombo-sacrée ». L'absence de radiculalgie est un élément essentiel de cette définition.

La lombalgie qui relèvera d'une approche kinésithérapique, rentre dans un cadre nosologique précis :

L'étiologie permettra de déterminer s'il s'agit d'une :

- lombalgie spécifique (extra-rachidienne, post traumatique récente, congénitale, infectieuse, inflammatoire, tumorale, métabolique)
- lombalgie mécanique de cause particulière, d'évolutions et de traitements spécifiques (dystrophie rachidienne de croissance, cyphose postérieure supérieure à 50°, spondylolisthésis récent, scoliose supérieure à 35°, etc.)

La lombalgie non spécifique ou lombalgie commune représente 90% des cas des lombalgies prises en charge par les professionnels de santé. Les mécanismes physiopathologiques pour cette dernière restent à ce jour hypothétiques. On considère qu'elle relève dans des proportions variables d'un mécanisme dégénératif, intéressant les disques et les articulations vertébrales postérieures, et de mécanismes traumatiques ou microtraumatiques correspondant à l'application sur un segment rachidien de contraintes mécaniques excessives ou inadaptées. Des facteurs fonctionnels et psychologiques peuvent aussi intervenir dans son déterminisme.

Classification des différents stades de lombalgie :

Il existe plusieurs classifications des lombalgies, mais toutes ont la durée symptomatique de la douleur et de la gêne fonctionnelle comme critères.

Classification des Lombalgies de la Québec Task Force 1995 :

- a : stade aigu : moins de sept jours
- b : stade sub-aigu : de sept jours à sept semaines
- c : stade chronique : au-delà de sept semaines.

Classification des différents stades de lombalgie (recommandations conférence de consensus prise en charge du lombalgique 13 novembre 1998.) :

- a : stade aigu : moins de 3 mois
- b : stade chronique : supérieur à 3 mois

Le caractère aigu ou chronique fait référence à la notion de durée et non à l'intensité de la douleur. La lombalgie aiguë évolue depuis moins de trois mois. La plupart des lombalgies aiguës disparaissent en quelques jours. Les épisodes aigus de lombalgie peuvent évoluer sur un mode récurrent. La lombalgie est chronique lorsque la douleur évolue et persiste depuis plus de trois mois. La douleur et le retentissement psychologique et socioprofessionnel font la gravité de la lombalgie chronique. Ils ne représentent que 10% de l'ensemble des épisodes lombalgiques.

La probabilité de reprise de travail se réduit lorsque la lombalgie se prolonge. Elle est d'environ 50% au bout de 6 mois et inférieure à 10% au bout de 2 ans (données d'après Clinical Standard Advisory Group, 1994)

La classification du GILL (Groupe Interdisciplinaire de Lutte contre les Lombalgies) émane des travaux effectués à Grenoble. Elle est intéressante car elle vise à séparer les différents types de lombalgies en fonction de leur place dans le domaine de la santé publique et des moyens spécifiques qui peuvent leur être opposés. La notion de durée et d'intensité de la douleur n'est plus un critère de classification, le critère plus globalisant de gêne fonctionnelle est retenu:

-a : Lombalgie primaire : premier épisode douloureux, de durée le plus souvent limitée, capable d'être prévenue par les moyens de prévention primaire.

-b : Lombalgie secondaire : forme récidivante, susceptible de gêner les activités quotidiennes et d'entraîner un retentissement psychologique. Elle peut être prévenue par les moyens de prévention secondaire, en particulier dans les écoles du dos.

-c : Lombalgie tertiaire : forme chronique et invalidante, responsable de désinsertion sociale, professionnelle et psychologique. Elle nécessite la mise en oeuvre de compétences et de mesures pluridisciplinaires orientées vers la reprise précoce des activités et la réinsertion du sujet, si possible dans son cadre de vie antérieure. On remarque que cette dernière classification n'a pas de référence chiffrée pour la durée de chacune des phases, faisant ainsi appel à la reconnaissance subjective de chaque sujet confronté à l'affection.

L'âge de survenue des lombalgies communes :

Chez l'enfant et l'adolescent, contrairement aux idées reçues, les lombalgies sont fréquentes. Leur incidence moyenne est estimée à 15 %. Leur prévalence, estimée entre 30 et 50 %, s'élève à partir de 11 ou 12 ans avec l'âge. 30 % d'entre elles entraînent le recours au médecin, et 20 % un examen radiologique. Leur devenir à l'âge adulte est incertain, mais les altérations discales ne semblent pas rares, en particulier dans les formes sévères et récidivantes.

Chez l'adulte, l'incidence annuelle, tous âges confondus, intéresse 5 à 10 % de la population. Mais l'incidence maximale, de 11 %, touche les sujets de 30 ans et l'âge de la première déclaration pour accident du travail se situe le plus souvent entre 20 et 30 ans. Plus tard, l'incidence annuelle décroît avec l'âge tandis que la prévention globale paraît augmenter.

Ces faits plaident en faveur d'une installation possible dès le plus jeune âge d'altérations rachidiennes génératrices de lombalgies communes, et de la nécessité de mettre en oeuvre très tôt les mesures de prévention.



Les facteurs de risque de lombalgie :

De leur connaissance découle la possibilité de mettre en oeuvre des mesures de prévention visant à les réduire. De nombreux travaux et la synthèse réalisée par la section "Rachis" de la Société Française de Rhumatologie ont montré que la survenue de lombalgies peut faire suite à deux types de situations de risque (AFREK 2000) :

- Les unes, capables de provoquer à court terme des manifestations douloureuses, se présentent volontiers comme des accidents déclenchants. Des mesures préventives spécifiques sont susceptibles de les réduire.
- Les autres, liés à des conditions de surmenage longtemps maintenues, se présentent comme des facteurs de fragilisation progressive des structures rachidiennes. La prévention, de type primaire, concerne ici l'hygiène de vie, et l'âge de la croissance est particulièrement concerné. Il n'y a pas de facteur de prévalence entre les sexes.

A ces facteurs de risque proprement mécaniques s'ajoutent fréquemment des facteurs sociaux, économiques et psychologiques capables d'aggraver et de pérenniser la douleur, et d'aboutir parfois à de graves situations de désinsertion du sujet.

La diversité et l'intrication de ces facteurs, nombreux et variés, impliquent une grande diversité des mesures préventives. Laisant ainsi un espace pour la création d'approches originales répondant à un contexte local.

En résumé on a décrit une affection fréquente, sans gravité, mais dont le retentissement, notamment par un passage à la chronicité, peut avoir des répercussions sur la vie quotidienne importante. On l'aura compris, c'est le passage à la chronicité d'un petit nombre qui est la source du plus grand coût social (financier et humain). L'ampleur du problème a alerté depuis longtemps les autorités de la santé qui tentent de donner des réponses. Celles-ci s'inscrivent dans des modèles de santé qui évoluent avec la société.

## 2.2. Des modèles de santé :

On peut appréhender le traitement de la maladie par différentes visions, c'est-à-dire différentes approches, qui reprenant les recommandations, s'appliqueront de façon parfois très différentes, et nous pensons que cela conditionnera leur chance de réussite si elles sont opérationnalisées de façon systématique. Autrement dit le « contenu » de « l'information » semble faire consensus auprès des experts, mais des divergences sur les visées et leurs applications existent. Tous (AFREK 2000, INSERM 2000) sont d'accord sur une approche volontariste, active, de la lombalgie, tenant compte des particularités du patient et de son milieu, mais tous ne la pratiquent pas. Nous allons tâcher de définir les différents modèles de santé, avec leurs intérêts et leurs limites, qui constituent le cadre des interventions de soins en France pour la lombalgie

Historiquement, la médecine moderne a suivi l'évolution des grands courants de pensées du 19<sup>ème</sup> siècle. Le modèle positiviste très prégnant avec Arthur Comte qui disait :

« Tout phénomène, même social, aurait certainement son équation, comme une figure ou un mouvement, si sa loi pouvait nous être connue avec assez de précision. »

Système de politique positive, vol. 1, page 481

« Tout phénomène suppose un spectateur ; puisqu'il consiste toujours en une relation déterminée entre un objet et un sujet. »

Système de politique positive, vol. 1, page 439

La science nous donnerait la clé du contrôle du monde. Claude Bernard (1865), avec une démarche hypothético déductive, calque la vision de la médecine sur celle de la biologie, elle-même issue d'un mode de pensée instruisant les sciences de la nature physico-chimiques. C'est le schème de pensée du déterminisme qui prévaut et la médecine triomphante avec de grands succès (découverte de la fonction glycogénique du foie) Claude Bernard (1865) le définit ainsi: *«Chez les êtres vivants aussi bien que dans les corps bruts les conditions d'existence de tout phénomène sont déterminées d'une manière absolue. Ce qui veut dire en d'autres termes que la condition d'un phénomène une fois connue et remplie, le phénomène doit se reproduire toujours et nécessairement, à la volonté de l'expérimentateur».*

### 2.2.1. Le modèle curatif ou biomédical :

Dans notre pratique kinésithérapique, nous sommes confrontés à des limites d'efficacités de nos interventions. Dans le cadre de la prescription médicale, nous sommes engagés le plus souvent dans un geste technique à visée curative et nos échecs thérapeutiques (c'est-à-dire le patient qui n'évolue pas avec sa problématique, qui ne comprend pas, qui se plaint, qui arrête le traitement parce que ça ne lui fait rien...) nous questionnent : sommes-nous techniquement déficients ? Est-ce la faute du patient qui n'est pas « compliant » ? Nous vivons tous une relation avec le patient qui déborde, de fait, ce cadre de prise en charge purement technique. Celle-ci comprend une dimension relationnelle et éducative qui mérite d'être explicitée. Dans ce modèle, la maladie est un ensemble de symptômes ou effets, dont les causes sont exclusivement biologiques. (Gatto 2003). Cette vision analytique engage notre bilan diagnostic kinésithérapique vers la recherche de dysfonctionnements mécaniques responsables d'incapacités fonctionnelles, qui lui-même déterminera notre action de soin à visée curative et éducative vers la modification et l'adaptation d'un comportement approprié, réglementé voire conditionné. Le volet éducatif des soins sera tourné vers la prévention de la récurrence, par la recherche de la stricte observance, afin d'éviter la médicalisation excessive tout en assurant un accompagnement qui reconforte le patient.

Notre décret de compétence nous autorise et nous encourage dans cette orientation. Nous nous autorisons à réaliser une approche éducative intégrée aux gestes techniques. Mais qu'est ce que l'éducation thérapeutique ?

La définition classiquement utilisée est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 1998)<sup>1</sup> : *« L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans la démarche de soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées. Ce processus éducatif vise à aider le patient et son entourage à comprendre la maladie et le traitement, à mieux coopérer avec les soignants et à maintenir ou à améliorer sa qualité de vie. »* Cette définition souligne la complexité de la relation soignant/soigné et se confond avec la relation thérapeutique en général.

*« Toute pratique professionnelle procède d'un choix d'objectifs, de méthodes et de moyens parmi un ensemble d'options. Les possibilités de choix sont influencées par les modèles théorique et conceptuel qui les sous-tendent, c'est à dire le mode d'explication que l'on a des situations auxquelles on est confronté »* (Deccache et Meremans (1997, p.147)

Les recommandations de l'ANAES 2000 évoquent une stratégie orientée plutôt vers l'exercice physique, quelle que soit sa forme, mais aucune technique n'est recommandée en particulier.

<sup>1</sup> Des critères de qualité de l'éducation du patient sont proposés par l'OMS Europe dans son rapport sur l'éducation thérapeutique du patient. La version originale est en anglais. Est proposée ci-après une traduction d'après A. Deccache, dans : "Quelles pratiques et compétences en éducation du patient ? Recommandations de l'OMS Europe", décembre 1998)

Ici, le patient lombalgique devra assimiler les informations concernant l'anatomophysiologie du rachis puis appliquer un savoir-faire appris au cours des séances. La nécessité de transmettre un savoir médical se justifie par la volonté que nous avons de créer ou de modifier un comportement pour le rendre conforme à ce savoir. Cette vision positiviste de notre pratique professionnelle engage une pédagogie magistrale ou frontale dans la mesure où « Elle suppose une relation linéaire entre un émetteur, détenteur d'un savoir et un récepteur qui mémorise successivement les messages ». (Giordan 1998 p32) La relation soignant-soigné est verticale et le savoir, donc le pouvoir, est détenu par le soignant.

Les bons gestes seront répétés jusqu'à l'accomplissement « automatique » de l'objectif : être capable de se baisser en pliant les genoux pour soulever une charge et garder le dos bien plat dans tous les mouvements quotidiens, sous peine de voir réapparaître les douleurs : le patient finira par adopter un comportement adéquat, évitant les renforcements négatifs. Organisé de façon séquentielle, cet apprentissage procèdera à de nombreux essais avant d'arriver au comportement voulu : « Nous n'apprenons que ce que nous faisons. Nous apprenons par l'expérience. Nous apprenons par essais et erreurs. » (Altet 1998). L'erreur doit être entendue ici comme un obstacle à l'appropriation du mouvement, au comportement souhaité. Cette méthode d'apprentissage comportementaliste illustrée par le conditionnement répondant (stimulus- réponse) et opérant (renforcements positifs et négatifs) est issue de la théorie behavioriste.

Le travail de régulation du thérapeute sera compris comme une régularisation : ce modèle d'évaluation cybernétique, décrit par Vial (2003), met l'accent sur l'intention de refaire pour faire mieux et s'inscrit dans la normalité : obtenir la maîtrise du geste reste bien la finalité de cet apprentissage. Pour suivre l'évolution, on pourra quantifier le travail accompli en mesurant dans un bilan intermédiaire, une « distance doigts/sol » en pratiquant un test de Sorensen<sup>1</sup> pour vérifier l'endurance des para vertébraux, ou un test de Shirado<sup>2</sup> pour celle des abdominaux. Il s'agit d'une évaluation mesure (Vial, 2003) entendue dans une logique de contrôle : des résultats ne sont alors obtenus que chez des patients motivés et observants. On complètera notre démarche éducative en remettant une plaquette descriptive, contenant une synthèse des bons et mauvais comportements, avec une série d'exercices « adaptés » à réaliser très régulièrement.

Cette stratégie qui privilégie la procédure, l'opérationnalisation systématisée et protocolisée, est efficace sous certaines conditions (Gatto 1999) : Dans le cas de certaines affections, avec certains types de patients qui comprennent, attendent et reconnaissent cette approche dans une proximité de pensée. Dans le champ de la kinésithérapie on peut évoquer les pathologies aiguës comme les lumbagos d'origine musculaire. Sur le plan curatif, le geste thérapeutique est assez simple (détente musculaire) et sur le versant éducatif, cela relève de la prévention primaire. Des conseils où seront enseignés ou précisés, les gestes favorables à la récurrence et ceux qui la préviennent. Il n'y a pas, à priori, de changement de comportement radical à adopter mais seulement des ajustements. Le diagnostic et le traitement établis par le soignant risquent d'aboutir positivement, tant le pronostic est favorable, dans un délai rapide. Mais on peut supposer qu'il en serait ainsi, si les représentations du soignant correspondaient bien à celles du soigné. Le patient peut être démuné de savoir savant concernant son affection, il en a néanmoins un savoir expérientiel (Gatto 1999), ne serait ce qu'au travers d'un sujet souffrant. Si pour lui la douleur est signe de gravité (ce qui est fréquemment rencontré), on ne pourra pas établir de protocole sans avoir cerné, puis trouvé une réponse à cet obstacle « douleur ». On s'aperçoit ici des limites d'un espace thérapeutique « d'allant de soi » implicite. Le patient pensant légitimement qu'à l'issue des soins, il aura retrouvé l'intégralité

<sup>1</sup> Test recommandé par l'AFREK

<sup>2</sup> Test recommandé par l'AFREK

de sa fonction et une indolence totale. Il risque de mal interpréter des douleurs résiduelles. Pour le soignant, ce ne sont que des artéfacts de l'accident, perçus comme sans importance dans le déroulement d'une prise en charge bien menée.

Le positionnement du soignant est plus difficile face à une pathologie récidivante ou chronique. Le discours doit nécessairement évoluer, au risque, en restant dans cette logique, de se trouver obligé de dire au patient : « je suis désolé je ne peux plus rien faire pour vous ». Ce qui revient aussi à lui dire d'une certaine façon qu'il n'est pas malade, ou trop malade, mais dans tous les cas, que sa « plainte » n'est plus « recevable ».

### 2.2.2. Le modèle social :

Il vient en réponse aux limites du premier modèle. On sait que toutes les maladies ne peuvent être vaincues et qu'il est nécessaire sur le plan politique d'apporter une réponse sociale, là où la médecine curative n'est plus opérante. Des séquelles, des handicaps, des maladies chroniques ont des incidences sociales parfois très lourdes comme la perte de l'emploi. La gravité de la lombalgie est cotée suivant une échelle allant de 1 à 4 (Paris Task Force 1998). Les lombalgies cotées à 4 correspondent à des lombosciatalgies, c'est-à-dire lombalgie avec irradiation au membre inférieur, selon un dermatome précis et complet et/ou en présence de signe(s) neurologique(s). Ce sont elles qui font l'objet d'une reconnaissance en maladie professionnelle au regard des tableaux 97, 98 du régime général et 57, 57 bis du régime agricole. Il s'agit d'une des pathologies professionnelles les plus fréquentes (INRS<sup>1</sup> 2002), Pour les patients les plus lourdement atteints, la COTOREP<sup>2</sup> peut, dans certains cas, être amenée à statuer sur le statut de « travailleur handicapé », donnant droit à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). Elle peut décider d'une nouvelle orientation professionnelle. L'ensemble de ces mesures est propre à assurer l'insertion professionnelle et sociale des personnes handicapées adultes.

Avec ce modèle social, on voit la nécessité d'une prise en compte du patient lombalgique dans la globalité de son problème.

### 2.2.3. Le modèle global :

L'éducation thérapeutique dans le modèle global

Dans ce modèle, le patient est mis au centre de la démarche conformément à la loi du 4 Mars 2002 qui précise : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé (...)* ».

De plus les recommandations de l'O.M.S (hospitals.be, 2001) sur l'éducation thérapeutique se caractérisent par 4 axes :

1. L'éducation thérapeutique du patient devrait leur permettre d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie.
2. C'est un processus permanent intégré dans les soins.
3. Elle est centrée sur le patient et implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique, concernant la maladie et le traitement prescrit.
4. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

<sup>1</sup> Document pour le médecin du travail N°90, 2ème trimestre 2002, p181.

<sup>2</sup> La Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel

Toutefois, l'opérationnalisation de ce modèle de santé peut donner lieu à deux lectures suivant que l'on se placera dans un mode de pensée positiviste qui considère qu'il n'existe qu'une vérité objective, vérité en soi et prône la modélisation analytique, ou dans un mode de pensée herméneutique qui défend la subjectivité, la vérité par soi, une méthode interactionniste et une modélisation systémique. Nous sommes bien dans un modèle global qui prône l'approche du patient dans sa réalité bio-psycho-sociale. Mais dans la vision positiviste, bien qu'il y ait prise en considération des intentions du patient, c'est le médecin qui reste le garant de la « bonne » orientation thérapeutique. Dans la vision herméneutique, le savoir expérientiel du patient est reconnu dans une éventuelle négociation sur l'orientation du traitement, et il reste le sujet décisionnaire de sa santé.

Dans l'approche positiviste et même si on prend en compte toutes les dimensions du patient, en incluant son environnement, l'objet de la demande reste la maladie. L'action kinésithérapique sera ici de ramener cet objet à la norme médicale et/ou sociale. Le modèle éducatif sera formalisé sous la forme d'une programmation par objectifs, choisis par le patient, parmi les propositions de l'éducateur, en fonction du contexte psycho social du patient. Les outils seront des mises en situation professionnelles, familiales ou de loisirs, des résolutions de problèmes : « Comment feriez vous pour ramasser ce stylo, pour border un lit, pour porter votre enfant ? ». Nous sommes là encore dans un modèle de gestion cybernétique (c'est à dire, la répétition du bon geste jusqu'à l'obtention du résultat espéré par le thérapeute) le mot Cybernétique dérive du grec "kubernètikè" dont proviennent également les termes "gouvernail" et "gouvernement". Ce qui faisait dire à Norbert Wiener en 1948 que "La cybernétique est la science de la régulation ou plutôt de la régularisation et de la communication chez les hommes et les machines. Le soignant cherche à ce que le patient s'approprie les déterminants de la santé et sache agir sur ces déterminants en s'appuyant sur les savoirs médicaux qu'on lui aura transmis. L'évaluation favorisera l'auto contrôle pour permettre au patient de jouer son rôle d'acteur impliqué. Comme le souligne un rapport pour l'éducation pour la santé des jeunes (INSERM 2001) *« Le concept de promotion de la santé contient les notions de « potentiel santé » ou « capital santé » à développer individuellement et collectivement. L'évaluation des actions basées sur cette approche implique que puissent être utilisés des indicateurs des différents niveaux de capacité (d'action, d'utilisation de ressources (vis-à-vis de la santé) qui doivent être créés, comme ont été créés des indicateurs des différents niveaux d'incapacité. »* Une seconde hypothèse suggère qu'il existe une interdépendance entre le patient et les savoirs de la lombalgie. Le patient possède des savoirs préexistants, savoirs savants et expérientiels, qui peuvent être autant d'obstacles à l'apprentissage que d'éléments porteurs d'un véritable projet de santé et de vie. L'approche herméneutique laisse au second plan la maladie derrière le sujet souffrant, ou même le sujet non malade, soucieux de conserver ou d'améliorer sa santé, sa qualité de vie. Les causes de la maladie sont plurifactorielles et pas seulement biologiques. Le patient n'« a » pas une maladie, il « est » malade. L'éducateur à la santé va construire avec son patient un projet de soins, voir un projet de santé. Le patient est appréhendé dans sa globalité et même dans ses contradictions. Cette dimension dialogique (Morin 1990) permet de ne pas exclure une représentation non conforme à la norme, mais au contraire ce respect des croyances et des représentations du patient autorise l'écart. Celui-ci sert de matériaux et permet de repérer d'éventuels obstacles à l'apprentissage de nouveaux savoirs. C'est donc bien à partir de ce que ressent le patient, en tant que « phénomène » à questionner, que l'on accédera à la dimension du sens, celle de l'objectivation au travers de la parole, de l'interaction avec l'autre. C'est donc dans la régulation avec le soignant que le patient travaillera son écart avec la norme et ajustera sa stratégie. C'est dans cette évaluation formatrice, où le projet du patient

est créateur de sens pour celui-ci, que le soignant par son attitude veillera à l'implication et donc à la motivation du patient dans le respect des choix de ce dernier. « Il s'agira de l'aider à définir sa norme propre, qui est comme le disait Georges Canguilhem (in LECORPS. PATURET, 2004) indissociable de « son genre de vie » [...] *Le soignant est là comme force de proposition, partageant avec son patient les connaissances scientifiquement établies, à la mesure de la volonté de savoir de ce dernier [...] On voit par là que pour un soignant, penser la santé c'est accepter le patient comme sujet autonome et désirant, l'accompagner pas à pas dans l'effort de se réapproprier sa vie, que la souffrance et la maladie ont momentanément ou pour toujours perturbée. C'est le patient, dans son aveuglement même qui est le guide, car lui seul est à même d'indiquer le chemin, de donner le sens.* »

Le patient devient co-auteur de son projet (Gatto 2004) et le soignant un accompagnateur ou un passeur au sens de Bonniol (le sens de passeur est celui qui passe la main : le soignant travaille à l'autonomie du patient et donc travaille à son inutilité). 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. L'auto contrôle est restrictif dans sa fonction, mais il est indispensable à l'auto questionnement qui le convoque de facto pour y mettre un terme, toujours provisoire. Ce sont les deux balanciers d'un même mécanisme créateur de sens. C'est être libre de choisir ses soins. Il n'y a plus « la bonne position », le bon geste, mais le geste et l'attitude qui ont du sens dans la vie de tous les jours. Est-il toujours pertinent d'avoir un contrôle strict de la position du dos pour se baisser quand on n'a plus aucune douleur ? Il est donc essentiel que le patient acquiert des savoirs et des savoir-faire en rapport avec les données de la science, mais il est non moins essentiel qu'il soit l'acteur sinon l'auteur du changement pour garantir sa pérennité. (Gatto 1999) écrit « *Plus le patient a acquis des savoirs et des savoir-faire relatifs à son corps, à sa maladie, à ses soins, et à son environnement, meilleurs sont les résultats sur le plan thérapeutique en terme de douleurs diffuses ressenties et de dysfonctionnements fonctionnels. Cela signifie que le rôle des thérapeutes devrait s'attacher à favoriser l'assimilation des savoirs et des savoir-faire de la part du patient* ». Le rôle du thérapeute éducateur se doit donc d'être modeste, mais sa valeur sera en rapport avec sa capacité à transmettre, ce que ni le patient ni lui ne savent encore, car la santé se construit chaque jour.

On peut aussi penser la relation dans un modèle de pensée issue de la systémie (Vial 2003) voir complexe (Morin 1990). L'individu n'est plus pensé comme étant une maladie à traiter, mais comme un malade dans sa globalité. Ceci implique de prendre en compte le vécu du patient dans la subjectivité de sa perception du phénomène « pathos » qui le préoccupe et l'amène à demander de l'aide. Dans ce modèle, l'analyse se fait sur le sujet agissant, c'est-à-dire dans l'interactivité avec sa pathologie mais aussi avec son milieu. C'est une prise en compte de l'intersubjectivité de la relation avec l'entourage et notamment avec le soignant, mais aussi avec la famille, le travail. Autrement dit, on élargit le champ d'observation de la problématique. On s'éloigne de la vision isolée de l'organe « malade » (le rachis lombaire, le disque vertébral).

Exemple tiré de ma pratique le 02/02/05:

Mme P. lombalgique chronique (scoliose dégénérative) 56 ans. Après une visite chez un rhumatologue, celui-ci choisit de ne pas tenir compte des observations du MK<sup>1</sup> sur la poursuite des séances sur un mode passif (massage) parce que selon lui il faut faire une rééducation active (recommandations professionnelles). La patiente trouve que les massages

---

<sup>1</sup> Masseur kinésithérapeute



lui font du bien et l'aident beaucoup plus que les exercices qui lui font mal et qu'elle n'a pas le courage de faire (Elle se lève à 5 heures du matin pour partir à son travail tous les jours). Elle ajoute que depuis qu'elle fait régulièrement des massages elle se tient plus droite, « on ne voit plus la bosse qu'il y avait sur le côté de mon dos », elle peut à nouveau ajoute-t-elle, remettre des vêtements « moulants ». Elle préfère payer elle-même les séances plutôt que d'y renoncer. On peut noter qu'elle dit se tenir plus droite après avoir évoqué le bien-être procuré par les massages ; il s'agit d'une sorte de « saut perceptif », elle associe « bien être physique » avec « apparence physique », une sensation avec une représentation de son corps. On peut s'interroger là sur ce qui construit la représentation corporelle, le perceptif de la vision ou le perceptif du confort de son corps, dans les deux cas, on reste sur le mode de l'être par le perceptif. Merleau-Ponty (1945), précise que « *Si nous voulons penser la science elle-même avec rigueur, en apprécier exactement le sens et la portée, il nous faut réveiller d'abord cette expérience du monde dont elle est l'expression seconde.* ». « Pour les phénoménologues, un événement devient compréhensible s'il peut être éclairé « *par les visées qui forment le ' projet du monde ' au sein duquel il surgit* » (Legros, 1987, p.78). En fait, il s'agit de comprendre les phénomènes à partir du sens que prennent les choses pour les individus dans le cadre de leur projet du monde » (Pourtois et Desmet Mardaga 1988, p.23)

On peut bien sûr tenter d'explicitier son positionnement perceptif par la démarche interprétative qui objective la sensation et la replace dans une représentation raisonnée. Le soulagement (temporaire) de ses douleurs par le massage lui permet de percevoir une modification physique (la disparition de sa bosse). Dans un registre biomédical cette vision de la maladie n'est pas « pensable » d'où la mésentente avec son médecin. Dans un paradigme holistique cette déclaration n'a rien d'étonnante et n'est pas un facteur de conflit cognitif. Dans une approche dialectique, on pourra l'aider à articuler l'aspect paradoxal de sa déclaration avec une réalité plus biomécanique « *l'approche dialectique reconnaît à la fois la valeur du fait observé et le rôle créateur du sujet et fait en sorte de les placer en interaction perpétuelle* » (Pourtois et Desmet Mardaga 1988, p.24). On utilisera notre relation dans une alliance thérapeutique vers une reformulation de nos objectifs de soins (faire des exercices correcteurs), en passant par sa représentation de la maladie et par ses croyances. « Pour l'instant, il est utile de faire des massages parce que cela vous soulage, vous permet de supporter des conditions professionnelles difficiles, mais il est probable qu'à terme ce sont vos muscles qui vous permettront de soutenir votre colonne, comme le préconise les recommandations médicales, et on sait que pour cela l'exercice est nécessaire ». Sur le plan théorique, nous sommes dans le modèle de l'évaluation formatrice, car il y a prise en compte de la subjectivité du sujet, avec réorientation des objectifs. La patiente a fait une auto évaluation de ses besoins et a décidé de modifier les recommandations du médecin, elle privilégie le « sens » de sa démarche sur l'autorité médicale « *Le sens advient des profondeurs du psychisme, car le savoir n'a pas de sens, ni en soi, ni pour personne. Seuls tels savoirs et non d'autres, vont avoir du sens pour moi* » (Beillerot, 1998).

Les questions que posent cette observation sont de plusieurs ordres :

- 1) Savoir si à terme, cette patiente irait mieux avec un programme d'exercices actifs comme le recommande la profession. Dans cette hypothèse il nous faut attendre ou persuader cette patiente du bien fondé de cette orientation. Mais elle ne semble pas prête à changer sa vision, elle a quitté le médecin qui lui prescrivait des exercices.
- 2) Au nom de quoi faudrait-il que je persuade cette personne de changer sa vision ? Les études qui font références, sont basées sur une méthodologie de la preuve « d'evidence-based practices » que l'on peut traduire par : interventions fondées sur des données probantes. Ces études sont remises en question par les partisans d'une vision heuristique car

elles utilisent une méthodologie issue du monde des « sciences dures » qui ne peuvent pour des raisons de méthodologique englober tous les paramètres concernant la problématique analysée.

3) Ici je suis confronté à nier ce que dit la patiente, ou à nier ce que préconisent les recommandations professionnelles. Si je me positionne dans un registre biomédical, je risque de rentrer en conflit avec elle sans pour autant avoir changé sa vision. Elle a prouvé qu'elle pouvait changer de praticien si celui-ci ne correspondait pas à ses vues. En temporisant sans changer de posture je ne fais qu'adopter une position inconfortable éloignée de ma visée d'autonomie du patient. Si je me positionne dans une vision globale, je laisse la patiente dans son choix « actuel » jusqu'à ce que la maturité de ses choix évolue au fil de nos échanges, de nos régulations, de ses réévaluations vers une autre position plus active. Je suis dans ce que Morin (1990) appelle la dialogique, c'est-à-dire en face de deux logiques qui s'affrontent, qu'il me faut articuler sans exclure.

Actuellement, un mois après ces notes, la patiente continue de venir mais seulement une fois par semaine, pour un massage du dos où elle utilise ce temps pour se « dé stresser », elle évoque son travail, sa vie. Elle a entrepris des exercices qu'elle fait régulièrement à son domicile « qui me font du bien », elle dit « je vais mieux maintenant ». Mais elle ajoute « je ne pourrai plus me passer des massages ». Pour cette patiente, on peut dire que l'amélioration de sa qualité de vie est due en partie à notre alliance thérapeutique, dans une pratique systémique, dans un registre de pensée pragmatique (Vial 2003 p48), mais sur le plan de l'autonomie qui était un critère majeur d'évaluation de notre travail, on remarque qu'apparemment et pour l'instant nous n'avons pas atteint notre objectif.

## 2.3. L'influence d'un complexe social sur les comportements de soins, du soigné et du soignant éducateur à la santé

### 2.3.1. Par rapport au contexte sociétal<sup>1</sup>

Il s'agit d'essayer de comprendre dans quelle mesure et comment les déterminants sociaux peuvent influencer sur les comportements en matière de soins. Notamment sur les représentations, sur les processus qui animent et guident des « orientations thérapeutiques », ou qui « agissent » le citoyen-patient.

En effet dans une vision socioconstructiviste (Vygotski 1997, Pensée et langage) on ne peut pas ne pas tenir compte des interrelations du patient avec la société dans laquelle il vit, et qui rétroagissent sur ses comportements. Les conditions de vie familiale, professionnelle, de loisirs, sont des critères comportementaux à observer. La consommation dans sa dimension transversale peut en être un des indicateurs pertinents. Dans une société dite de consommation elle est un fait, un « objet », très observé des professionnels pour qui « assurer » et « garantir » la fonction de consommer, est la raison même de leur existence : Le Centre d'Analyse et de Prospective de l'Assurance (CAPA) a porté dans un rapport de mars 2005 (annexe p 1) un regard sur « l'évolution des comportements de consommation » à partir de 1893, date du modèle Taylorien.

On peut étudier le comportement du citoyen à travers différentes grilles de lecture. Ces études (CAPA 2005) montrent la transversalité en matière de comportement de

<sup>1</sup> **SOCIÉTAL(E)** [adj.] : Qui se rapporte à la structure, à l'organisation ou au fonctionnement de la société. La finalité d'un groupe (« la société humaine ») au travers de son épanouissement conditionne réciproquement l'épanouissement de chacun des individus composant le groupe. Définition dans <http://fr.wikipedia.org/wiki/Soci%C3%A9talisme> le 19/05/05



consommation. Morin (2004) a montré ainsi que d'autres observateurs (sociologues, psychologues, économistes), pointant du doigt une modification de notre société en lien avec la mondialisation, le triomphe de l'économie libérale, l'individualisation des mœurs. On peut considérer avec Marcel MAUSS (1923)<sup>1</sup> anthropologue, que la consommation est « un fait social total ». La consommation est une donnée centrale de la vie sociale. On peut donc observer les comportements du consommateur pour éclairer les mouvements de la société.

Le consommateur consomme des produits : alimentaires, technologiques, loisirs, bancaires, mais aussi des soins. Le consommateur, qui est aussi citoyen, a suivi et influencé des mouvements sociaux qui ont conditionné ses comportements dans une dimension temporelle, historique. L'étude du CAPA cherche à illustrer par le prisme de l'évolution des grandes tendances sociétales les comportements de consommation. On cherche donc à décrypter des comportements, mais aussi ce qui les provoque, c'est-à-dire des processus.

Il semble intéressant d'essayer de mettre en relief, ce qui dans une société va agir « des » et « sur les » comportements de soins, c'est-à-dire une relation aux soins, mais donc aussi à la maladie, aux déficiences, aux handicaps, que nous pouvons observer quotidiennement dans notre pratique de ville.

Le lieu :

Nous nous situons ici dans une grande ville avec une population active confrontée au monde de l'entreprise, principalement dans le secteur tertiaire. Dans la conception socioconstructiviste, l'individu ne pouvant échapper à son environnement, le subit en partie. Jean Baudrillard (1970) écrit « *Nous sommes au point où la 'consommation' saisit toute notre vie, où toutes les activités s'enchaînent sur le même mode combinatoire, où le chenal des satisfactions est tracé d'avance heure par heure, où « l'environnement » est total, totalement climatisé, aménagé, culturalisé.* »

Historicité :

Le modèle Taylorien : La satisfaction des besoins :

Dans un regard rétrospectif on peut partir de la révolution industrielle, de l'avènement de la consommation de masse à partir du 19<sup>ème</sup> siècle avec le modèle Taylorien en 1893 où on parle d'une organisation scientifique du travail :

« *La première obligation de la direction est constituée par le rassemblement délibéré [...] de la grande masse de connaissances traditionnelles qui, dans le passé, se trouvait dans la tête des ouvriers, qui s'extériorisait par l'habileté physique qu'ils avaient acquise par des années d'expérience. Cette obligation de rassembler cette grande masse de connaissances traditionnelles, de l'enregistrer, de la classer et, dans de nombreux cas, de la réduire finalement en lois et règles, exprimées même par des formules mathématiques, est assumée volontairement par les directeurs scientifiques. Plus tard, quand ces lois sont appliquées dans le travail journalier des entreprises, grâce à la coopération intime et cordiale de ceux qui appartiennent à la direction, elles entraînent invariablement, tout d'abord une production unitaire beaucoup plus importante, qui est d'une qualité bien meilleure, ensuite l'entreprise peut payer des salaires plus élevés aux ouvriers et elle peut elle-même gagner un bénéfice plus important* » F.W. Taylor (1911)<sup>2</sup>

Henri Ford écrivait en 1924 :

---

<sup>1</sup> Provenance : étude CAPA

<sup>2</sup> Provenance : étude CAPA

« Le principe est le suivant : amener le travail à l'ouvrier et non l'inverse. La chasse aux temps morts s'applique aussi bien aux postures de travail qu'aux déplacements entre les postes. On ne paie pas ses travailleurs, précise Henry Ford, « pour faire de la marche à pied ». Auparavant, il fallait 12 heures 28 minutes pour monter un châssis de la célèbre automobile Ford, modèle T.

En 1913, deux innovations ont ramené ce chiffre à 1 heure 33 minutes : une surélévation du châssis à hauteur de la taille des ouvriers et, surtout, son déplacement à l'aide du transporteur mécanique. Le convoyeur assure ainsi une progression régulière de deux mètres par minute. L'ensemble des opérations a été fragmentée en 45 postes de travail : « Celui qui met une pièce en place n'est pas celui qui l'assujettit... Celui qui pose un boulon ne pose pas l'écrou ; celui qui pose l'écrou ne le serre pas ». (H. FORD 1924)<sup>1</sup>.

Ce modèle de production de masse engendre, par la création de richesses accessibles à moindre coût, une consommation de masse. Cette consommation de masse a des effets d'enrichissement, d'augmentation des dépenses, ce qui modifie les comportements en accroissant notamment le pouvoir des consommateurs. La consommation ne devient pas seulement utilitaire, elle devient aussi plaisir :

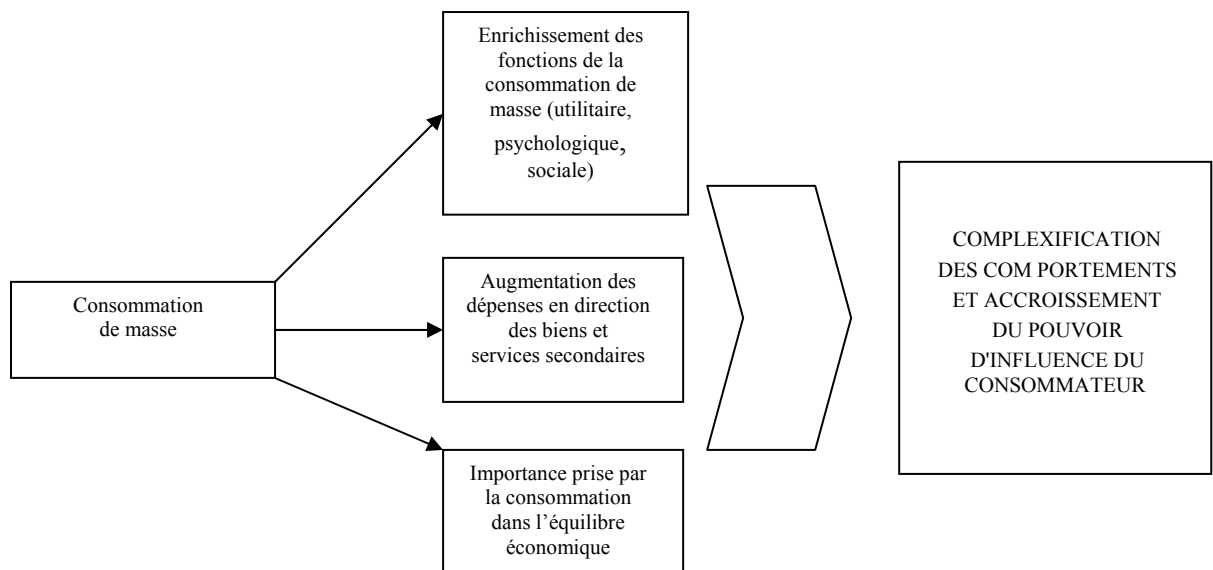


Figure 1 - Les effets induits par la consommation de masse

Les achats deviennent plus spontanés, plus impulsifs, le rapport à « l'objet » change, la transmission patrimoniale du bien s'estompe au profit d'un modèle plus consumériste. On observe également une démocratisation de la consommation « Les objets ou les activités tournées vers le plaisir se démocratisent. Les objets consommés se dotent d'une dimension

<sup>1</sup> Provenance : étude CAPA

*sociale en tant qu'ils sont porteurs de certains attributs : modernité, innovation, bien être, confort, etc.... » (CAPA.2005, P15).*

Cette consommation suivra les freins des différentes crises parfois engendrées par le système lui-même (crise de 1873-1895, liée à la surproduction ; crise de 1929 avec la chute de la production industrielle, du pouvoir d'achat, l'augmentation du chômage et instabilité politique) et des conflits armés (guerre de 1914-1918 et 1939-1945).

A nouveau, la croissance repart dans les années 50, la consommation change, traditionnellement orientée vers la satisfaction des besoins, le modèle se tourne vers la création du besoin.

La post modernité : La création des besoins :

Depuis ces cinquante dernières années, nous serions passés de l'ère de la modernité à celle de la post modernité avec des référentiels idéologiques plus flous et parfois contradictoires (Carbin P., Dortier J. F., 2000)<sup>1</sup>. Une montée des craintes individuelles (maladie grave, accident de la route, agression dans la rue, chômage), notamment pour les maladies graves et même si personne dans l'entourage de la personne n'est touché. Les auteurs de l'article font des liens avec des catastrophes récentes : Tchernobyl (1986), l'affaire du sang contaminé (1991), de l'amiante (1996), l'explosion de l'usine AZF (2001). Ces crises ont contribué à une méfiance de la population envers les pouvoirs publics accusés de ne pas savoir y répondre, voir de dissimuler des informations. Ceci orientant les valeurs morales vers des valeurs émergentes moins légitimées jusqu'à maintenant, valeur d'éthique (Morin 2004) sous toutes ses formes :

- Monde de l'entreprise
- Monde de la politique
- Monde de la santé

Morin Ethique et politique 2004 p92:

*« Il nous faut d'abord constater l'échec historique de toute tentative d'amélioration humaine, que ce soit par prédication morale ou religieuse, par éducation, par élimination des dominants et exploités, remplacés souvent par pire [...] Il n'y a pas que les relations de nation à nation, de peuple à peuple, de religion à religion, d'idéologie à idéologie, mais aussi celles d'individu à individu au sein d'une même famille, d'un même village d'un même immeuble, d'une même entreprise qui sont atteints par le cancer des méconnaissances et des animosités, malveillances, inimitiés. Il n'y a pas que les fanatismes, dogmatismes, les imprécations, les fureurs, il y a l'incompréhension de soi et d'autrui [...] Aujourd'hui nous avons besoin d'une politique qui sache intégrer en elle :*

- *l'inconnu de l'avenir du monde*
- *le pari*
- *la stratégie*
- *une connaissance pertinente.*

*Et vise à réformer les relations entre les humains [...] La bonne société ne peut être qu'une société complexe qui embrasse la diversité »*

Une consommation aux valeurs éco-citoyennes :

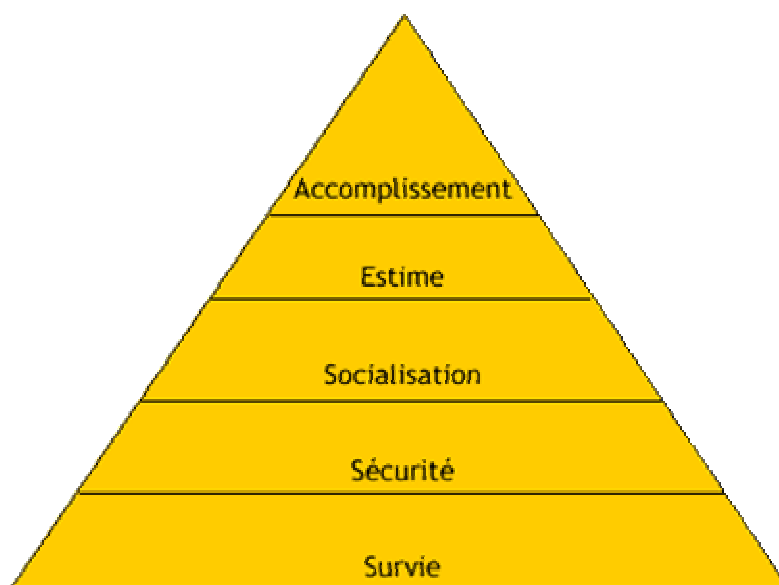
Les produits de consommation s'emparent de ces valeurs, le produit doit refléter une valeur (tri sélectif, réduction de la consommation d'eau et d'énergie...). On peut parler de valeurs éco-citoyennes qui suscitent une forte adhésion. C'est en quelque sorte une remise en

---

<sup>1</sup> Provenance : étude CAPA

question de la dimension ultra technique de la société qui n'est plus perçue comme un facteur de bien être mais comme un risque (effet de serre, dérèglement climatique...). Cette inquiétude pour le futur concentre les préoccupations vers le présent, dont les citoyens comptent bien tirer le meilleur parti du temps dont ils disposent (effet 35 heures ?). Les moyens de communications (avion, internet) développent un certain effet de toute puissance, d'efficacité, comme le montre les héros contemporains (navigateurs solitaires, record de traversée des océans sur des bateaux toujours plus grands et performants, tour du monde en avion en trois jours). Mais cette accélération peut engendrer justement le sentiment de manquer de temps pour faire tout ce qui serait virtuellement possible de faire. Sentiment de frustration contre lequel on peut lutter en recherchant une certaine lenteur ou douceur de vivre, une recherche de l'authentique et de plaisirs simples. La recherche de lien interindividuel serait une conséquence du délitement des liens sociaux depuis les années 90 (in CAPA : Dubert F., Paugman S., Wiewiorka M., Schnapper D., Roché S., Bourdieu P., Castel R., Ehrenberg A.).

Selon la pyramide de Maslow A., on ne peut pas se satisfaire que des besoins élémentaires physiologiques, et de sécurité, l'homme aspire de part sa complexité (Morin 1990) à un niveau supérieur de besoins (socialisation, estime de soi, accomplissement) qu'il ne peut acquérir que par des échanges avec autrui. C'est la résurgence de courants communautaires à travers des modèles associatifs à taille humaine (association de malades, réseau de santé).



Cet aspect communautaire pourrait faire céder le pas à l'individualisme régnant au profit d'un « personnalisme ». Autrement dit, le sujet se détermine au sein de valeurs qui l'orientent vers tel ou tel type de communauté, il en résulte une certaine mobilité qui permet d'allier à la fois des choix individuels et l'appartenance à un clan où il se reconnaît comme « sujet ». Dans ce glissement progressif de la notion d'individu vers celle de personne au sens de Crozier M. (1977)<sup>1</sup>, « revendiquant une certaine forme d'autonomie et de liberté tout en étant contraint de jouer plusieurs rôles et de revêtir des identités différentes tout en les combinant au gré des situations ».

<sup>1</sup> Provenance : étude CAPA

C'est un changement d'attitude où il devient acteur de ses choix de consommation mais aussi de ses choix de vie. Dans cette prise de conscience citoyenne, le sujet est participant au système, on peut penser que c'est ce mouvement sociétale qui inspira la loi de santé de mars 2002<sup>1</sup> qui responsabilise la personne en lui donnant le droit à une information éclairée sur les soins délivrés et l'accès à une éducation à sa santé.

Cette affirmation identitaire ne va pas sans contradictions que l'on peut interpréter sous l'angle de la pensée complexe de Morin (1990), le citoyen est profondément dialogique dans ses orientations de vie puisqu'il peut être à la fois épris de liberté d'action (je veux accéder aux biens de consommation), mais ne pas comprendre les contraintes qu'engendre cette liberté action (disponibilité des services). Le patient veut être soigné tout de suite et ne comprend pas toujours le délai d'attente chez son kinésithérapeute, qui doit gérer des priorités de soins. Il veut accéder aux meilleurs soins chez le meilleur spécialiste, mais il peut aussi aller consulter un praticien de médecine parallèle s'il adhère aux préceptes de cette approche.

### 2.3.2. D'une société de consommation à une consommation « choisie », une autre vision :

Ce personnalisme centré sur « l'être au monde » va avec une recherche tournée vers les sensations, les émotions et le bien être. Cet éveil des sens suit une sorte de réorientation culturelle : « *La vue, l'ouïe, l'odorat, le goût avaient été omis, banni parce que trompeur, seule la raison pure avait droit de cité* » Ebguay R. (2002)<sup>2</sup>. C'est un écart avec la pensée de Descartes et un retour à une pensée plus phénoménale ; on privilégie l'attitude instinctuelle et intuitive, la spontanéité dans son rapport aux autres et à soi même, c'est-à-dire également à son corps. Etre bien dans son corps devient une nouvelle norme, un critère de bien-être. C'est un apprentissage de la nuance, la pensée n'est plus manichéenne, mais devient complexe (Morin 1990). Le bien, le mal, l'acquis et l'inné, sont des notions discutées et non opposées, on tend vers la convergence (ex : recherche d'une troisième voie en politique, d'une agriculture raisonnée, création du Pacs).

Cette recherche atténue les certitudes, conduit à une plus grande humilité et tolérance à l'égard des autres, mais elle crée une inquiétude, un doute, un certain inconfort moral.

On glisserait d'une logique de contrôle à une logique du reste (Vial, 2003) issue d'un projet de vie qui se dessine dans un difficile auto questionnement pour le sujet en recherche de sens.

Une étude (Psychologie/BVA 2000) (tableau en annexe p 5) demandait :

« Quelles seraient les valeurs d'une société où vous aimeriez vivre ? »

Et :

« Quelles sont les valeurs dont vous regrettez le plus l'affaiblissement au cours des vingt dernières années ? »

Sur vingt deux valeurs, à la question 1 : 41% répondaient : l'honnêteté

à la question 2 : 42% répondaient : l'honnêteté.

La réussite matérielle arrivait en vingt-deuxième position avec 5% et 6% aux deux questions respectivement.

<sup>1</sup> CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie Législative)

Chapitre 7 : Prévention et éducation pour la santé

Article L1417-1 (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 79 I Journal Officiel du 5 mars 2002).

Lu le 28/08/2005 : <http://www.inpes.sante.fr/INPES/pdf/CSP7.pdf>

<sup>2</sup> Provenance : étude CAPA

Morin dans l'auto éthique p98 (2004) dit : « *L'auto éthique se forme au niveau de l'autonomie individuelle, au delà des éthiques intégrées et intégrant, encore que des racines ou des rameaux de ces éthiques demeurent souvent dans l'esprit individuel. En tout cas, les deux autres branches de l'éthique (éthique civique ou socio éthique, anthropo-éthique ou éthique du genre humain) doivent aujourd'hui passer par l'auto éthique : conscience et décision personnelle* ».

On peut se demander ce que sont les représentations du patient avec son corps, sa santé. Il a maintenant un désir et un accès à de nouvelles connaissances pour satisfaire une nouvelle vision de son « être au monde ».

La dimension éthique de « soi » dans le monde, c'est-à-dire, où prendre les valeurs qui guident nos actions, n'est plus dans les mêmes référentiels stables d'autrefois. La religion, la politique, la science, qui étaient les « sur-moi » universels des conduites individuelles, ont perdu beaucoup de leur influence. Les individus ayant tendance à ce que Legendre (in Morin 2004) appelle le « *Self service normatif* », la démarche qui consiste à choisir ses propres valeurs. C'est le renforcement de l'autonomie, pour David Gérard (2000) citant Cornélius Castoriadis « *Se donner soi-même ses lois, sachant qu'on le fait* » et pour Anne-Brigitte Kern (2001) citant encore C. Castoriadis « *Créer des institutions qui, intériorisées par les individus, facilitent le plus possible leur accession à l'autonomie individuelle et leur possibilité de participation effective à tout pouvoir explicite existant dans la société* ».

Pour Morin (2004) c'est le renforcement de l'autonomie, mais également de l'égoïsme « *L'amenuisement de la reliance entre, individus, espèce, société* ».

Ce fait sociétal est sans doute aussi à l'origine du choix de certains patients à remettre en doute le dogme scientifique et à « faire leur marché » sur les étales des divers « prestataires » de santé aux fondements théoriques peu lisibles ou absents (aromathérapie, iridothérapie, auriculothérapie, kinésiologie...). Il ne s'agit pas de faire une critique de ces choix, ou de ces approches, mais de relever que le praticien kinésithérapeute va être confronté, voir opposé par son patient, à ces approches qui vont l'obliger à se définir par rapport à elles, à affirmer sa posture, son identité par rapport à d'autres valeurs. Une patiente me disait qu'elle se soignait « en faisant du yoga le samedi, de l'acuponcture de temps en temps, de l'homéopathie en traitement de fond, et quand ça ne va vraiment pas en allant chez le spécialiste ».

### 2.3.3. Le choix par le patient d'un modèle de soin :

Les thérapies alternatives :

Des auteurs, Marcellini A., Turpin J.P., Rolland Y., Ruffié S. (2004)<sup>1</sup> ont cherché à observer la diversité et la complexité dans l'offre de soins contemporaine dans une étude : Le recours aux thérapies alternatives : « une éducation à un « autre corps » ? »

Ils partent du constat que l'offre de soins s'élargit par l'indice du prolifération des plaques de praticiens : Homéopathe, acupuncteur, chiropracteur, psycho-relaxologue...

« *La société occidentale, rationnelle et positive semble s'ouvrir de plus en plus largement à d'autres modèles de soins et à d'autres modèles du corps* ». Il y a vingt ans R. Genti (1980)<sup>2</sup> parlait de l'émergence de ces nouvelles thérapies, mais aujourd'hui elles ne sont plus nouvelles, mais font partie de l'offre de soin. F Laplantine (1996)<sup>3</sup> y voit une alternative aux

<sup>1</sup> Annexe p

<sup>2</sup> Provenance de l'étude : Le recours aux thérapies alternatives : « une éducation à un « autre corps » ? » lu sur : <http://corpsetculture.revues.org/index.html>

<sup>3</sup> Idem2

systèmes biomédicaux. Cet article montre le cheminement du patient vers ces thérapeutiques alternatives. Les auteurs y voient une réponse à ce que R. Gentis (1980) s'amuse à caricaturer en résumant ainsi cette démarche : « *En charriant un peu, on pourrait dire qu'en ce moment, les nouvelles thérapies c'est ça : des gens paumés dans leur vie, qui se font soigner par d'autres paumés dans leur théories* ». L'origine de ces remises en question des pratiques soignantes par les soignants remonte aux années 68. Des auteurs (Saillant F. et Gagnon E. 1999)<sup>1</sup> soulignent les oppositions entre le « cure » (le traitement) et le « care » (le soin), entre la technique et le symbolique. C'est-à-dire une recherche d'écoute et d'une relation satisfaisante. Sévigny O. (1999)<sup>2</sup> insiste sur l'effet de la qualité thérapeutique, on est dans une vision holistique du sujet et ces thérapies dans leur dispositif thérapeutique dépassent les modèles psychologiques ou psychanalytiques classiques. L'originalité est cet intérêt pour un « corps inconnu ».

L'article à l'inverse de celui du CAPA vu précédemment, qui partait de faits sociétaux pour arriver à des comportements, celui-ci « remonte » des pratiques de soin qu'il utilise comme indicateur d'un changement plus général des rapports que les individus entretiennent avec les savoirs scientifiques et technologiques dans nos sociétés occidentales.

Les auteurs se sont intéressés à l'itinéraire de patients qui recourent régulièrement à ces thérapies alternatives en observant les cadres éducatifs qui peuvent s'y développer. Un critère puissant à toutes ces démarches est la « légitimité » par la confiance : « bouche à oreille », utilisation de cercle de connaissances. On peut croiser cette attitude avec l'étude (Psychologie/BVA 2000) évoquée plus haut, qui montrait en réponse à la question « Quelles seraient les valeurs d'une société où vous aimeriez vivre ? »

Sur vingt deux valeurs déclinées, 41% répondaient en premier : l'honnêteté. Le réseau relationnel permet de dépasser l'aspect « pas sérieux » de ces thérapies. Il faut avoir confiance dans la personne qui indique le thérapeute, et dans le thérapeute lors de la rencontre ; d'où l'importance de la dimension relationnelle. La rencontre avec l'ostéopathe est déterminante, c'est un mélange de confiance et d'appréhension (on pense aux manipulations cervicales). L'ensemble des entretiens de l'étude fait apparaître un choix raisonné des comportements de soin. Les patients font bien la différence entre la nécessité d'aller voir un médecin biomédical pour une angine, une fracture (sujet1 dans l'article) et un psycho-relaxologue pour un état de stress. Cette organisation des choix est le fruit des savoirs accumulés par l'expérience et par l'environnement (perméabilité aux influences externes). On peut donc parler d'un auto diagnostic qu'il faut mettre en parallèle avec l'auto éthique de Morin (2004).

#### 2.3.4. Les représentations du patient et son rapport aux soins :

Corps physique ou corps psychique ?

*«Les thérapies alternatives, elles, sont généralement convoquées à propos de symptômes psychiques ou physiques mais dont l'origine est perçue comme psychique. Toutes les maladies dites « psychosomatiques » sont donc concernées. Les médecines alternatives empiètent donc d'une certaine manière sur les « territoires » de la médecine psychiatrique, des psychothérapies d'inspiration analytique et des cures analytiques. Elles sont également consultées lorsque le sujet ne sait pas diagnostiquer son malaise en référence à la symptomatologie courante qu'il maîtrise.»* (Les auteurs de l'article.)

<sup>1</sup> Article : Le recours aux thérapies alternatives »

<sup>2</sup> idem1

« *Au départ ça a été sur des problèmes physiques, mal au dos, puis j'ai commencé à y aller pour d'autres styles de problèmes... Style sur le stress, évacuer la pression, quand je sentais que mon corps fonctionnait pas bien quoi.* » (Sujet 3 dans l'article).

« *Bon, ma fille aurait une forte otite ou quelque chose comme ça, je l'aurais pas emmenée voir cette personne [psycho-relaxologue], mais pour l'eczéma oui, ça a quelque chose à voir avec la peau, avec le corps, avec l'expression de l'affectif.* » (Sujet 1 dans l'article)

Les personnes consultent également quand la médecine a déçu lors d'un diagnostic ou d'un traitement inefficace, ou quand le malade s'est entendu dire par son médecin « vous n'avez rien ». Considéré par la biomédecine comme « faux malade » ou « pseudo-malade » (Laplantine F., 1986 : 267)<sup>1</sup>.

La consultation médicale sert aussi à rassurer, à détecter, identifier la lésion organique, mais si la réponse n'est pas adéquate, le patient retournera vers la réponse alternative. On y voit la trace du clivage entre le visible et l'invisible, entre le biologique et le non biologique. La double appellation « médecin ostéopathe » ou « kiné ostéopathe » correspondrait à cette demande.

Le clivage du corps, c'est aussi le clivage d'une vision du corps ou l'exercice d'une dialectique entre l'imagerie médicale qui voit la lésion et la « vision » du patient sur sa problématique. Avec d'un côté la recherche de la sécurité et de l'autre la recherche d'un « accomplissement de soi ». Mais là encore les dérives sont possible, l'utilisation des mots avec leurs signifiants métaphoriques est particulièrement prégnante dans ces thérapies. On parle volontiers de « blocage » ou « d'énergie » là où d'autres, avec d'autres référentiels, parleraient peut être d'obstacle (Bachelard 1938). Il s'agit de « déblocage d'énergie »

« *Un mal de dos ça peut être un choc, ou t'as soulevé un truc, mais c'est pas forcément ça. Moi j'avais pas fait de chute. Alors on [elle et le thérapeute] a cherché quoi [...]. Il m'a dit c'est peut-être en lien avec la vessie, et puis c'était pas ça. Alors on a cherché plus à l'intérieur tu vois.* » (Sujet 6 dans l'article)

« *Le courant d'énergie qui vient, ça m'est venu du haut de la tête, ça m'a traversé le corps, mais alors, pffiiit, une rivière quoi...* » (Sujet 2 dans l'article)

Ces appels à l'énergie sont inspirés du courant Reichien (R. Gentis 1980).

On peut y voir aussi une vision cybernétique et rassurante du corps, des organes déconnectés entres eux qu'il faut remettre en place (déplacement de vertèbre), métaphore sur l'équilibre d'un corps en harmonie, mais aussi une réponse linéaire, causaliste reprenant la démarche déterministe, hypothético déductive, mais dans un registre plus imaginaire.

La relation complexe soignant/soigné permet d'aller au-delà du modèle biomédical, le patient est en général passif, pendant que le thérapeute « travaille » son corps. Il y a une notion d'abandon, de « lâché prise » et en même temps de plaisir qui dépasse la demande originale annoncée, centrée sur le seul symptôme (cf ci-dessus CAPA, sur la société de consommation qui crée ses propres besoins). Mais ce qui semble le plus commun à toutes ces approches, c'est l'engagement corporel des thérapeutes et la passivité du patient.

En résumé, les thérapies alternatives ou « douces » et la médecine sont présentées comme :

<sup>1</sup> Provenance de l'étude : Le recours aux thérapies alternatives « une éducation à un « autre corps » ? »



- Complémentaires plus que comme opposées.
- Une quête d'autres savoirs que les savoirs biomédicaux institués, c'est une recherche individuelle mais aussi portée par un contexte social, vectorisé par un partenaire thérapeute privilégié.
- Le lieu d'un corps à corps privilégié entre un thérapeute et son patient, qu'il serait intéressant d'explicitier bien davantage.
- La démarche pour pouvoir « lâcher prise » et s'échapper un instant du réalisme, de l'hyper technologique. Pour échapper à un monde en mutation chargé d'incertitude.

*« Les thérapies alternatives n'apparaissent plus seulement comme le lieu d'une éducation à un « autre corps », mais plutôt comme la quête, au travers du corps, d'une initiation à une autre vision du monde, dans laquelle l'homme moderne pourrait se libérer d'une responsabilité individuelle pesante en s'en remettant à des forces qui le dépassent. Les thérapies alternatives offrent à la fois une prise en charge corporelle permettant des temps de « lâcher prise », et l'accès à un autre monde positionnant l'individu non pas comme acteur responsable, mais comme objet agi d'une cosmologie complexe dont l'individu n'est plus le centre. On pourrait dire qu'il s'agit d'espaces dans lesquels se joue une éducation « à abandonner l'idée de maîtrise » (Lollini M.F., 1993), par une assignation à la passivité. Une pratique corporelle en parfait négatif du sport. Bref, une ré-éducation par des temps de mise au « repos » de l'injonction à devenir soi. » (Les auteurs de l'article).*

Le patient est acteur dans la démarche de recherche de soin, il fait des choix en fonction de critères qui lui sont personnels, mais c'est pour mieux subir le soin en tant qu'objet, comme un agent, entre les mains expertes d'un pouvoir chargé d'une sorte de toute puissance (rédempteur ?). Mais ne peut on dire qu'il se positionne finalement dans une démarche globale active où il est l'auteur de son rapport à sa santé, à sa maladie, à son corps ? Que ce choix de la passivité (peut être temporaire) a peut être une fonction nécessaire à un moment de vie, devant une difficulté, pour mieux se recentrer sur son projet de vie, de santé.

On voit que dans ce système complexe de l'approche des soins, le patient a un désir d'autonomie autour de valeurs se rapportant à « l'humain », mais on voit aussi clairement les dérives possibles vers toutes sortes de « manipulations » peut être plus dangereuses que des manipulations vertébrales. D'où la nécessité d'une profession (kinésithérapique) structurée autour d'un projet professionnel cohérent (l'autonomie du patient).

En matière de traitement kinésithérapique, les représentations des patients influencées par le contexte sociétal sont, on l'a vu, à prendre en considération avant toute définition d'objectifs généraux. Il faut cependant que ces représentations soient en phase avec les déterminants de la santé qui ont pu être relevés par les savoirs savants déjà recueillis. On sait que l'activité physique est plutôt favorable au lombalgie chronique, on sait qu'une douleur « modérée » pendant une séance de kinésithérapie nécessite peut être une adaptation de la procédure, mais qu'elle n'est pas péjorative pour la structure de son rachis.

Il y a donc un libre choix individuel éthique qui peut être au détriment d'une reliance sociale (absence de civisme, désengagement politique), bien que favorable à l'autonomie d'un sujet qui choisit ses contraintes (dimension dialogique à articuler). De même en matière de santé, il faut tenir compte des représentations, des choix du patient, tout en observant et agissant sur l'écart à la norme scientifique du moment.

### 2.3.5. Emergence d'une nouvelle posture du soignant :

Cette notion d'accompagnement demande au soignant un positionnement éthique et pragmatique, dans sa relation au patient, qui devient éducative par nécessité, par réalisme, au savoir à enseigner, qui passe par une didactique (Chevallard Y. 1985 1991, 1994, Gatto F., Ravestein J. 2003) pour que ces savoirs soient enseignés.

Cet accompagnement, vers les déterminants de la santé, traverse des ajustements progressifs dont le modèle de l'évaluation régulation complexe (Vial 2003) peut être le vecteur.

En résumé, en suivant Morin (1990), il faut prendre en compte trois dimensions qui agissent dans un contexte ou contingence sociale :

- dialogique : choix personnel/choix scientifique.
- récursive : respect des croyances qui permet d'aller vers les déterminants de la santé et en retour, les déterminants qui rétroagissent sur les croyances.
- hologrammique : le patient est un sujet singulier, participant comme tel au composé social, mais il est aussi porteur des valeurs de cette société.

C'est aussi la nécessité d'avoir des professionnels compétents pour didactiser leur savoir savant (référentiels scientifiques) auprès d'une population inscrite dans une nouvelle approche des soins. C'est l'émergence d'une approche éducative du soin, en complément de la dimension curative, que l'on peut apporter auprès de nos patients.

3- Question centrale :

Dans quelle mesure la connaissance des modèles de l'évaluation et les théories de l'apprentissage sont-ils utiles à la pratique de la kinésithérapie ?

4- Ma proposition :

Comment mieux accompagner en qualité de masseur kinésithérapeute les patients lombalgiques.

5 - Problématique théorique :

5.1. Les processus didactiques par rapport à l'apprentissage en lien avec l'évaluation :

5.1.1. Généralités

L'évaluation est un concept transversal à toutes les pratiques (On évalue tout le temps, on mesure en permanence). En formation, elle permet d'apprendre<sup>1</sup> (Altet, 1992) L'évaluation est l'attribution d'une valeur mise en mots à travers les critères et les indicateurs. On utilise des critères construits socialement. Pour fonder ces critères, il faut des indicateurs qui nous permettent de parler, dire le pourquoi des choses et donner son point de vue : ce sont les clés du jugement.

---

<sup>1</sup> Il est admis aujourd'hui que l'évaluation fait partie intégrante du processus enseignement-apprentissage. Une formation à l'évaluation formative dans cet esprit doit conduire les enseignants à "une prise de conscience des types de régulation, des interventions pédagogiques à partir de l'analyse des épisodes d'une séance" (Altet, 1992).

Ce qui se discute, c'est la pertinence des indicateurs. Dans une évaluation complexe, qui peut au gré des événements balayer tous les champs de l'évaluation, les indicateurs devront éclairer les trois champs de l'évaluation (contrôle, gestion et questionnement). Tout ceci est générique à toute activité d'évaluation.

Il faut pouvoir faire le deuil d'une évaluation « parfaite » synonyme de « vérité » du moment de l'évaluation. Mais il n'est pas possible de se départir de la notion de jugement. On peut se référer à la thèse de M., Desplat<sup>1</sup> (1989), l'article de S. Marro<sup>2</sup> (1995). Ces travaux traitent de la subjectivité en docimologie, en mathématique et physique, en faisant la démonstration que les notes sont dépendantes du sexe de l'évalué (et de celui de l'évaluateur), les copies des garçons avaient de meilleurs appréciations que celles des filles notamment en les qualifiant de plus rigoureux !

Mais aussi des travaux de Caverni et Noizet<sup>3</sup> (1978) sur les effets de l'ordre d'apparition des copies sur la pile du correcteur, les premières sont toujours favorablement notées par rapport aux suivantes, sur les effets du niveau scolaire, de l'origine sociale de l'élève.

Dans l'évaluation de notre patient-apprenant, la mesure des paramètres mesurables par l'évaluation sommative (test d'endurance de force, de souplesse) permettra d'objectiver des indicateurs qui ne seront qu'une partie des données d'une problématique qui s'exprime dans la lombalgie chronique de façon complexe.

Une des « prothèses » inventée pour y remédier, sont les questionnaires types QCM. Ils sont faciles d'utilisation et donnent un sentiment artificiel d'exhaustivité. Il s'agit d'un artefact, une manière de faire pour éviter tout ce qui est hors de l'attendu. En annexe (p 19), nous présenterons sous forme de questionnaire à double choix (oui/non) les indicateurs montrant les savoirs favorables à l'appropriation des savoirs chez les patients lombalgiques chroniques. Dans sa thèse F. Gatto (1999)<sup>4</sup> démontre qu'un certain nombre de savoirs sont favorable à la bonne évolution de la lombalgie, ceux-ci sont issus pour une part des savoirs savants académiques et pour partie des savoirs expérientiels des patients. Ils constituent une liste d'indicateurs qui permettent d'évaluer le patient dans son apprentissage. La patiente testée (annexe p 19) a répondu positivement à dix sept items sur dix huit, mais est elle une patiente autonome ? Ce seul outil bien que validé n'est pas suffisant en lui-même pour fournir une évaluation des savoirs d'une patiente.

Donc toute l'ingénierie de formation doit commencer à s'interroger avant tout sur la manière dont les personnes vont être évaluées et déterminer la façon que l'on va utiliser, construire, la procédure d'évaluation, tant initiale, qu'intermédiaire et finale.

### 5.1.2. Logiques d'apprentissage :

L'évaluation certificative fait déployer des stratégies et des systèmes de compensation : les apprenants travaillent leurs stratégies pour réussir les évaluations et pas forcément apprendre. Le patient au cabinet du praticien effectue attentivement les stratégies proposées, mais quand est-il ensuite de retour dans son contexte familiale ou professionnel ?

On est en présence de deux logiques d'apprentissage, l'une de restitution et une autre de production qui sont différentes et s'opposent. C'est ce que Vial (2003) appelle également une logique de contrôle et une logique d'accompagnement de la dynamique du changement.

<sup>1</sup> M., Desplat 1989 les femmes et la physique, science de l'éducation Strasbourg.

<sup>2</sup> S. Marro Revue française de pédagogie N°110, mars 1995, numéro spécial : filles et garçon devant l'école

<sup>3</sup> Caverni et Noizet "Psychologie de l'évaluation scolaire" 1978

<sup>4</sup> GATTO, F. (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

Si l'apprentissage répond à deux logiques, de restitution ou de production, il se caractérise également à travers deux types de logiques d'évaluations différentes mais complémentaires :

Le Contrôle  
Et  
La Régulation

Le contrôle renvoie à l'évaluation mesure. C'est attribuer une valeur à une production (généralement un nombre). Elle intervient après la production, c'est une logique de l'examen du produit.

#### 5.1.2.1. Logique de restitution :

Si on veut former avec l'évaluation contrôle, il faut anticiper l'évaluation, penser tout ce que l'on va demander dans son évaluation, c'est le protocole de rééducation hiérarchisé, on prépare à la restitution du produit. On évalue alors la manière dont la personne restitue, se plie aux exigences de la forme (réalisation gestuelle). En kinésithérapie la logique de contrôle se retrouve dans l'application des recommandations de la HAS. Les attendus de la rééducation sont proposés comme les produits de référence d'une bonne conduite (actebus = bon usage des soins). Par exemple, il n'est plus recommandé dans le cadre de la lombalgie de rester allongé, car les études ont démontré la non efficacité de cette attitude, voir la nocivité. De même, il vaut mieux renforcer les muscles lombaires que les abdominaux.

#### 5.1.2.2. Logique de production :

Dans la logique de régulation, l'évaluation est nécessaire et doit servir à réguler les apprentissages. Au service de la formation, elle doit servir à la personne, à fixer des choses pour l'aider à se former, l'aider à rectifier ses erreurs par anticipation (régulation proactive (Allal, 1988), c'est-à-dire avant la production.) C'est l'évaluation formative ou formatrice Vial (2003).

Dans l'éducation thérapeutique:

Logique de production	Logique de restitution
Evaluation centrée sur la valeur (autonomie = choix des contraintes) On gagne en performance	Evaluation sommative Hiérarchisation et progressions dans des objectifs prédéfinis.
Le lombalgique chronique, doit être en mesure de s'approprier une nouvelle démarche, une nouvelle façon de faire avec son « être » pour réduire sa dépendance. C'est la marque d'un changement durable.	Le projet programmatique est à réaliser, les résolutions de problème ne porteront que sur les problèmes déjà travaillés.

### 5.1.3. Intérêts et limites des deux logiques :

Dans la logique de production, le formé gagne en puissance et en performance car il est dans une dynamique de l'apprendre bien plus que dans la logique de restitution. Mais la stimulation passe par l'implication du patient dans son projet de soin (acteur), il faut qu'il se sente concerné, que les propositions fassent sens dans sa vie. C'est pour lui l'évocation d'un possible « espéré » qui peut enfin se réaliser.

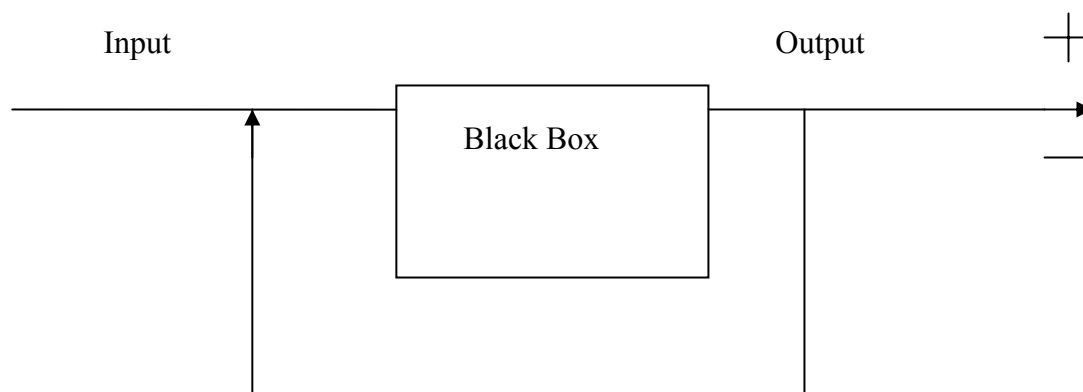
Si la certification est nécessaire, l'évaluation sommative et la logique du contrôle sont indispensables dans les pré requis et au sortir de la formation.

En kinésithérapie, la restitution est indispensable (vérifier les contenus) mais il serait intéressant d'y associer la production pour travailler les qualités nécessaires à la performance et aider à l'autonomie.

### 5.1.4. Théories de l'apprentissage :

Qu'est-ce qui préside, détermine, et agit la personne dans ses actions ?

#### 5.1.4.1. Le modèle d'apprentissage comportementaliste :



Il conditionne l'évaluation restitution. Dans la logique de restitution, la réponse est bonne ou mauvaise, positive ou négative : on parle de valence positive ou négative.

Le béhaviorisme, théorie comportementaliste fondée par J., B., Watson aux États-Unis en 1913 <sup>1</sup> repose sur la monstration (exemple en kinésithérapie : le kinésithérapeute montre au patient, en mimant l'exercice, de se baisser en gardant un dos plat pour soulever une charge). L'erreur ou écart à la norme est détectée dans la restitution et par la rétroactivité (du patient). Une partie des boucles ne sont pas conscientes, elles génèrent des automatismes, c'est ce qui permet de s'économiser.

<sup>1</sup> Définition béhaviorisme : Étude objective du comportement, refusant l'introspection, ramenant les conduites à une chaîne de stimulations et de réponses. Source: (Tiré de HOTOYAT, Fernand; DELEPINE-MESSE, Denise. Dictionnaire encyclopédique de pédagogie moderne à l'usage des enseignants, des éducateurs et des parents. Paris : Nathan, 1973. 340 p., p. 42).

<sup>2</sup> Denis Alamargot Laboratoire LaCo – CNRS « Langage et Cognition » Université de Poitiers, in [http://www.mshs.univ-poitiers.fr/laco/Pages\\_perso/alamargot/Alamargot\\_acquisition.pdf](http://www.mshs.univ-poitiers.fr/laco/Pages_perso/alamargot/Alamargot_acquisition.pdf)

Il existe au moins trois limites à ce modèle Apprentissage / Evaluation.

L'une, essentielle, est dans le transfert de la tâche. Dans l'apprentissage béhavioriste et la régulation/régularisation on transfère, en fait, très peu de chose, car la tâche est toujours contextuelle (ex : position du dos sur le lieu de travail)

Une autre limite : Si la réponse est neutralisée, s'il n'y a pas de valence, cela bloque le système. C'est-à-dire que cela nécessite un accompagnement au plus près de l'apprenant qui ne peut progresser que par les messages régularisateurs, positifs ou négatifs, du praticien.

L'évaluation cybernétique consiste en un simple attendu à chaque fois. Un écart à la norme nuit à l'efficacité dans la boucle cybernétique. Nous sommes dans la régulation de conformité décrite par J., J., Bonniol et M., Vial (2003, p226).

C'est la raison d'être de l'évaluation sommative, il vaut mieux une réponse positive ou négative que pas de réponse, c'est une constante du fonctionnement humain (ne rien dire est une source de frustration pour l'apprenant). Chaque fois que l'on fait quelque chose, on attend dans quelle mesure notre comportement est acceptable ou non.

Skinner cité par Denis Alamargot<sup>1</sup> dit que la valence doit être positive ou négative. Dans tout système de formation, il faut éviter la neutralité, éviter de renvoyer à l'apprenant son unique responsabilité. Mais peut-on se passer d'une évaluation sommative ? (Ce chapitre 5.1., est largement inspiré du cours de Jean Ravestein tiré du journal de formation validé par lui-même).

Il y a dissymétrie entre l'évalué et l'évaluateur, c'est un rapport hiérarchisé favorable à l'évaluateur. Il est important que les formateurs revendiquent leur expertise, même s'ils en connaissent les limites, et également pour cette raison (Clarté entre les positions et clarté entre les postures)

Pour avoir un écart à la norme, il faut la trouver dans un référentiel. C'est un système qui permet de mettre en place une évaluation sommative pour que le formé puisse se baser dessus, c'est un point fixe pour se positionner.

Une troisième limite du modèle, est que l'on ne regarde pas dans la « boîte noire ». Elle est traitée comme une machine qui traite une circulation d'informations.

#### 5.1.4.2. Modélisation et éclairage de la « boîte noire » dans une évaluation formative.

On bascule dans la logique de production progressivement en regardant dans la boîte noire. Certains ont cherché à modéliser l'intérieur de la boîte pour en comprendre les articulations. On utilise ici un modèle, parmi d'autres à des fins didactiques, emprunté à des chercheurs d'Aix et Louvain (Philippe Jonaert, Mario Pesenti, Jean Ravestein.)

L'évaluation dans une logique de production n'est pas là pour contrôler mais réguler, c'est-à-dire permettre à celui qui apprend de savoir où il va, c'est-à-dire donner un éclairage sur le sens de sa démarche.

---

Fondée sur des théories très puissantes venant de l'Est : L., Vygotski (1985) (Pensée et langage) qui montrent que la connaissance du sujet en sa pratique, est d'autant mieux investie qu'il la relie au but qu'il poursuit. Ceci est fondamental et nécessaire à la réussite de l'action. Les informations données favorisent la réussite de l'action.

Donc en évaluation, les critères et les indicateurs doivent lui être communiqués pour augmenter les chances de la réussite de l'action. J., J., Bonniol et M., Vial (2003 p281)

Illustration pratique :

Pour illustrer notre propos nous allons choisir un objet de notre pratique quotidienne.

Objet :

Dans nos cabinets de ville nous sommes confrontés tous les jours à la demande de patients qui veulent ou à qui on a dit de « se redresser », de se tenir « plus droit ».

On peut s'interroger sur le sens de la démarche rééducative pour le patient. Il me semble que l'on peut faire plusieurs niveaux de lecture (par les dimensions : technique, imaginaire et symbolique.)

- Une inquiétude pour l'avenir de son dos (arthrose et douleurs),
- L'aspect esthétique (image du corps).

La demande émane du patient, d'un proche, du médecin pour un jeune enfant ou pour un adulte douloureux (raison médicale invoquée).

Il faut mobiliser ses « capacités » pour didactiser des savoirs savants pour des patients particuliers, relevant de référentiels communs (anatomie, physiologie et pathologie), mais aussi particuliers (les représentations des patients sur ce qu'« est » la position « droite » en tant qu'objet, sur ce qu'elle signifie pour le « sujet »).

Le référent annoncé (se tenir droit), simple en apparence, va devenir compliqué et sans doute complexe avec la palette des représentations, des référentiels qui vont émerger.

On peut tenter de catégoriser par :

- Pathologies fonctionnelles, avec des sous catégories disciplinaires ; rhumatologie, neurologique, respiratoire, traumatique, psychiatrique, etc, qui peuvent s'associer.
- Age des patients (tous les âges de la vie peuvent être concernés, avec leur particularité)
- Sexe, avec des préoccupations différentes aux différentes étapes de la vie.
- Représentations sociales ou culturelles.

Dans l'imagerie populaire le « se tenir droit » renvoie à l'injonction militaire du « garde à vous » pour les uns, au bâton que l'on mettait dans le dos chez certains dans l'enfance (références à une « certaine » éducation). Bien souvent, une image de contrainte y est associée, mais curieusement, souvent acceptée comme nécessaire. Ce peut être aussi la représentation de la grâce chez une danseuse. Enfin le « se tenir droit » symbolise aussi une valeur morale, une façon d'être au monde.

Notre objet est donc « une demande » (ou une « commande ? ») : *Comment* se tenir droit ? Mais implicitement : de façon durable et sans effort, ce qui signifie s'approprier la posture.

But :

« Se tenir droit »

Moyens :

Nous avons deux voies principales pour parvenir à notre but. On a vu plus haut qu'elles ne s'opposent qu'en apparence. Mais l'une ou l'autre peut dominer la démarche éducative.

Quels critères favorisent l'une ou l'autre approche ?

- Le confort du thérapeute éducateur (l'évaluation sommative est plus rapide ou par force de l'habitude),
- Le fantasme pour certains thérapeutes de perdre du pouvoir en laissant l'initiative au patient)
- L'efficacité de la commande (pragmatisme) dans un certain contexte ?

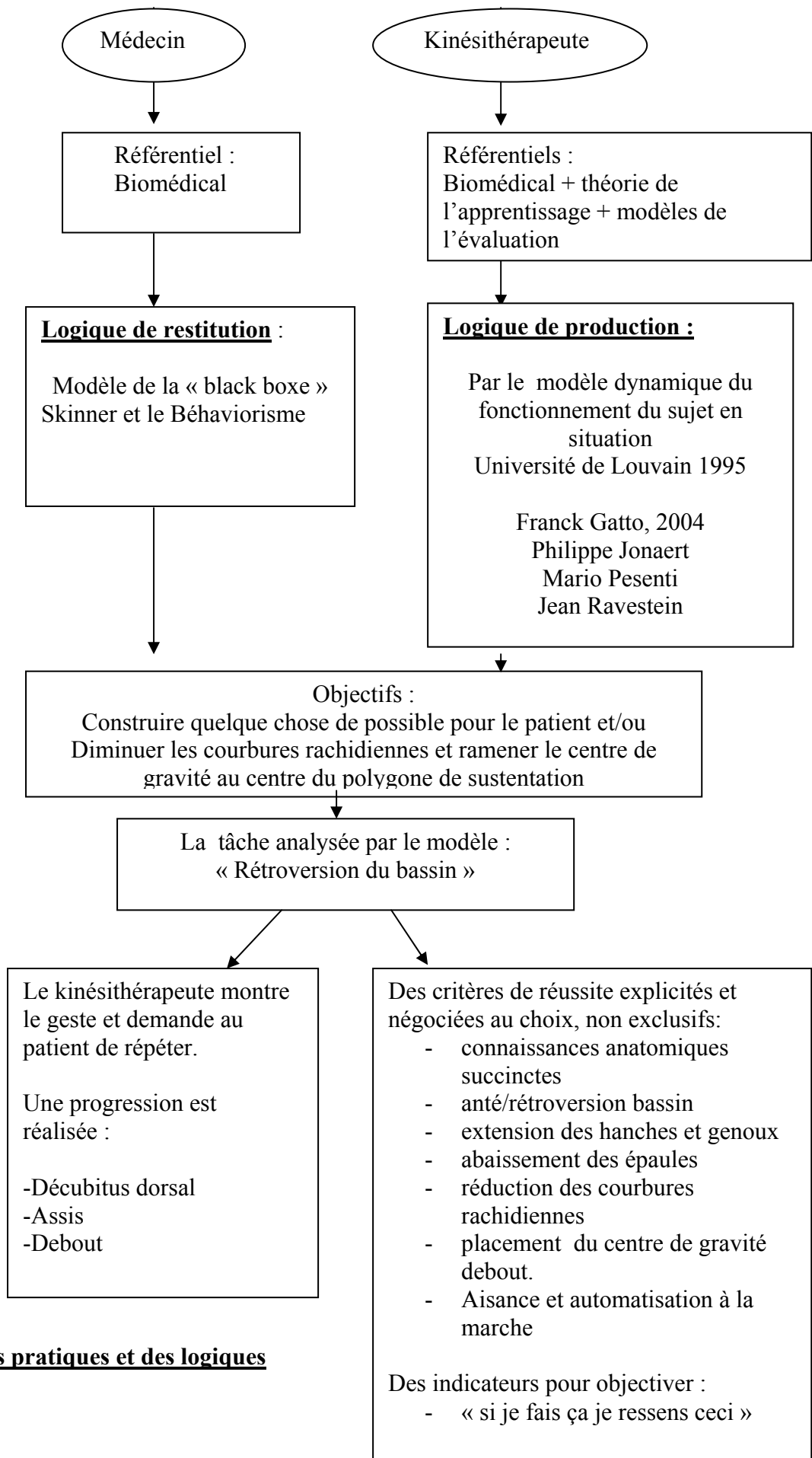
Les moyens sont fonctions du choix des référentiels c'est-à-dire en fonction du projet visée (Ardoino (1991) in Emergence de la didactique de la santé F., Gatto et J., Ravestein<sup>1</sup>), de la vision du monde.

- Agir sur le symptôme, redresser, détordre ?) (Pour le médecin prescripteur : « 10 séances de rééducation du rachis»)
- Développer l'autonomie du patient par rapport à sa problématique (Castoriadis : choisir ses contraintes)? Liberté de choix de posture : un « être au monde » différent ?

---

<sup>1</sup> <http://www.inrp.fr/Acces/Biennale/7biennale/Contrib/longue/225.pdf> ; lu le 23/08/2005





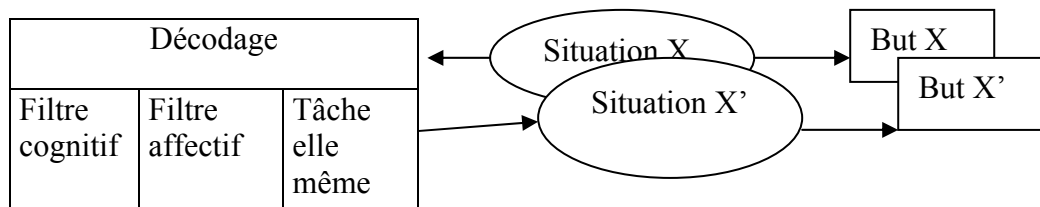
**Tableau des pratiques et des logiques**

Éclairage conceptuel pour une tâche:

La situation présentée est celle de la rétroversion du bassin en décubitus dorsal.

Le sujet est confronté pour la première fois à cette situation.

Le but et la tâche ont été explicités au sujet (connaissance des critères et indicateurs de réussite).



La situation nouvelle est analysée par le sujet par différents filtres :

*Cognitif* :

Ce que le sujet comprend de la situation à analyser. De l'ordre de la logique, de l'opérateur, de l'algorithmique :

« Si je plaque le bas du dos c'est que je suis bien en rétroversion, *mais* je m'aperçois que pour y parvenir j'ai plié les genoux, remonté les épaules et cambré le cou, *sinon* il faut que je tende les jambes, serre les omoplates et rentre mon menton »...

*Affectif* :

« Qu'est-ce que cette situation a comme sens pour moi ? Qu'évoquent ces mouvements de bassin en avant ? (Dimension sexuelle ?)

« Je me sens ridicule, en difficulté »

« En faisant l'exercice j'ai toujours mal »

*La tâche elle-même* :

Ce que le sujet perçoit de la tâche elle-même en action

« Quand je suis debout et que je veux me redresser, je cambre le dos et ça me fait mal. Ici je redresse bien mon dos puisque je le plaque sur la table et que mes épaules et ma tête touchent bien la table également, mais je n'ai pas mal »

Il décode la situation. Il crée la situation X' avec la vision qu'il a de la position « idéalisée » c'est-à-dire un concept qui représente la situation X annoncée, c'est une autre situation car la transformation de la tâche initiale par les différents filtres donne *une représentation* de la situation réelle. On évalue toujours la représentation de quelque chose. Il y a le risque qu'on ne se comprenne pas, c'est la notion de *la plage à risque* qui peut être réduite si on négocie l'évaluation pour mieux s'entendre.

*L'évaluation formative* dit : mettons nous d'accord sur la représentation, sur la distorsion entre la situation et sa représentation (plage à risque)

Il y a un risque d'approximation voir d'incompréhension. La négociation sera de l'ordre de ne pas rechercher la « perfection », de réduire les critères de réussite en fonction des possibilités actuelles du sujet vues au travers de ses filtres.

*L'évaluation sommative* se fait sur la différence. Elle agit sur la plage à risque pour discriminer. On mesurera les écarts des courbures lombaires et cervicales.

*L'évaluation formatrice* : on négocie la condition d'exécution de la tâche pour s'en rendre capable (réduction encore plus fine de la plage à risque)

On agit toujours avec une représentation du but qui est différente d'un individu à l'autre (se tenir droit : le « garde à vous » militaire pour certains, la danseuse pour d'autres). On n'accorde pas la même valeur à ce que l'on fait, d'où le problème de l'évaluateur qui doit être au plus prêt du discours du patient pour saisir dans son référentiel expérientiel le « bon » modèle stratégique pour ce patient. (Il faut savoir être polyglotte !) Ce même modèle (X') subira la distorsion de l'évaluation au contact de la situation pour le patient lui attribuant une nouvelle compétence. Fournissant ainsi un nouveau modèle (capacité) qui ira s'inscrire dans les champs de sa mémoire à long terme (MLT.), permettant de construire de nouveaux critères et indicateurs avec le patient

Dès que la représentation est créée, de manière irrépressible, immédiatement se forme une représentation du but : Quand le patient fait le lien entre les rapports de sa courbure lombaire et son extension des hanches. Mais ce peut être aussi le lien avec l'imaginaire : Celui du modèle « stocké » en mémoire qu'il aperçoit dans le miroir de la régulation, l'acteur, le chanteur, le père ou la mère, etc. (transfert psychanalytique dans un autre référentiel)

Personne n'agit sans représentation du but, aussi approximative soit-elle (comportement humain) ; dans le cas contraire on approche la confusion. **Il faut se référer ici encore à Jean Piaget et Bärbel Inhelder (1975)** quand ils parlent de la fonction symbolique qui se construit autour de la représentation d'un « signifié » quelconque (objet, événement, schème conceptuel, etc.) grâce à la fonction « signifiante » différenciée de l'objet pour l'enfant (La voix est un indice de la mère et le signal d'un possible réconfort) qui donne le sens à l'action. L'action est donc motivée par un signifié (but) qui est représenté par le signifiant (en mémoire). A noter que cette vision s'oppose à la thèse phénoménologique de Dreyfus (1972)<sup>1</sup> Le but X (contenu dans le référentiel) ne correspond jamais au but que moi je me fixe parce qu'il est objet de représentation.

La représentation du but est différente pour chacun !

On n'accorde pas la même valeur à ce que l'on fait, ce qui peut poser un problème à l'évaluateur.

La stratégie choisie par le sujet apprenant repose selon 3 principes

- Une *Sélection* s'opère dans l'ensemble des informations à disposition (de certaines et pas toutes. Le sujet peut choisir de remplir tous les critères simultanément, ou procéder par étapes choisies). Une évaluation à ce stade peut renvoyer à un défaut de sélection.

---

<sup>1</sup> « La nature pré-objectivée et formaliste des représentations de l'IA (intelligence artificielle) se tient en complète opposition avec les structures majeures de l'être-au-monde humain, tel qu'il est décrit par les auteurs de la tradition phénoménologique que Dreyfus privilégie. »  
D'après Jean Lassègue et Yves-Marie Visetti Paru dans *Intellectica*, 2002/ 2, n°35 : 7-25. Lu sur le site [http://www.lattice.cnrs.fr/article.php3?id\\_article=40#nh2](http://www.lattice.cnrs.fr/article.php3?id_article=40#nh2)

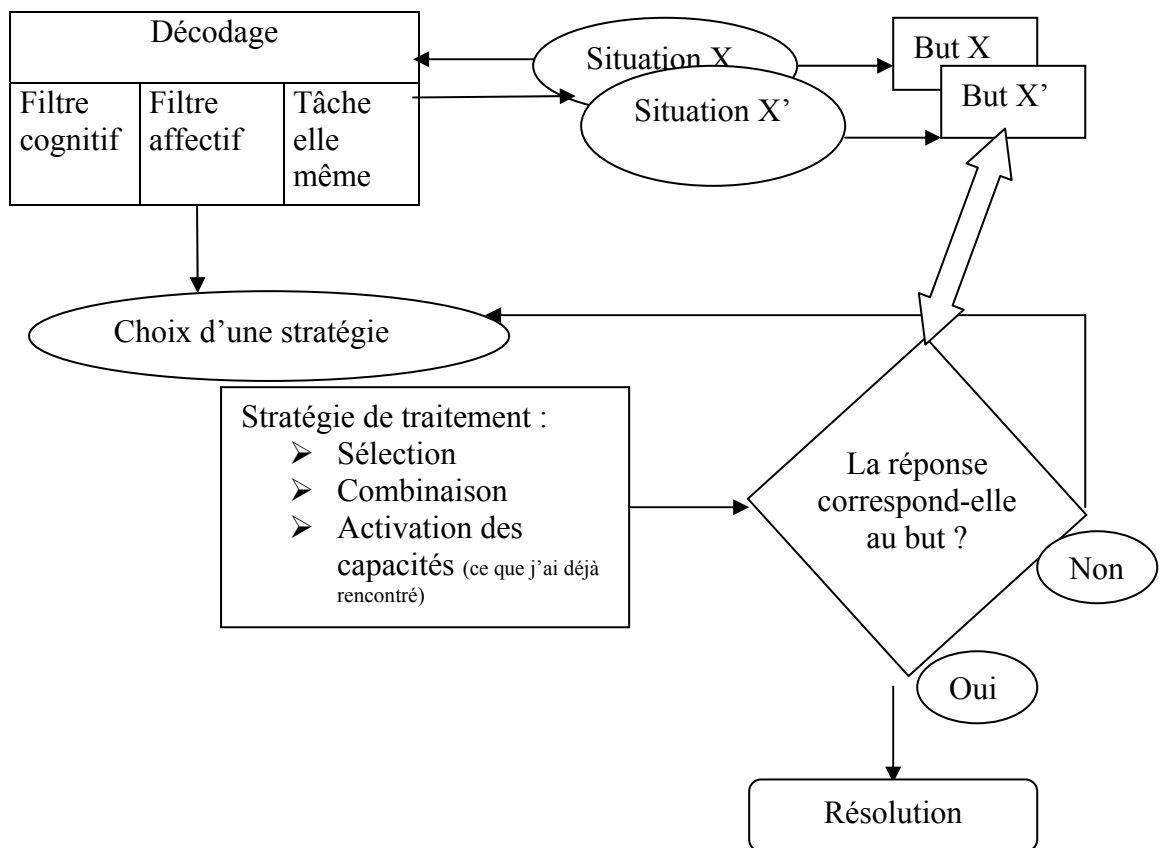
- Une *Combinaison*, qui agence ce que j'ai sélectionné avant (mentalement ou en action, en commençant par le bas par exemple : hanches, bassin, lombaire, dorsale, ceinture scapulaire, cervical) : je combine, j'agence, je mets à disposition avant d'activer les capacités.

- L'*Activation des capacités*, c'est se rendre capable de rentrer en action (des choses déjà rencontrées, construites à partir d'habitus, parfois vécues complètement, parfois incomplètement, faisant partie de mon histoire etc.).

« Je sais que je marche courbé en avant surtout quand j'ai mal au dos, ça me soulage. Puis j'ai du mal à me redresser. Si j'ai trop mal, j'ai besoin de m'asseoir. Après cela le dos se remet en place et je peux repartir plus droit. Donc, debout, si je place mon bassin comme ceci (rétroversion) c'est comme si j'étais assis, mais il faut que je tende mes jambes et que je relève la tête » (patient avec un canal lombaire étroit)

Il s'agit de connaissances pour être « capable de » et pas seulement des savoirs.

Je réalise ma tâche (but X') puis évaluation de celle-ci : est-ce que cela correspond à mon but X' : oui / non = je repars au début.



Ce modèle est utilisable pour une action, une tâche.

Cependant il faut temporaliser la tâche en fonction des difficultés. S'il y a difficulté il faut de l'auto questionnement. Vial (1996 b)<sup>1</sup> : « *L'auto-questionnement, c'est chaque fois que le sujet se pose des questions sur le rapport entre lui et l'objet, sur le sens de ce qu'il vit (et ce n'est pas quand il se pose un problème à résoudre ou quand il se met devant une alternative pour gérer le probable comme dans la prise de décision : se questionner n'est pas s'interroger* » Imbert, (1985)<sup>2</sup> : " *A quoi ça sert ce qu'on me fait faire ? A quoi ça peut me servir dans le professionnel que je deviendrai ? Quel type de professionnel suis-je entrain de devenir ? Quel type d'élèves je veux former ? Quelle sorte d'étudiant suis-je entrain d'aider à advenir ? etc....*" *ce genre de questions que le professionnel ne cesse de se poser, aussi longtemps qu'il n'est pas victime de l'illusion de se croire expert ; ces questions qui sont l'essentiel du processus (inachevable) de professionnalisation.* »

L'observateur analyse le fonctionnement de la production. Il faut chercher d'où vient l'erreur, le filtre cognitif, affectif, la tâche elle-même ?

Structuration de la mémoire.

Je fais et j'agis en fonction de ce que je sais. Il y a :

- la mémoire à long terme (MLT), de masse, le disque dur de l'ordinateur
- la mémoire à court terme, mémoire de travail (MT), vive, RAM

La mémoire de travail est limitée (7 à 8 chiffres maxi, Selon Miller (1956)<sup>3</sup>, il serait difficile, à un être humain, de maintenir et traiter simultanément plus de sept unités d'informations dans le registre de la MT.

D'où l'intérêt de donner des consignes concises (nous avons déterminé avec notre patient 7 critères de réussite)

Champ théorique : La psychologie cognitive :

Dans la MLT, les connaissances ne sont pas stockées n'importe comment, mais sous forme de champs correspondant à des épisodes vécus dans lesquelles je me suis montré capable de... (Capacités). L'école prégnante, l'école cognitiviste, aujourd'hui nous dit que ces champs sont principalement structurés par le langage, par champs sémantiques.

Exemple : un chien correspond à un chien particulier mais pas un chien générique, un chien que je connais. Puis on a la notion de chien, généralité avec des spécificités. De plus viennent en mémoire les mots, niche, laisse et autres qui me sont personnels.

Il en est de même pour les capacités : il y a ce que je sais faire ou ce qu'il m'est impossible de faire.

Tous ces champs sont reliés sous forme de schèmes (Piaget date 1975)<sup>1</sup> construits par mon expérience, amendés, déconstruits, reconstruits au fur et à mesure de mon vécu. D'où la

---

<sup>1</sup> En question - Les Cahiers de l'année 1996 - Cahier 2

Michel Vial : Dans la formation en alternance, le différentiel, un outil pour évaluer les stages.

Lu le 25/08/2005 sur : [http://www.up.univ-mrs.fr/~wse/dossier\\_pdf/recueil1996\\_cahier\\_2.texte.pdf](http://www.up.univ-mrs.fr/~wse/dossier_pdf/recueil1996_cahier_2.texte.pdf)

<sup>2</sup> In : En question - Les Cahiers de l'année 1996 - Cahier 2

Michel Vial : Dans la formation en alternance, le différentiel, un outil pour évaluer les stages.

Lu le 25/08/2005 sur : [http://www.up.univ-mrs.fr/~wse/dossier\\_pdf/recueil1996\\_cahier\\_2.texte.pdf](http://www.up.univ-mrs.fr/~wse/dossier_pdf/recueil1996_cahier_2.texte.pdf)

<sup>3</sup> Miller, G. A. (1956). The magical number seven, plus or minus two : some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review*, 63, 81-97.

labilité d'un concept aussi générique que « se tenir droit » ! (droit/raide, droit/tout le temps, droit/quand il le faut ?)

Dans ma stratégie, de manière temporalisée, on a :

- T0 Capacités
- T+1 Représentation de la situation
- T+2 Pré activation de capacités
- T+3 Sélection
- T+4 Combinaison
- T+5 Activation
- T+6 Réponse

La mémoire sélective permet un meilleur « stockage ».

Les champs sont constitués en capacités diverses en fonction des situations. La mémoire vive est inactive en T0.

La représentation est instantanée quand la situation intervient en T+1.

Si je ne sais pas ce qui arrive, c'est que je ne peux pas me représenter la situation, si je ne l'ai jamais rencontrée, ex : une nouvelle situation d'apprentissage (se tenir droit pour un sciotique n'a pas de correspondance dans sa mémoire à long terme).

Dès qu'il y a représentation, il y a un petit temps de pré activation des capacités T+2 (Est-ce là que se joue le transfert d'apprentissage ?) Les gens ne sélectionnent pas immédiatement ce qu'ils vont avoir à faire mais activent un plus large spectre (plusieurs portes, pas seulement celle qui va me servir).

Puis le temps de la sélection qui agit comme une lentille, focalisant des capacités en fonction de ce que je vais faire. Au fur et à mesure, je focalise en écartant ce dont je n'ai pas besoin.

Si lors de la pré activation, des capacités ne sont pas les bonnes, il y a un risque de confusion. Par contre les ultra précautionneux mobiliseront une surabondance de capacités, avec sa contrainte de temps (chronophage).

Puis il y a combinaison dans la mémoire à court terme sur environ 7 blocs de données.

En mémoire de travail, on ne peut pas faire plusieurs choses en même temps. C'est la nécessité de cerner les éléments d'apprentissage.

En réalité la combinaison se personnalise, je m'arrange avec la situation : activation puis action et je rétroagis à la situation.

A l'inverse, on ne peut pas faire et se regarder faire. Si personne ne nous regarde faire, on peut toujours rester dans l'erreur. Le patient demande toujours la confirmation qu'il réalise correctement l'exercice.

Le formateur par ses interventions fixe des points de repère dans la MLT du sujet pour la rendre disponible. Le formateur transforme la capacité<sup>2</sup> en compétence.

---

<sup>1</sup> Selon Piaget, les structures mentales peuvent être définies à travers la notion de schèmes. Ces derniers correspondent à des ensembles organisés de mouvements ou d'opérations mentales (Piaget, J. (1975). L'équilibration des structures cognitives. Problème central du développement. Paris. PUF.)

<sup>2</sup> Définition de la Capacité : un ensemble de savoirs, savoir être, savoir-faire déjà activé dans une situation antérieure et disponible dans la mémoire à long terme du sujet.

En terme philosophique, cela réhabilite l'expérience (dimension phénoménologique), sa valeur par rapport à la logique de restitution stricte. Dans le cas du canal lombaire étroit, c'est même la description par le patient de sa stratégie qui oriente le diagnostic. A son tour le thérapeute est confronté au même processus cognitif. A l'évocation du patient il y a un T+1 avec représentation de la situation clinique de son patient (niveau méta cognitif qui lui permet d'aller directement vers l'évocation diagnostic et stratégique).

On voit l'importance de passer par des rencontres avec des objets de savoir et de les rendre disponibles dans la MLT par le langage.

La psychanalyse existe car MLT n'est pas transparente à soi-même. Cette MLT serait de l'ordre de l'inconscient ?

La capacité s'actualise, on l'a en nous mais elle est virtuelle. Elle arrive à la connaissance du sujet ou de l'observateur grâce à la situation. C'est la nécessité de replacer le patient aussi souvent que possible dans l'évocation de la situation que l'on travaille (P., Vermerch, 1997). Lui faire dire comment il se comporte dans « la vie » pour cette tâche définie. Replacer le patient dans son contexte pour faciliter la restitution de la MLT.

Pour Piaget, on construit en confrontation avec le réel et donc tout projet d'apprentissage doit s'accompagner de diversification des situations pour que l'apprenant fasse ses preuves, puisse actualiser ses capacités. S'il y a absence de situation, l'apprenant ne sait pas s'il est capable.

A la naissance, l'égalité des chances est virtuelle (Bourdieu 1979, La distinction), mais l'arborescence des destinées (de vie) fait que l'on apprend, que l'on se construit des capacités, et donc par nécessité logique, nous sommes tous différents (nous n'avons pas la même histoire).

Pour Piaget, tout s'apprend, rien n'est inné. Toutes les connaissances sont le fruit d'une interaction entre le sujet et son milieu, c'est-à-dire entre les propriétés intrinsèques de l'objet et l'action du sujet sur l'objet (Dolle, J., M.1974-1999.p48). Piaget a défini une épistémologie génétique qui repose sur des principes généralisables. L'adaptation du sujet à son milieu est le juste équilibre entre *l'assimilation* et *l'accommodation* à celui-ci. C'est le passage par une *abstraction simple* où le sujet découvre les propriétés de l'objet, puis par une *abstraction pseudo-empirique* où il découvre les effets de sa propre action à transformer l'objet (ce que ça fait). Par une troisième étape, *l'abstraction réfléchissante*, il peut tirer des généralités des découvertes des propriétés de l'objet. Ces étapes « fonctionnelles » transforment la structure du sujet par l'assimilation des connaissances dans un premier temps « *absorption pure et simple de l'objet comme tel par les structures de l'activité du sujet, mais aussi pour chaque résistance de l'objet* » (Dolle, J., M.1974-1999.P48).

Dans le modèle de Ravestein nous sommes ici entre T0 et T6 où le sujet reçoit une information brute qu'il tente de mettre en relation avec des connaissances existantes. La régulation de la plage à risque permet de renvoyer un signal qui « aide », en jouant sur les différents filtres, le sujet au travail d'accommodation « *modification des structures de l'activité du sujet pour parvenir à assimiler l'objet* » (Dolle, J., M.1974-1999p48). L'objet reçu est déformé pour l'assimiler puis transformé pour être accommodé, approprié.

Le sujet qui apprend passe en fait par deux étapes nécessaires, l'objet est considéré sous un *aspect figuratif* dans un premier temps, c'est la connaissance par la perception du réel tel qu'il s'impose. Puis sous un *aspect opératif*, (Dolle, J., M.1974-1999p48) par la création d'états nouveaux en transformant le réel, créant grâce à l'abstraction réfléchie un nouvel objet. Apprendre c'est donc créer !

En conclusion :

Le modèle étudié plus haut est un modèle fonctionnel, inspiré du modèle Piagétien. L'information non inscrite dans le vécu, dans la mémoire du sujet, prendra place en déformant la structure (c'est-à-dire les savoirs préexistants), qui l'assimilera au milieu de son champ de connaissances (capacités) créant un nouveau savoir par accommodation. L'adaptation sera travaillée dans la plage à risque qui permet la régulation en fonction des attendus, des buts fixés au début de l'apprentissage, donnant ainsi une nouvelle compétence à l'apprenant.

Pour Chomsky (1957), tout s'apprend avec le langage, par champs sémantiques. Tout s'apprend à partir d'une structure préexistante du langage. En opposition à Piaget pour qui rien n'est organisé à l'avance, le cerveau serait prêt à être rempli par des schèmes langagiers.

Le mythe de Babel apparaît comme la punition suprême : être confronté à plusieurs langues sans pouvoir se comprendre. On repense au soignant et à son patient qui n'arrivent pas à communiquer dans le même registre de pensée.

Pour Chomsky, dans toutes les langues, il y a la même structure : des vocables qui désignent des objets, des choses, des actions, des états (Chez nous par exemple, nom qualificatif, verbe d'état ou d'action, attribut du sujet...). Cette structure vide au départ appartient à la nature humaine, prête à s'enrichir.

Pour Gatto et Ravestein (1999), Vial (2003p65) : « *Pour Vygotski le langage aurait deux fonctions essentielles*

- *une fonction sociale pour communiquer avec les autres ;*
- *une fonction régulatrice impliquée dans le contrôle, par le sujet, de ses comportements.*

*Le langage peut, selon nous, jouer un rôle essentiel pour favoriser l'évaluation-régulation des représentations du patient par rapport à sa pathologie. »*

Vygotski, dit qu'un regard évaluateur sur l'ensemble du processus est fondamental. Aussi il est essentiel de demander de l'aide. Celui qui aide apprend autant que l'autre par la confrontation des 2 modèles. Pour Vygotski, le langage est un outil qui permet de se détacher de l'objet, le langage permet de parler de « l'objet virtuel » qui par définition n'est pas matérialisé. L'objet devient un « objet » de communication entre deux individus (une sorte de deuxième niveau).

Le fait d'explicitier les actions attendues aide à la construction d'un objet virtuel. Cet objet va permettre d'interroger les champs de la MLT à la recherche d'une représentation congruente (T1). Cette activation aboutira à une action qui produira le but X'.

On ne peut avoir de définition de la compétence<sup>1</sup> que par rapport à une définition de la capacité. Je suis compétent de mon point de vue avant tout, c'est l'évaluation qui me permet de ne pas être bon que pour moi. L'évaluation ouvre au monde. Le patient pour devenir compétent doit donc activer son savoir expérientiel (capacités) et c'est dans la réalisation de la tâche attendue, dans la réalité de la situation qu'il actualisera ses capacités en devenant compétent pour cette tâche. Pour Bourdieu, on est toujours l'aristocrate de quelqu'un. On a

---

<sup>1</sup> Définition de la compétence : Ravestein La compétence est la sélection, la coordination et l'activation de capacités dans le but de répondre aux sollicitations de la représentation que le sujet s'est construite d'une situation donnée.



donc tous quelqu'un de plus compétent pour une tâche donnée. Evaluer la compétence pose un problème.

La compétence dont on parle est celle de quelqu'un. Il est illusoire de vouloir la définir de façon générale. Dans une situation X' elle n'est peut-être pas la même que dans la situation X (problème affectif ou autre).

Le groupe constitue une synergie de capacités et les compétences d'un groupe sont très difficiles à définir. Le travail en groupe avec des patients complexifie la tâche de l'évaluateur qui doit activer des capacités particulières (multiplicité des interrelations, donc des objets à mobiliser) pour faire fonctionner le groupe (ou l'équipe).

En pédagogie par objectifs (PPO), le vrai problème est la transférabilité (situation, outil, patients différents etc.), les moyens se confondent ici avec les capacités, limitées, car réduites à un simple programme. De plus la résistance au changement est à questionner (comment est analysé l'échec ?).

Il faut donc varier les contextes et les situations le plus possible pour éprouver ses capacités et les mobiliser en compétences. Il en est de même pour éprouver ses connaissances et les mobiliser en savoirs. Dans le cas de notre objet, il sera proposé de réaliser des exercices, aussi variés que possible, pour se rapprocher du champ des possibles vécu dans le quotidien du patient. Avec pour limites les implications, les imaginations croisées du patient et de l'éducateur (processus), sans oublier la réalité biomécanique du patient.

De plus il existe toujours un processus d'actualisation, « comment je m'y adapte » disait Piaget.

L'aptitude s'objective selon des critères, c'est une capacité objectivable et mesurable. C'est l'indicateur qui fait parler le critère.

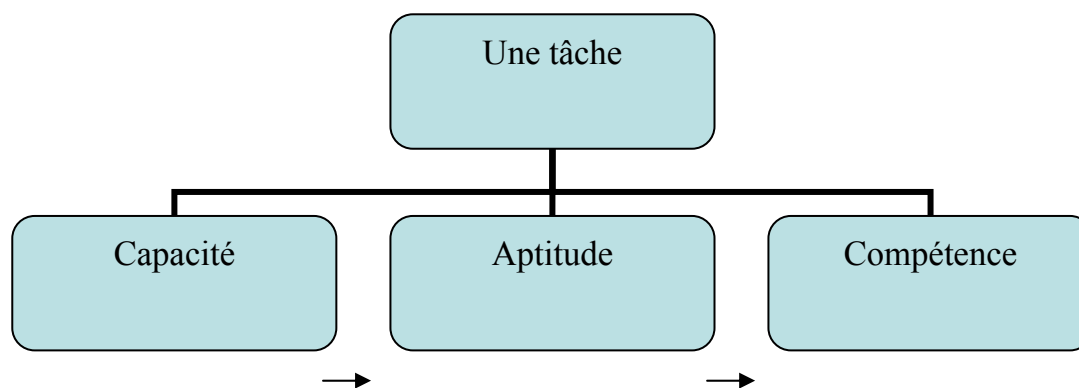
Les Bilans de pré requis servent à évaluer les aptitudes selon des critères (les plus aptes, les mieux armés). Au-delà, sur une tâche « simple » (évaluer un patient qui soulève une charge), on ne peut le faire qu'à l'essai pour les compétences (j'énonce les capacités requises en terme de savoir, savoir-faire, savoir être).

Mais dans une combinatoire, la difficulté augmente :

On peut donc avoir des savoirs forts et un « savoir être » faible, que choisir ?

- Le patient qui finit par s'estimer suffisamment droit (savoir-être adapté pour lui), même si l'évaluation contrôle au fil à plomb montre un écart important avec la verticale (savoir-faire faible) ?
- Le patient qui se tient droit mais raide. ?

La formation ne peut pas être purement théorique ; c'est impossible (en particulier en kinésithérapie).



En résumé, une tâche mobilise des capacités qui s'opérationnalisent par des aptitudes à la réaliser, créant une compétence pour celle-ci.

## 5.2. Les modèles thérapeutiques pour les patients lombalgiques chroniques en lien avec l'évaluation :

Dans ce chapitre, nous allons nous appuyer sur deux études de référence pour illustrer les pratiques actuelles et mettre en lien une vision médicale, actuellement en vigueur, de la thérapie des patients lombalgiques chroniques avec les modèles de santé et de l'évaluation. Celle du Pr. Maigne<sup>1</sup> (annexe p 21) et celle du Pr. Llorca<sup>2</sup> (annexe p 32).

### 5.2.1. L'approche structurelle :

Pour le Pr. Maigne (2002), l'approche cartésienne que l'on peut comprendre comme incluse dans le modèle biomédical strictement causaliste, vision centrée sur l'organe malade, est dépassée. Les moyens purement médicaux lui semblent insuffisants :

*« Il est pratiquement impossible de découvrir la lésion causale, sauf dans moins de 10% des cas [...] Aucun test clinique, aucun examen d'imagerie n'est contributif. D'autre part, c'est une constatation commune que des patients différents, mais porteurs de la même lésion, vont ressentir des douleurs de type et d'intensité très variables. Certains n'en souffriront pas, car nombre de lésions vertébrales sont parfaitement tolérées. On ne peut donc mesurer la douleur indépendamment du patient qui la ressent. Si aucune lésion n'est trouvée, ceci risque d'augmenter l'anxiété du patient vis à vis de sa douleur. »*

### 5.2.2. L'approche fonctionnelle ou biopsychosociale :

Plus loin dans la même étude, le Pr. Maigne fait une description de l'approche biopsychosociale de Weddell, en rappelant qu'il est parti de la neurophysiologie pour construire son modèle en laissant en marge la dimension ostéoarticulaire. Une étiologie neurophysiologiste expliquerait la douleur (dimension bio) :

*« La douleur n'est pas qu'un simple influx nerveux. A la longue, elle modifie le fonctionnement des voies sensibles du système nerveux central, dotées d'une certaine*

<sup>1</sup> Pf Jean Yves Maigne (2002) chef de service de médecine physique à l'hôtel Dieu à Paris (Peut on modéliser le mal de dos ? vu en ligne le 08/07/2005 :

[http://www.sofmmoo.com/publications/publications\\_en\\_mmo/divers/modeliser/maigne\\_modeliser\\_mdd.htm](http://www.sofmmoo.com/publications/publications_en_mmo/divers/modeliser/maigne_modeliser_mdd.htm))

<sup>2</sup> Pf Guy Llorca Professeur de Thérapeutique des Universités, Chef de service de Rhumatologie, Centre hospitalier Lyon Sud, 69495 Pierre Bénite Cedex

Le traitement actuel des lombalgies chroniques Médecine thérapeutique. Volume 10, Numéro 2, 75-81, Mars-Avril 2004, Revue vu en ligne le 08/07/2005 : <http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/print/e-docs/00/04/03/4A/article.md>)

*plasticité. Par exemple, au sein de la corne postérieure de la moelle, les synapses connectant les inter-neurones se multiplient et prolifèrent. La conséquence en est l'apparition d'une hyper-sensibilité périphérique (ou tout au moins d'une sensibilisation). Tout devient douleur, même des stimuli inoffensifs. Plus haut, au niveau de l'encéphale, influx nociceptifs, réponses motrices et émotions sont intimement liés. Ces mécanismes apportent une première contribution à la chronicité. »*

Pour l'aspect psychosocial, sa lecture est intéressante :

*« La structure mentale de l'individu et certains facteurs sociaux interviennent aussi dans le passage à la chronicité. Ces derniers ont été bien étudiés et l'on connaît leur rôle, moins dans la survenue d'un premier épisode que dans sa chronicisation »*

On peut penser peut être que l'évaluation mesure ne recueille pas les bons indicateurs lors du premier épisode et que cette question est laissée en marge dans les examens médicaux. On pourrait par exemple laisser la personne évoquer son problème de dos à travers les indicateurs discursifs de F. Gatto (1999)<sup>1</sup>. A savoir si le patient s'exprime dans une vision dogmatique ou non et avec des représentations de sa problématique pertinentes ou non, par exemple : « je suis sûr que les douleurs sont liées au vieillissement et qu'on n'y peut rien ! ». Vision à la fois dogmatique et non pertinente dans le cas d'un lumbago. On pourrait sans doute limiter le passage à la chronicité où l'inscription dans des schémas répétitifs nuisibles à la santé et difficiles à modifier par la suite.

Plus loin l'auteur écrit:

*« Ces facteurs vont du bénéfice secondaire que peut attendre le patient de la part des organismes payeurs »*

Cette réalité psychosociale est fréquemment évoquée dans la littérature médicale en général, la lombalgie n'échappe pas à cette remarque. Le bénéfice secondaire de la maladie ne serait il pas plus complexe que la simple reconnaissance matérielle ? Cette dimension psychosociale ne devrait pas à mon sens se limiter à cette approche. Elle fait référence à un milieu socioculturel défavorisé, mais la lombalgie « psychosociale » « moderne » semble dépasser, et de plus en plus, ce contexte sociétal<sup>2</sup> (personne peu argentée avec un poste de travail peu valorisant). Dans cette étude, parmi les patients que j'ai particulièrement suivis pour ce travail, l'une est directrice de l'exécutif à la direction générale d'une grande banque, l'autre est spécialiste financière dans un grand cabinet d'audit international. Il me semble plus opportun lors de la venue de notre patient, en première intention, en plus et sans doute avant, notre bilan diagnostic de procéder à une écoute comme « l'entend » Maurice Bellet<sup>3</sup> (L'écoute 2004 p 29). Pour aborder cette dimension psychologique qui va nous renseigner sur la nature du « climat » de ce patient singulier « l'écoute » qui est une « évaluation complexe » puisqu'il s'agit de recueillir les éléments du « reste » (Vial, 2003). C'est-à-dire le recueil d'informations, de signes, (peut-on parler encore d'objet ?) qui ne peuvent être objectivés facilement (justement) dans les grilles de tests d'évaluation.

<sup>1</sup> In Gatto et Ravestein 1999 (Emergence de la didactique de la santé), 2003 dans REK (Pour une didactique des sciences et techniques de la kinésithérapie : l'exemple de la lombalgie)

« Le différentiel est un outil d'auto-évaluation de la pensée utilisable par la conscience pour repérer les fruits de son activité » (Favre, 1997).

<sup>2</sup> cf chapitre 3.1. contexte sociétal

<sup>3</sup> « Toutefois, ce désir se montre en la demande d'être entendu, et celle-ci à son tour peut prendre des tons et des modes très divers, et qu'il faut respecter. C'est pourquoi il ne convient pas de la ramener d'office à une demande thérapeutique. Car ce déplacement risque d'être très mal perçu : on est considéré comme un malade, c'est-à-dire quelqu'un dont la parole est vaine, ou d'avance traduite ! Désastre. Cette réduction au thérapeutique est ainsi une faute, du point de vue même de la thérapie. C'est en effet, de la part du thérapeute, imposer sa loi, au lieu d'écouter ce qui lui est dit. La recherche de l'autre, portée en sa demande, doit être écoutée en ce qu'elle dit. Ce peut être recherche philosophique, besoin de sagesse, voie spirituelle, quête de la réussite, appétit d'amour. Si c'est cela qui est dit, c'est cela qui doit être écouté : il ne faut point se lasser de le répéter. C'est du même coup, pour celui qui parle, liberté complète de son langage. Il parle la langue qui lui convient ; et qui peut être abstraite ou imagée, tournée vers le récit ou vers la théorie, cultivée ou sauvage. »

Une remarque importante que souligne le Pr. Maigne est le fait que ces patients, présentent ce que Waddell nomme les « fausses certitudes des patients »<sup>1</sup>. Ce sont bien sur des éléments qui seront pris en compte.

A l'inverse Waddell observe :

*« Que certains patients développent une stratégie de prise en charge de leur douleur qui les met à l'abri d'une telle évolution. Ce comportement positif, le fait d'assumer et de vivre avec son mal le mieux possible, doit être encouragé et développé chez tous les patients. »*

Là, réside pour Waddell, la vraie prévention de la chronicité.

Le Pr. Maigne suggère de faire un « triage », terme contestable à mes yeux, qui ne tient pas compte de la temporalité du mal de dos et qui fixe une problématique susceptible d'évolution :

*« Ceux qui ne sont pas à risque doivent être pris en main par le médecin généraliste, le kinésithérapeute, l'ostéopathe ou le chiropracteur. Du chaud, du froid, quelques médicaments seront suffisants, puisqu'il n'y a pas de lésion, mais seulement un « dysfonctionnement. Il faut même les encourager ».*

On est étonné des maigres savoirs qui semblent nécessaires aux kinésithérapeutes et aux médecins généralistes, on entre là dans la vision hygiéniste (modèle globale positiviste de santé) de la médecine où les bons conseils bien choisis suffisent à rassurer un patient raisonnable. Nous sommes bien dans le modèle biopsychosocial, mais toujours dans le paradigme positiviste où la bonne cible (psychologique ici) doit être trouvée et traitée avec les « Armes » pour reprendre la terminologie militaire, nécessaire.

*« Le problème du dépistage des patients à risque est fondamental, Le principal signe de risque d'évolution chronique est la persistance de la douleur au bout de 4 à 6 semaines, surtout en cas d'arrêt de travail concomitant. »*

On peut là encore se demander pourquoi attendre un délai aussi long pour s'intéresser à la dimension psychologique. Il est évident qu'à ce stade le patient se sera sans doute largement inquiété sur l'origine de ses douleurs, surtout si la composante psychosociale est dominante. Un accompagnement kinésithérapique, dès les premiers jours, pour « évaluer » de façon globale le patient paraît pertinent à ce stade pour repérer les représentations qui s'écartent des déterminants de la santé<sup>2</sup>, F.Gatto (Soins cadres - n°45 - février 2003) rappelle : « Les

<sup>1</sup> **Quelques fausses certitudes des patients sur leur douleur (d'après Waddell)**

- Il n'y a pas de vrai traitement pour le mal de dos
- Le mal de dos finit par vous empêcher travailler
- Avoir mal de dos signifie souffrir par périodes pour le reste de sa vie
- Les médecins ne peuvent pas grand-chose pour le mal de dos
- On peut finir ses jours sur une chaise roulante quand on a mal au dos
- Le mal de dos signifie de longues périodes d'arrêt de travail
- Le repos constitue le meilleur traitement du mal de dos
- Les douleurs de dos s'aggravent progressivement avec l'âge

<sup>2</sup> **Quelques facteurs de risque psycho-social (cf Maigne)**

- Fausses certitudes du patient : le mal de dos est un terrible handicap
- Comportement d'évitement et de réduction d'activité
- Tendance au repli sur soi et à l'isolement. Comportement sur-protecteur du partenaire
- Travail manuel jugé dangereux en soi
- Attente passive. Absence de participation active

*déterminants de santé d'une population ont été largement décrits ; il s'agit des soins curatifs, du niveau socioprofessionnel, de l'alimentation, de l'hygiène de l'eau, des souffrances, du stress, de la confiance en soi, de l'estime de soi, des revenus, du logement, de la justice sociale, de l'éducation, de l'écosystème, des loisirs, du travail, de l'environnement, des comportements et des modes de vie. Les comportements et les modes de vie constituent les déterminants majeurs, les soins curatifs n'étant qu'un déterminant parmi d'autres.[...] Ici, la santé n'est plus considérée comme l'absence de maladie ou d'infirmité et la maladie comme la seule variable indépendante qu'il faudrait détruire.*

(Faut-il un « délai de carence » ? La plainte du premier jour, trop récente pour être valide doit-elle « mûrir » pour se formaliser et devenir lisible, crédible ?).

A ce stade Waddell suggère une attitude « positive » auprès du patient. Tourné vers celui-ci, il tente d'obtenir sa participation active dans un projet de soins résolument actif. Il utilise la démarche comportementale réflexive pour aider le patient.

Mais le Pr. Maigne ne suit pas l'interprétation de la douleur que fait Waddell. Pour lui, dans le modèle biopsychosocial, il y a une douleur aiguë et une autre chronique, dont le passage de l'une à l'autre est déterminé par les facteurs psychosociaux. Il s'agit pour lui d'un modèle bipolaire.

Selon lui, l'origine des douleurs du lombalgique est très probablement d'origine ostéoarticulaire avec sa composante inflammatoire. D'autres facteurs de chronicité comme une composante dégénérative ostéoarticulaire sont cités, mais également :

*« Il existe aussi des états d'hypersensibilité à la douleur comme la fibromyalgie ou la dépression masquée, qui sont fréquents dans une consultation de pathologie vertébrale, et qui réagissent bien aux tricycliques, alors que le message « psychosocial » est particulièrement mal reçu par ces patients. »*

Je pense que si le message psychosocial est mal reçu par ces patients c'est qu'il n'est pas adapté, qu'il est normatif et qu'il ne tient pas compte de la fonction de la douleur pour ses patients.

A cela le Pr. Maigne propose son modèle tripolaire. Pour lui trois causes principales de la douleur qu'il convient de sérier pour orienter au mieux le traitement, Il y a trois cercles :

- La dimension organique à laquelle selon lui il faut proposer une réponse mécanique.
- Une perturbation des voies de la douleur comme dans le cas des fibromyalgies à laquelle il convient d'apporter une réponse chimique *« Les tricycliques sont souvent efficaces [...], ce qui constitue aussi un test diagnostique. Mais il faut parfois recourir à de véritables traitements antidépresseurs, qui ne sont pas toujours suffisants. Dans des cas plus légers, une information rassurante, une prise en charge professionnelle est suffisante »*.
- La dimension psychosociale qui s'identifie par un problème de comportement auquel il faut donner une réponse comportementale. *« En l'état actuel de nos connaissances, nous ne savons pas d'où vient une telle douleur. Nous ne pouvons que l'analyser en termes d'un trouble du comportement. »*

Nous sommes à nouveau dans la dimension du modèle global positiviste. La classification permet un repérage arbitraire des étiologies sous forme de dominantes qui seraient

---

relativement stables et qui permettront l'approche thérapeutique. Les trois réponses évoquées sont : mécanique (manipulation) chimique ou comportementaliste.

Le Pr. Llorca dans son article, refait le point sur la prise en charge des lombalgies chroniques. Il reprend une classification assez semblable au Pr. Maigne (cf articles en annexe p 21 et p 32) avec trois groupes de dominantes.

- Organique
- Fonctionnelle qui prolonge la théorie mécaniste par un vieillissement des structures et une inadaptation posturale avec un déconditionnement à l'effort.
- Psychosociale

On peut superposer assez facilement leurs deux modèles mais le Pr. Llorca insistant davantage encore sur la prise en charge individualisée :

*« Prévention individualisée et stratégie adaptée représentent les éléments clés du traitement moderne de cette circonstance pathologique. »*

*« De ces études, sont nés des niveaux de preuve de bonne qualité nous permettant maintenant de proposer des stratégies mieux adaptées à ces situations complexes qui mêlent, à des composantes physiopathologiques différentes, des variétés problématiques très variables en fonction de l'âge, du mode de vie et des circonstances conjoncturelles rencontrées avec chaque patient. Il s'agit bien, non pas de la lombalgie, mais des lombalgies, dont le commun dénominateur est représenté par la douleur lombaire ou lombo-radulaire, et son retentissement sur la qualité de vie. »*

Ici, est posé le postulat indispensable à l'abord thérapeutique moderne des patients lombalgiques chroniques : singularité du patient définit dans son symptôme par l'appellation générique de lombalgie chronique (douleur localisée dans les limites de la définition données plus haut)

Les objectifs thérapeutiques sont *« l'aide à la restauration ou à la préservation d'une qualité de vie satisfaisante lorsqu'elle est altérée par la lombalgie. Il doit prendre en compte, non seulement l'élément douloureux, mais aussi le handicap et les souhaits légitimes du patient »*

Dans ces objectifs nous relevons :

- La recherche de la qualité de vie (définition de la santé de l'OMS)
- Les souhaits légitimes du patient.

Dans cette approche, le patient n'est plus classé dans une catégorie nosologique ; mais les différents champs de traitement sont mis en place en fonction d'un tableau clinique annoncé comme complexe, grâce à une stratégie personnalisée.

La place de la thérapie comportementale est à nouveau citée, celle-ci est incluse dans les approches éducatives des écoles du dos, mais leur disparité semble grande et faute d'évaluation, cela nuit à la réalisation d'un recueil exhaustif des pratiques. Elle est tournée vers un réentraînement à l'effort dans une approche dite de « reprogrammation » avec une éducation rachidienne posturale.

Pour mon étude, dans une approche éducative je me suis inspiré d'un modèle éducatif proposé par une école du dos Belge<sup>1</sup> (annexe p 44) qui me semble assez représentatif de ce que propose actuellement une telle structure. Je me suis aussi inspiré des recommandations de<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Référence : <http://www.fundp.ac.be.sippt/> Service de prévention et de protection au travail. Université membre de l'Académie universitaire 'Louvain'

<sup>2</sup> Recommandations de bonnes pratiques de la société scientifique de médecine générale 2001 :

bonnes pratiques de la société scientifique de médecine générale qui opérationnalise les recommandations de la réunion de consensus de 1998.

Je me suis heurté aux limites du modèle mais j'en ai conservé le contenu programmatique comme force de proposition ou ressource. Il s'agit donc pour moi de réorientations ponctuelles au cours d'un processus évolutif actif, fruit de la régulation.

En conclusion :

Les auteurs annoncent plus ou moins ouvertement l'orientation de leur action thérapeutique autour de la singularité du patient, la dimension curative est déterminée par la reconnaissance d'étiologies organiques repérées.

La place de l'éducation du patient est mise en avant, surtout dans l'article le plus récent, mais elle reste dans un mouvement comportementaliste, qui peut permettre certes, des acquisitions à court terme mais qui semble insuffisant pour embrasser toute la complexité fonctionnelle d'un patient dans ses activités quotidiennes. Qu'en sera-t-il de ses acquisitions dans le long terme?

Nous restons donc toujours dans le modèle positiviste où les comportements déviants sont sensés être corrigés par un autre comportement lui approprié.

Nous constatons dans notre pratique que les bons conseils ne sont pas forcément suivis, que le problème de la compréhension (dimension cognitive) du patient ne peut pas être évoqué quand il s'agit par exemple de patient à forte qualification professionnelle.

Ceci semble plus prégnant encore chez les patients dits à dominante psychosociale pour qui ce modèle du « prêt à agir » ne prend pas sens.

Il faudrait peut être se demander quelle est la nature des obstacles qui annulent les efforts des thérapeutes et offrir pour cela un dispositif capable de les identifier et de les travailler. (Dimension psychosociale?)

Le simple questionnaire ne paraissant pas en mesure de recueillir toutes les dimensions agissantes du patient.

Une dernière étude du Lancet (annexe p 54) du 18 juin 2005 met en évidence que l'approche strictement manuelle n'est pas significativement supérieure à une approche éducative comportementaliste. Ce qui replace l'approche comportementaliste au rang d'une approche manuelle que pratique déjà les kinésithérapeutes depuis longtemps.

Le rôle de la kinésithérapie apparaît donc dans la prise en charge des lombalgies persistant au-delà de 6 semaines et réside dans l'établissement d'un programme d'exercices supervisés par le médecin. L'ensemble des avis d'experts consultés peut se résumer dans le programme-type ci-dessous.

(59) (EBM niveau C) Il n'est pas exhaustif et doit être individualisé.

- Le massage et le réchauffement local éventuel par des techniques de physiothérapie, agréablement perçus, et vécus comme bénéfiques par le patient, pourraient être le premier temps d'une séance de kinésithérapie facilitant la relation entre le thérapeute et son patient. Toutefois, il ne peut s'agir que d'un adjuvant de courte durée.
- La rééducation proprioceptive ainsi que l'amélioration de la mobilité lombo-pelvienne avec, entre autres, l'apprentissage de la bascule du bassin
- L'apprentissage du verrouillage lombaire en position intermédiaire
- L'amélioration des performances musculaires :
  - des extenseurs du rachis, les muscles spinaux dans les gouttières paravertébrales en travaillant l'auto-grandissement et les exercices de posture
  - des abdominaux pour leur rôle dans le verrouillage lombaire et le caisson abdominal
  - des quadriceps puisqu'il faut préférer la flexion des hanches et des genoux à la flexion antérieure du tronc
- L'assouplissement de l'étage sous-pelvien, notamment l'étirement des muscles ischio jambiers, très souvent rétractés chez les lombalgiques, et des droits antérieurs
- Le reconditionnement à l'effort

Le tableau ci-dessous résume notre analyse et situe les propositions thérapeutiques actuelles pour les patients lombalgiques chroniques décrites dans ces deux analyses, en lien avec les modèles de santé et d'évaluation.

CLASSIFICATION Lombalgies	MODELES DE SANTE	EVALUATION		
		Mesure	Gestion	Questionnement (complexe)
Structurelles	Biomédical	Prise en charge médicale = curatif		
Fonctionnelles	Global positiviste		-Education type hygiéniste	
Psycho-sociales			- Ecoles du dos c.c. <sup>1</sup>	

Cette vision médicale, permet de faire deux remarques :

- Deux modèles de santé sont dominants, le biomédical et le global positiviste. La dimension herméneutique n'est pas évoquée.
- Deux types d'évaluation sont dominants, l'auto questionnement est absente.

Les auteurs le disent, il s'agit de dominantes, mais les approches thérapeutiques favorisées se situent, soit dans une dominante biomédicale ou globale positiviste pour les modèles de santé, soit dans la mesure ou la gestion, en matière d'évaluation. Nous sommes toujours dans des registres du conditionnement, malgré la bonne intention afficher d'autonomiser le patient. Les modèles socioconstructivistes et complexes ne sont pas abordés. Nous pensons que cette dimension de l'évaluation fait ici défaut et notamment pour les lombalgies d'origine dite psychosociale, ou l'aspect multidimensionnel est patent.

On voit donc qu'une prise en charge moderne du lombalgique chronique passe aujourd'hui par de l'éducation à la santé. L'INPES<sup>2</sup> en 2004 s'est posé la question de l'évaluation de ces pratiques.

### 5.2.3. Quelle évaluation pour l'éducation à la santé ?

<sup>1</sup> Cognitivo-comportementaliste

<sup>2</sup> Institut national de prévention en santé



Après avoir loué la promotion de la santé comme nouveau modèle d'approche de la santé, la question de l'évaluation de ses pratiques s'est posée.

L'INPES a tenté d'y répondre lors d'un colloque<sup>1</sup> en 2004. L'objet était la validité de la promotion de la santé basée sur l'évidence-based practices, à travers l'authentique changement des personnes.

L'origine de la promotion de la santé débute vers 1980 avec l'OMS qui prône les soins pour tous pour l'an 2000. Puis avec la Charte d'Ottawa 1986, la promotion de la santé est

*« Un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ».* Mais une autre vision pour Green et Kreuter où elle est *« toute combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités »* Pierre Arwidson et M. O'Neill<sup>2</sup> pense que : *« la vision d'Ottawa est plus idéologique que celle de Green et Kreuter elle plus opérationnelle. Mais c'est la vision d'Ottawa qui est la plus répandue sur la planète. Il s'agit ici dans cette article de défendre ou pas la cause des données probantes. »*

L'idée est donc de construire les interventions des professionnels de santé sur des bases scientifiquement rigoureuses. Historiquement, c'est Archibald Cochrane, épidémiologiste anglais (Cochrane Collaboration), qui pour aider les professionnels à prendre des décisions informées, a mis à disposition et à jour, l'accessibilité à des revues systématiques sur les effets des soins de santé. Ces études n'incluent que des travaux expérimentaux selon la logique des RCT's, les randomized clinical trials (essais cliniques randomisés),

Les auteurs signalent que depuis 1990 des professionnels de santé, et y compris les paramédicaux, reconnaissent de plus en plus cette approche. Selon leur thèse (Pierre Arwidson et M. O'Neill), la santé ne peut s'appuyer sur une vision poétique des soins (pour certains soigner est un art), car hors la rigueur et la prévisibilité des approches, pas de traitements efficaces *« les interventions dans le domaine de la santé ne sont pas simplement une forme d'art, reposant sur un intangible jugement clinique. Les pratiques professionnelles seraient des comportements rationnels, prévisibles et systématisables, qu'on peut optimiser de manière scientifique à l'aide des RCT's ».*

Les auteurs reconnaissent que c'est pour des raisons essentiellement budgétaires que cette approche a connu un tel succès depuis 1990.

Mais la réussite de cette approche n'est pas définitive, car parmi tous les participants (dix sept groupes) qui ont tenté d'appliquer les recommandations de promotion de la santé, aucun n'a retrouvé les critères du champ de la promotion de la santé initiés au départ.

Les auteurs proposent alors de revenir sur la définition d'Ottawa car : *« les valeurs mêmes qui fondent cette vision tendent à s'opposer à plusieurs des valeurs qui sous-tendent les démarches scientifiques classiques des entreprises visant à produire des données probantes » !*

<sup>1</sup> Efficacité de la promotion de la santé Actes du colloque organisé par l'Inpes avec la collaboration de l'UIPES . Hors série - 1. 2004

<sup>2</sup> M. O'Neill Vice-président de la communication, UIPES

E-mail : Michel.ONeill@fsi.ulaval.ca

Pierre Arwidson

Directeur des affaires scientifiques, INPES

E-mail : pierre.arwidson@inpes.sante.fr

Responsables de la diffusion des résultats

du colloque du 4 décembre 2003 à Paris

Ici, se pose avec acuité le choix paradigmatique ou épistémologique de la santé ; la vision positiviste opposée à la vision phénoménologique ou socioconstructiviste, rappelant les valeurs qui opposent l'objet au sujet.

Même si les statistiques avec de meilleurs modèles permettront d'affiner la recherche expérimentale, il est certain que pour une population (dimension sociétale) l'entreprise notamment pour des problèmes de coût n'est pas envisageable. De plus l'auteur reconnaît que la connaissance ne suffit pas à changer des comportements (problème de l'appropriation).

En conclusion, Michel O'Neill et Pierre Arwidson pensent qu'il faut faire un travail dialectique entre la vision positiviste de la science et le nécessaire besoin d'évaluer les pratiques de la promotion de la santé, mais en passant par des modèles d'évaluation qui prennent en compte les particularités (dimension humaine) de l'objet d'analyse. On peut à cet endroit justifier la pertinence de proposer l'approche évaluative des sciences de l'éducation qui justement possède un domaine d'expertise éprouvé en matière d'évaluation.

Un rapport de l'Inserm 2001<sup>1</sup> recoupe ces conclusions et donne des réponses en décrivant des actions possible d'évaluation recherche dans les domaines concernés (ici celui de l'enfance). La kinésithérapie ne peut échapper à cette approche moderne du soin qui clive l'évaluation en fonction des objets d'évaluations. Les études randomisées ne peuvent rendre compte de certaines dimensions du soin, notamment celles qui sont liées aux facteurs humains, et à la relation en particulier.

Là aussi les auteurs abordent le nécessaire positionnement dans les modèles de santé pour orienter la nature des pratiques, méthodes et stratégies, ainsi que le public impliqué.

*« 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 » :*

- L'objectif de la promotion de la santé étant l'autonomie des individus par l'augmentation de la capacité à s'approprier de nouveaux savoirs, ceux-ci ne peuvent être présentés dans une approche directive, mais seulement accompagnatrice, avec la participation active de l'intéressé. Pour Deccache et Meremans, (2000) l'éducation pour la santé peut être définie comme un *« ensemble d'activités intentionnelles de transfert et/ou de construction de savoirs relatifs à la santé d'une personne, d'un groupe social ou d'une communauté »*

Alors, comme on l'a vu dans le rapport de l'Inpes, l'information sanitaire, l'éducation pour la santé a été utilisée principalement pour convaincre les individus et les populations d'adopter des comportements prescrits qui seraient « sains ». Bury (1998) y voit l'influence de l'épidémiologie en santé publique et celle des épidémiologistes dans les instances décisionnelles sur une multifactorialité sociale, où les interactions et les processus d'apprentissage ainsi que la dimension sociale dominant et sont pris en compte.

Notre approche éducative pour cette étude s'éloigne donc de cette approche hygiéniste, se situant en s'inspirant du modèle de Deccache et Meremans, (2000) dans le modèle de Type<sup>2</sup> 4.

<sup>1</sup> Chapitre2 : Éducation pour la santé des jeunes Concepts, modèles, évolution dans Éducation pour la santé des jeunes Démarches et méthodes INSERM

Rapport établi à la demande de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes (CANAM) Expertise Collective INSERM 2001

<sup>2</sup> Type 4 : apprentissage de savoirs de santé physique, mentale et sociale :

*« L'éducation pour la santé revêt ici sa forme la plus ouverte, puisque fondée à la fois sur une vision globale de la santé et de la maladie et sur une logique éducative de type « apprentissage ». Elle permet aux personnes concernées de se centrer sur les questions de prévention des risques, si elles le jugent utile, et de prendre le cas échéant du recul pour considérer « leur » santé dans ses dimensions subjective et globale.*

Elle correspond au modèle global de santé présenté au début de ce travail. La méthode que nous allons utiliser est inspirée de la recherche évaluative. Le concept de promotion de la santé contient des notions de :

- Potentiel santé ou capital santé à développer individuellement et collectivement.

### 5.3. Le socioconstructivisme par l'évaluation complexe pour une éducation à la santé.

#### 5.3.1. Rappel des modèles de l'évaluation :

Historiquement le modèle initiateur de l'évaluation, usité dans les sciences dites dures, est l'évaluation mesure.

Dans ces disciplines, l'évaluateur doit mesurer l'effet de la causalité de son action, par exemple, le lien entre les contraintes exercées sur un matériau prothétique et la résistance de celui-ci, dans l'utilisation de la technique au service de la biologie. Vial (2003 p49) cite Morin « *dans les années cinquante, c'est pour des actions de formation du personnel d'encadrement dans les entreprises que commencent à apparaître dans les pays anglo-saxons « Les premiers compte-rendus d'évaluation systématiques [...] d'étudier les effets immédiats de la formation en considérant, par exemple, les modifications des attitudes et du comportement des individus formés à l'issue du programme de formation ».*

L'évaluation est ici quantitative et elle vise la mesure des résultats. L'intérêt de ce modèle est la notion d'extra temporalité des données recueillies et donc de la valeur immuable des résultats. Par nature, elle ne peut s'appliquer qu'à un matériau immuable comme ceux que traitent les mathématiques, la physique (encore que même ici la notion de subjectivité avec la théorie quantique par exemple, semble ouvrir son champ d'évaluation).

Dans la dimension humaine, cet outil se heurte à des biais méthodologiques importants. Si l'on veut vérifier, par exemple, la validité d'un programme éducatif donné en interrogeant les objectifs visés (Huteau, M., & Loarer, J. in Vial 2001 p52), naissent des interrogations :

- *Comment observer, caractériser les conduites ?*
- *Comment montrer que ceux qui ont suivi le programme ont changé davantage que ceux qui ne l'ont pas suivi ? Ou en d'autres termes, comment organiser le recueil d'observations ?*
- *Comment s'assurer que ce changement est bien attribuable au programme et non aux paramètres psychosociaux de la situation expérimentale ? [...]*

Pour notre pratique kinésithérapique, nous retiendrons de cette évaluation son usage pour nos bilans mesures (force, endurance, angulation, questionnaires).

L'évaluation gestion s'est intéressée aux systèmes allant du « simple au compliqué », mais en restant toujours dans le domaine du contrôle.

La dimension maîtrise se lit dans la programmation par objectifs des programmes éducatifs comportementaux (modèles de santé biomédicaux ou globaux positiviste).

C'est une recherche d'efficacité inspirée du modèle industriel Taylorien. C'est la notion de cible à atteindre au meilleur rapport coût/efficacité, (De Ketele, J.M. in Vial 2003p110) :

« *Évaluer consiste essentiellement à déterminer dans quelle mesure les objectifs du curriculum sont atteints. Ceci implique :*

- *L'énoncé des buts et des objectifs du curriculum*
- *La classification taxonomique des objectifs*

---

*La participation occupe une place majeure dans ce type d'éducation pour la santé. Elle se définit à la fois comme la possibilité de négocier les sujets de santé, les contenus et les méthodes, et comme la possibilité, pour le public concerné, de décider du sujet, même et souvent en dehors du champ et des questions apportés par l'éducateur. Ce dernier a un rôle de personne ressource, de facilitateur, parfois de révélateur (prise de conscience), et en tout cas d'aide à l'empowerment du public. »*

- *La définition d'objectifs comportementaux*
- *La construction d'outils d'évaluation valides et fiables »*

Ce mode d'évaluation se veut résolument opérationnel, mais il n'est efficient qu'en regard des objectifs choisis. En matière d'éducation thérapeutique du patient lombalgique chronique, la multitude des facteurs causaux rend difficilement fonctionnelle cette évaluation. Le trop grand nombre de critères d'évaluation (Cardinet, J., in Vial 2003 p115) nuit à l'évaluation. Il faut donc se limiter à quelques critères que l'on devra choisir mais sur « quels nouveaux critères »?

L'évaluation gestion ne peut couvrir tout le champ de notre pratique évaluative sans laisser de côté certaines réalités rencontrées sur le terrain, notamment la dimension psychosociale.

Dans l'évaluation gestion, l'évaluation est devenue plus globale pour faire face à sa « tâche », qui en fait se décentre progressivement du produit attendu vers l'apprenant qui devient le véritable sujet de l'évaluation avec l'évaluation formative. On tient compte de la personnalité de l'apprenant (De Landsheer, V. & G. in Vial 2003 p115) « *la personnalité de chaque enfant constitue un système intégré, un ensemble unique de traits et de tendances qui défie toute analyse exhaustive et qui ne peut être abordé qu'intuitivement, par la découverte journalière que permet une attitude accueillante.*

*En s'interrogeant sur le contexte global qui semble provoquer des difficultés d'adaptation chez l'élève, le maître pourra découvrir la meilleure façon d'entrer en relation avec lui et d'avoir vis-à-vis de lui une influence éducative »*

L'attitude évaluative basculant sur l'apprenant, suit la voie de l'autonomie de celui-ci. Dans cette démarche, l'évaluation va logiquement être aux mains de l'élève et « d'évaluation » elle devient « auto évaluation ». « *En d'autres mots, on passe du système d'évaluation normative au système d'évaluation formative* » (De Landsheer, V. & G. in Vial 2003 p117).

La posture du formateur sera de fait également modifiée « *l'éducateur n'est plus un juge menaçant et condamnant, mais un co-évaluateur* » De Landsheer, V. & G. in Vial 2003 p117).

L'apprenant en possession du but et des attendus de la formation, par le moyen de l'auto évaluation va pouvoir construire son propre cheminement dans sa propre temporalité. Il ne s'agit pas de sortir du cadre ni du contrat thérapeutique initial, mais dans la démarche d'appropriation, le patient-apprenant va chercher avec ses « clés » les moyens de son but. La régulation avec l'aide de l'éducateur, va l'aider à rester dans une cohérence avec les déterminants de santé (et les recommandations pour la lombalgie). Cette recherche impliquante d'un but que l'on s'est fixé, donne un sens nouveau à sa démarche, celui d'être l'auteur de son traitement, de sa santé, de sa vie.

L'évaluation formative glisse vers une évaluation formatrice où la régulation peut modifier au cours du parcours les objectifs initiaux.

A ce niveau, l'évaluation se décentre de la procédure, comme dans le passage de l'évaluation mesure à l'évaluation formative on se détachait de l'évaluation de la tâche au profit de la procédure. Elle s'intéresse aux processus qui agissent l'apprenant dans son apprentissage. C'est la limite de « *la définition comportementale de l'objectif trace autour d'elle sa propre limite : elle tient essentiellement au jeu entre interne et externe* » (Gillet, P., in Vial 2003 p 131).

La posture de l'évaluateur s'adapte « *il tend à prendre le regard de celui qui réalise la tâche, de celui qui fabrique le produit, il ne s'en tient plus à la description objective et experte de savoirs et de leurs relations. [...] L'évaluation devient continue, comme façon de penser le travail à faire, en train de se faire, après qu'il soit fait. Le critère ne se veut plus norme à*

*respecter, il devient un outil de travail, améliorable, réglable, évoluant selon la découverte des notions qu'il permet de manipuler* » (Vial 2003 p 280).

Dans le partage de l'évaluation entre apprenant et éducateur, celui-ci garde sa légitimité par son action didactique qui l'autorise « sans risque » à l'imprévisible de la formation. Il est « *un agent de transformation de l'autre. [...] généreux, il veut faire passer le formé (qu'il forme toujours à l'évaluation) derrière le décor, il lui fournit les moyens que d'ordinaire on ne donne pas pour qu'il puisse se transformer* » (Vial 2003 p 296). C'est par cette action didactique qu'il se détache du rôle d'animateur car sa compétence à transformer les théories en applications pratiques lui confère son autorité.

### 5.3.2. L'évaluation complexe ou une approche systémique:

Dans le socioconstructivisme, le patient est placé au centre du dispositif thérapeutique. Il est écouté dans la spécificité de sa demande, et c'est autour de celle-ci que se construit le projet thérapeutique. Pour Morasz (1999)<sup>1</sup> « *La douleur comprend quatre composantes : sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale. La souffrance est fonction du contexte ou de la signification de la douleur. La souffrance s'inscrit dans une diachronie en liaison avec l'histoire du sujet. En s'interrogeant sur le contexte global qui semble* ».

P. Michaud (AFRECK 2000) pose la question du sens que doivent prendre les soins pour le patient : « *Guérir concerne-t-il le symptôme ou le sujet ? [...] Nous pouvons accompagner le sujet vers une reconstruction de l'image de soi individuelle, narcissique, sexuée, sociale, valable qui diminue sa souffrance* ».

Pour les socioconstructivistes le patient devient coauteur (Gatto, 2004) de sa «guérison».

Les priorités sont déterminées par le patient en négociation avec le thérapeute. Les souhaits du patient :

- «Je ne veux plus avoir mal »
- « Pouvoir à nouveau me baisser sans difficulté. Pouvoir porter ma fille de deux ans et jouer avec elle par terre »
- « Ne plus penser continuellement à mon dos »
- « Pouvoir rester assise de longues journées de travail au bureau. »
- « Ne plus avoir mal en voiture »

seront analysés en tenant compte du cadre environnemental (travail, trajet, maison) aussi bien sur l'aspect matériel (de longues heures assises), que psychologique (environnement professionnel exigeant), que social (Mère célibataire élevant seule un enfant et un travail à responsabilité).

(cf : la liste d'attitudes prédisposant favorablement à l'apprentissage d'un savoir référent de la lombalgie équilibrée (Gatto, en Annexe p 19)

L'évaluation régulière permet de matérialiser les acquisitions et de définir la suite du traitement.

Dans l'approche éducative, il ne s'agit pas de renier un modèle (béhaviorisme) et d'en valoriser un autre (socioconstructivisme). Il ont leur pertinence à un moment donné, à une étape donnée pour un apprentissage donné et peut être pour un patient donné.

Pour Bonniol (2003 p 299), puis Gatto, dans l'évaluation c'est la régulation qui est « *l'ancrage fondamental* » et surtout l'évaluation processuelle qui n'est pas « *au service de l'apprentissage* » mais qui en est le « *moteur* ». L'évaluation commande alors le système-formation ou les sous systèmes de formation (apprentissage individuel ou en groupe,

<sup>1</sup> Corpus de texte utilisé pour la licence en Science de l'éducation

approche didactique, perceptive, etc). Ainsi l'évaluation des systèmes ou évaluation systémique devient un synonyme d'évaluation régulation. Mais alors quels sont les objectifs de l'évaluation ?

Bonniol en voit trois, déterminer :

- Les résultats.
- Les procédures, méthodes, démarches.
- Les processus.

L'évaluation complexe/systémique/régulation/auto questionnement, quelque soit le nom qu'on lui donne s'intéresse au moteur de l'apprentissage et celui-ci est dans l'implication du sujet apprenant, c'est donc bien la dimension processuelle.

C'est le thérapeute éducateur qui devra judicieusement articuler ces modèles pour une meilleure efficacité de son action éducative. Le temps thérapeutique devient également temps éducatif avec le passage d'un transfert de connaissances, d'un savoir vers un savoir-faire et un savoir-être.

Devenir coauteur de son traitement, c'est être en mesure de se questionner sur ses pratiques, c'est en fait une autoévaluation. Même si celle-ci apparaît vertueuse, il faut émettre quelques réserves.

L'autoévaluation est une bonne chose (Bonniol, Vial, Aix) mais il existe des difficultés théoriques (on ne peut faire et se regarder faire).

Se réguler, c'est possible, si l'autoévaluation est une régulation et encore plus si l'autoévaluation est une auto régularisation, c'est-à-dire se ramener personnellement à la règle.

Mais que l'autoévaluation soit le principe de tout, Jean Ravestein<sup>1</sup> en doute. Si on fait le lien avec la psychanalyse on ne peut s'analyser seul. On a toujours besoin d'un tiers qui regarde, qui écoute, qui évalue. On ne peut pas créer seul ses propres critères.

Il faut se méfier de l'autoévaluation et donner à quelqu'un des instruments si on lui demande de s'auto évaluer.

Pour s'auto questionner, il faut avoir identifié un problème, c'est l'intérêt du statut de l'erreur quand elle n'est pas assimilée à une « faute ».

Comment peut-on penser l'autoévaluation ?

De manière strictement psychologique, c'est un besoin, forcément lié à la construction de l'image de soi, la manière dont on s'apprécie. C'est un processus irrépressible, permanent pour tous, qui échappe en partie à notre contrôle.

L'autoévaluation professionnelle, c'est se positionner par rapport à des savoirs savants ou référentiels, et à un savoir expérientiel. On est sur le registre de la compétence et de l'éthique professionnelle.

Pour entrer en auto questionnement, il faut que la question soit posée par autrui.

Si je me pose la question, j'ai déjà fait la réponse, et il n'y a pas d'hypothèse. L'autoévaluation, est un processus non observable, Vial dit « C'est un état d'esprit, une manière d'être un humble, être au monde d'une certaine façon »

### 5.3.3. Le concept de consentement :

---

<sup>1</sup> En référence à son cours validé par lui-même.

Ceci est en lien avec l'évaluation car le consentement, c'est étymologiquement « faire du sens à plusieurs », construire du sens à partir de matériaux qui n'a pas de sens au départ, le sens sort du consentement. En santé, il prend notamment la forme d'une exigence juridique prévalant dans tout ce qui touche les soins de santé. Le consentement libre et éclairé requiert en effet que le soignant informe le patient sur sa maladie, sur la nature des soins qui lui seront prodigués, les avantages espérés, les risques courus, les autres traitements possibles ainsi que les conséquences éventuelles d'un refus de traitement. Le patient est alors appelé à évaluer le rapport entre les risques et les avantages de chaque option et à exprimer un choix éclairé indiquant ses préférences. L'évaluation préside donc au début de tout consentement.

Ne pas confondre avec consensus qui est le résultat d'un processus de consentement : à partir d'éléments divers on construit quelque chose de nouveau, un sens différent. Au niveau professionnel, des réunions de consensus sont organisées par les professionnels pour trouver un consensus qui est ici un compromis entre des actes et des techniques qui ne sont pas l'exhaustivité des pratiques mais qui requièrent l'assentiment de tous. (Réunion de consensus sur la lombalgie AFREK 1998)

Mais le consensus professionnel ne peut être imposé comme une règle absolue, dans une sorte de prêt à penser. Le produit du consensus est un référentiel.

En conclusion :

Michel Vial a écrit un livre « se former pour évaluer » On ne peut pas s'improviser évaluateur, comme on ne peut s'improviser formateur. Pour être évaluateur de projet ou d'ingénierie, il convient de s'outiller intellectuellement et opérationnellement (concepts et pratiques).

Après avoir parcouru les modèles d'apprentissage et d'évaluation de façon « externe » et explicative, je propose une approche par le vécu du phénomène de l'apprentissage dans les dimensions telles qu'elles s'imposent au sujet apprenant en tant que clivage entre l'objet de savoirs (les savoirs savants, les comportements adaptés) et le sujet lui-même en tant qu'objet (corps) et sujet (chargé d'une histoire) d'un apprentissage. C'est dans ces trois dimensions que le sujet apprend, et où les représentations personnelles conscientisées, participent à l'élaboration du sens pour l'apprenant.

#### 5.4. La vision phénoménologique de l'apprentissage

Dans son approche du processus au travers d'une procédure reposant sur les recommandations de l'AFREK, nous nous servons de la phénoménologie pour relier ce qui était apparu avant Merleau-Ponty (1945, La phénoménologie de la perception) comme un clivage dualiste corps/esprit (Descartes<sup>1</sup>).

---

<sup>1</sup> « Et pour ce qui regarde l'âme, quoique plusieurs aient cru qu'il n'est pas aisé d'en connaître la nature, et que quelques-uns aient même osé dire que les raisons humaines nous persuadaient qu'elle mourait avec le corps, et qu'il n'y avait que la seule Foi qui nous enseignait le contraire, néanmoins, d'autant que le Concile de Latran, tenu sous Léon X, en la session 8, les condamne, et qu'il ordonne expressément aux philosophes chrétiens de répondre à leurs arguments, et d'employer toutes les forces de leur esprit pour faire connaître la vérité, j'ai bien osé l'entreprendre dans cet écrit. Davantage, sachant que la principale raison, qui fait que plusieurs impies ne veulent point croire qu'il y a un Dieu, et que l'âme humaine est distincte du corps, est qu'ils disent que personne jusques ici n'a pu démontrer ces deux choses » René Descartes, Les méditations 1641.

Depuis Husserl (1900-1901) (*Recherches logiques*) qui disait « *que toute conscience est conscience de quelque chose* ». Une table n'a pas conscience qu'elle est une table, car elle n'a pas de conscience. A l'inverse, par la conscience que j'ai de la table je la fais exister.

Merleau-Ponty voit les limites de ce modèle de pensée avec le corps. Il est à la fois « objet », mis à distance par la représentation signifiante du mot corps. Mais il est aussi le « sujet » : je suis celui qui pense ce que je sens. Le corps devient à la fois corps/objet et corps/sujet. Donc à travers l'expérience perceptive de mon corps, la dimension objet du corps et la dimension sujet deviennent subjectives : Je suis « juge et partie » de mon corps.

Ce qui amènera Merleau-Ponty à questionner l'aporie d'un sujet libre (par la conscience, corps abstrait) et déterminé (par son corps biologique, corps concret). Mais aussi : A-t-on un corps pour soi ou un corps pour autrui ? (Dimension sociale du corps dans le paraître).

La place de la maladie, du symptôme, du handicap, ne peut échapper alors au questionnement : est ce que je suis malade dans mon corps ou est ce que je suis malade par mon corps ? C'est-à-dire est ce que j'influence ma maladie par la perception que j'en ai, maladie = objet, sous ensemble de mon corps où en tant que sujet malade ?

Pour sortir de cette interrogation récursive, on ne peut passer que par le vecteur du langage. La conscience du corps ou corporéité, qui participe à la construction de l'égo pour Merleau-Ponty (1945) le langage est amené par les « sens » qui le sont grâce à la perception par le corps. Piaget (1964) (pensée et langage) nous apprend que l'enfant dans sa structuration cognitive passe par des étapes. Jusqu'à onze/douze ans, l'enfant appréhende le réel au travers d'expériences concrètes, par la manipulation des objets, par une pensée dite *concrète* avant de passer à la pensée *formelle* ou *hypothético-déductive*. Il n'utiliserait à ce stade que ses sens, qui lui permettrait dans une seconde étape d'utiliser des objets abstraits ou concepts pour raisonner.

Quand l'objet perçu est le corps malade ou souffrant, l'écoute de la parole du patient dans toute sa dimension subjective permet non de comprendre le pourquoi de la plainte, mais le comment du vécu. Ce qui nous donne des indicateurs sur ce qu'« est » notre sujet en souffrance. Comprendre de quelle « culture » il parle. Ce sont ses représentations culturelles et son expérientiel qui décrivent, colorent et « parlent » la maladie.

Nier cette dimension subjective du sujet souffrant, pour se focaliser uniquement sur le corps objet issu du déterminisme, peut être vécu comme une négation d'une partie de lui-même par le patient et créer des obstacles d'apprentissages (Bachelard 1938).

« *La causalité considérée en elle-même n'est qu'une forme, elle doit recevoir sa matière de la sensibilité. D'autre part, les intuitions sans concept sont aveugles parce qu'elles ne sont ni construites ni organisées. D'où la célèbre formule Kantienne : les concepts sans intuitions sont vides, les intuitions sans concepts sont aveugles* »

Jeanne Hersch « l'étonnement philosophique » Folio 1993 p212, 213

De la même façon dans l'art de la peinture, Merleau-Ponty<sup>1</sup> observe que le travail de la création peut émerger d'une idée que l'artiste cherche à concrétiser (dimension cognitive, conscience). Mais il peut aussi partir du matériau peinture qui prend sens par la perception, dégageant une idée, une émotion et donner ensuite le sens à l'œuvre.

Dans mon approche rééducative du patient lombalgique, il est possible d'utiliser ces deux portes d'entrée. La dimension objet par des mises en situations purement comportementales : sentir l'anté/rétropulsion du bassin au travers d'exercices. Pour la dimension sujet, ce sera

<sup>1</sup> [http://fr.wikipedia.org/wiki/Maurice\\_Merleau-Ponty](http://fr.wikipedia.org/wiki/Maurice_Merleau-Ponty) lu le 29/07/2005



plus sur un registre cognitif, affectif, imaginatif : comment vous soulagez-vous si vous avez mal au bas du dos au travail pendant une réunion ? Ceci régulé par l'évaluation de ma propre perception (dimension intuitive) de la situation, c'est-à-dire l'interrelation : soigné/problématique/soignant.

Le niveau de lecture, c'est-à-dire de l'évaluation de la situation, augmente par la richesse des indicateurs. Si on considère que nous sommes dans une relation duelle avec notre patient, que l'objet d'enseignement est unique, qu'il existe deux façons de l'appréhender (forme objet/corps ou forme sujet/corps), nous avons déjà cinq niveaux de lecture :

	Corps versus objet Niveau mécanique Axe des procédures	Corps versus sujet Niveau conscience Axe des processus
soigné	Tourné vers la perception de son corps	S'implique par l'écoute, la parole, l'action, prend de la distance
Situation thérapeutique	Exercices, Massages, mobilisations	Temps d'écoute de parole, propositions, résolutions de problèmes,
	relaxation	
Soignant	Masse, Mobilise, Ecoute et Propose = règle	

Deux approches du corps : dimension corporelle, dimension affectivo-cognitive

La rééducation : un certain style ?

Peut être que comme Malraux peut on parler d'un « style » de rééducation comme il y a un style dans les arts. Un style objectif avec les peintres de la renaissance Italienne et un style subjectif avec la peinture contemporaine (Malraux psychologie de l'art 1947-1950). Bien que pour Merleau-Ponty le style soit à attribuer à un socle perceptif, ce qui implique de considérer les dimensions de l'historicité et de l'intersubjectivité.

On voit l'intérêt de cette vision dans la relation éduco-thérapeutique avec le patient. Celui-ci « rencontrant » sa lombalgie, n'est pas vierge de tout savoir (Gatto). Il a l'expérience de la maladie dans des épisodes antérieurs de sa vie et par son environnement (familial, amical, professionnel, sociale). Il a une représentation de ce qu'est pour lui sa déficience, elle sera incomplète (aspect cognitif), elle pourra être inquiétante (aspect affectif). Il vient chercher auprès du soignant une réponse à un questionnement plus ou moins clairement formulé, et avec une demande constante : « soulagez-moi ! ». Le style du patient ira rencontrer le style du soignant dans un échange interactif fait d'ajustements. Si la question de sens est ontologique à la perception, cela donne une certaine labilité à la notion d'idéal ou de vérité en rééducation. Ce qui est perçu du corps n'est pas immuable. Une douleur peut être augmentée ou calmée par une disposition affective particulière (F.Gatto). C'est la « matérialité » perçue de la situation qui donne sens au traitement pour le patient et pas seulement le fondement théorique (classification biomédicale). Il est donc nécessaire de proposer un dispositif avec des outils théoriques et pratiques qui répondent le plus justement possible, dans l'instant comme dans le temps, à une dynamique questionnante qui va évoluer en permanence.

Maintenant, il me paraît approprié de présenter notre étude pour une approche kinésithérapique éducative des patients lombalgiques chroniques qui s'inscrit dans le modèle de santé globale herméneutique et dans le modèle de l'évaluation complexe.

## 6 - Problématisation méthodologique :

### 6.1. Recherche clinique :

En quoi cette nouvelle attitude de soins peut-elle aider le patient à mieux vivre sa maladie.

### 6.2. Méthode :

#### 6.2.1. Dispositif :

Montage d'un dispositif éducatif articulé sur la phénoménologie et l'évaluation complexe dans un modèle de santé global.

Le dispositif est consigné en annexe (p 55).

J'ai construit un projet de formation pour l'éducation à la santé de patients lombalgiques chroniques. Celui-ci s'est d'abord appliqué de façon individuelle puis j'ai procédé à des regroupements de patients en petit groupe.

Je me suis aperçu que mon recrutement dans cette démarche était favorablement accueilli chez les patients qui présentaient particulièrement des difficultés, des obstacles, avec les deux premiers modèles de l'évaluation.

J'ai contacté des correspondants médecins et kinésithérapeutes de différentes spécialités<sup>1</sup> avec lesquels je travaille habituellement dans le cadre de cette problématique lombalgique, en leur exposant par écrit les buts, les objectifs de ma démarche. La correspondance ayant eu lieu par courrier électronique, celle-ci est consignée en annexe (p 65). Les réponses sont contrastées révélant les positionnements paradigmatiques des uns et des autres.

#### 6.2.2. Outils :

Un entretien non directif (annexe p 80)

Des observations (annexe p 75)

J'ai décidé d'éclairer mon étude par une méthode clinique *« Dans la recherche en soins ou en santé, les recherches menées avec cette méthode produisent des savoirs sur le rapport du sujet au soin et à la santé. Elles participent à la compréhension de certains phénomènes de soins et/ou de santé liés à la singularité de l'humain »* Chantal Eymard (2003 p 58). En effet, mon travail portant sur les processus à l'oeuvre dans la problématique éducative du soin chez le patient, c'est une démarche qualitative adaptée à ce recueil d'informations.

Pour le choix de mon cas clinique j'ai procédé par entretiens informels avec tous les patients lombalgiques chroniques en traitement depuis 2003, ceci constituant une pré enquête me permettant de cerner dans quelle attente de modèle d'évaluation ils étaient, ainsi que par l'observation des évaluations en cours.

---

<sup>1</sup> Il y a dans ce recrutement :

- Deux professeurs de rhumatologie (hospitalier)
- Deux rhumatologues de ville
- Un psychiatre
- Un orthopédiste
- Deux kinésithérapeutes (un hospitalier, un de ville)

J'ai constitué un groupe de quatre personnes mais qui, pour des raisons diverses<sup>1</sup>, a fluctué pour rester stable à deux personnes.

J'ai retenu comme cas clinique la personne qui me semblait se démarquer le plus des attendus d'une évaluation biopsychosociale positiviste<sup>2</sup> recommandée dans la littérature médicale, et qui était la plus impliquée dans la démarche proposée. De plus, elle participait à la fois à une prise en charge individuelle et de groupe. Son témoignage m'intéressait particulièrement pour l'évaluation de cette double démarche vers l'autonomisation du patient lombalgique chronique. Elle avait par ailleurs une expérience des autres approches kinésithérapiques.

### 6.2.3. Grille de lecture

- Théories de l'apprentissage
- Modèles de l'évaluation
- Modèles de santé
- Postures d'agent/acteur/auteur de sa santé

La retranscription intégrale de l'entretien est jointe en annexe (p 80)

---

<sup>1</sup> - Une patiente a subi une intervention chirurgicale pour son dos avec succès  
- Un patient (médecin) ne s'est pas présenté  
- Une nouvelle patiente a intégré le groupe en cours

<sup>2</sup> C'est-à-dire le sujet ne devait pas pouvoir se satisfaire d'une évaluation gestion, telle qu'elle est envisagée par le modèle positiviste vu précédemment.

Thèmes	Critères	indicateurs	Unités de sens
Théories de L'apprentissage	Béhaviorisme	Démonstration  Répétition  Reproduction  Erreur culpabilisante	<p>« Moi j'avais essayé plusieurs fois dans ma vie, j'ai pas tenu longtemps, parce que c'est comment dire.... C'est trop...c'est trop heu...c'est trop mécanique, il y a aucune dimension ludique, [...] Surtout dans le groupe, moi il faut que ce soit ludique sinon j'accroche pas. Donc si j'arrive et qu'on me dit vous prenez la barre et vous faites dix fois et tout et tout ! Hou lala, au bout de cinq fois j'en ai marre ! Et puis des fois je suis plus ou moins en état de le faire en forme et tout... »</p> <p>« J'ai du faire trois à quatre fois des rééducations du dos comme ils disent, mais j'ai jamais accroché. Parce que c'était à chaque fois les même genre de truc, très mécanique très répétitif, et je voyais pas trop, je comprenais pas trop on me disait à chaque fois il faut vous remuscler, on me faisait faire des exercices qui étaient crevant et heu...j'ai pas poursuivie très longtemps, et puis en plus j'étais en position de passivité quelque part...On me demandait pas mon avis. A chaque fois c'était vous êtes pas assez musclée il faut vous remuscler le dos, point. »</p>
	Socio-constructivisme	Confrontation  Langage	<p>« c'est assez heu...marrant..., c'est assez surprenant d'entendre une autre personne parler de ses problèmes de dos ! Heu ...De l'entendre, de la manière dont elle en parle, et de la manière dont elle aborde le sujet. C'est là où on se dit qu'il y a une super dimension psychologique et que là moi je dois faire pareil, pour quelqu'un de l'extérieur ça doit être surprenant. Mais on sent aussi le rôle du psychologique parce que il y des peurs, on voit bien qu'il y a des peurs par rapport à son corps, par rapport à la douleur, elle...elle me paraît avoir plus de peur par rapport à son corps que moi, par rapport à la douleur de son corps. »</p> <p>« Peur d'avoir mal, peur de faire ceci, cela. Elle anticipe tout le temps le négatif. Moi je serai plutôt l'inverse, j'aurai tendance à forcer trop d'ailleurs et après a regretter d'avoir un peu trop forcée. C'est un rapport au corps qui est pas tout à fait le même, moi c'est...heu... il faut que ça avance un peu à coup de trique, mon pauvre corps ! Alors que elle, elle le surprotège, elle le surprotège. Elle a peut être très mal mais je trouve quand même qu'elle le surprotège, donc du coup... »</p> <p>« Oui les résistances, ouais, ouais, la aussi je sais pas si c'est une dimension corporelle ou psychologique. En tout cas ça me gêne pas du tout en ce qui me concerne de dire ce que je ressente et ça me gêne pas que les autres racontent ce qu'ils ont, je trouve plus tôt ça intéressant et je ne porte pas de jugement de valeur. Non moi je pense que c'est un système éducatif intéressant,»</p> <p>« Oui, c'est différent, mais quand même, je pense à l'autre personne, je me dis que j'aimerais pas en arriver au stade où elle en est... de se surprotéger de ne pas faire quoi que soit, je ne pense pas en être là et je ne voudrais pas en arriver là. Et du coup ça me sert un peu de.... 65-Tpm : De repère ? 66-S1 : Oui de repère, houais... un petit peu, houais... houais, un petit peu....heu... (Silence) Oui parce que ; heu...Elle, je trouve qu'elle dramatise énormément...Moi aussi peut être aussi. Elle théâtralise énormément autour de son truc là, c'est son symptôme quoi. Moi je sais pas si j'en suis à ce stade là, j'en ai sûrement d'autres symptômes et pas qu'un, mais j'espère que j'arriverai pas à ça. Parce que je trouve que vis-à-vis de l'extérieur... »</p>

			« Oui, c'est qu'à la limite elle a plus besoin de ça pour ....Je ne sais pas pourquoi...Mais moi c'est sûrement pareil...Mais peut être que... Heu... Mais peut être que je fais moins de ...moi je suis pas dans le même registre, je suis dans le registre je vais me plaindre, j'ai mal !... [Rire] OÙ alors je me plains pas, mais j'ai super mal quand même ! Mais donc c'est amusant de voir les différences de rapports au corps que les gens peuvent avoir...et ça c'est plus tôt rassurant parce que moi je me disais que j'ai un rapport au corps qui n'est pas vraiment normal, je devrai être mieux que ça entre le cérébral et le corps et je me rencontre que je suis pas la seule ! Donc là déjà ça me rassure un peu. »
Modèles de santé	Biomédical	Causaliste  Curatif	« un peu plus de confort quand même, dans la mesure, ou heu ben ponctuellement, enfin, quand ça va pas je sais que je vais pouvoir avoir un bien, un mieux à chaque séance. Si j'ai à nouveau des problèmes de dos, etc, donc c'est une sécurité pour moi, je trouve. »  « c'est-à-dire en individuelle c'est plus du .....Heu...curatif, de la prise en charge de douleur, du confort, c'est moins de la prévention, à chaque fois que j'arrive c'est parce qu'il y a un truc qui va pas, donc à chaque fois il faut trouver le soin qui va. »  « l'aspect curatif c'est l'application concrète de l'aspect éducatif, c'est un peu la preuve, la démonstration de ce qu'on nous explique autrement. »
	Global positiviste	Propositionnel  Soumission au savoir  Une maladie	« A mon avis il faut garder les deux ! Sinon si c'est que du curatif ou si c'est que de l'éducatif, ça va pas ça tombe à plat... ah non.... Je pense, il me semble ! »
	Global herméneutique	Négociation  Savoir expérientiel  Un patient	« Alors que en groupe c'est plus du préventif, je trouve, donc c'est plus un travail... en amont à la limite »  « Ho ! Ben !... J'ai fais un petit bout de chemin quand même ! Il m'en reste un grand à faire quand même. [Rires] J'ai déjà fais une prise de conscience c'est déjà pas mal ! Il paraît que c'est le début du progrès. »  « Les douleurs lombaires le matin, ça je crois que...je pense que ça va être difficile de s'en débarrasser. Parce que ça se rouille pendant la nuit et le matin ....je pense que ça peut pas trop s'arranger, »  « Mais maintenant je sais que c'est pas les trois vertèbres soudées qui me font mal mais c'est celle qui est au-dessus ! [Rire] Non, on y connaît rien et il y a beaucoup d'idées reçues sur le sujet dans la société, je trouve »  « Moi je trouve que c'est bien de s'adapter à la condition de la personne quand elle arrive. Comme on sait qui y a une grosse dimension psychologique ce n'est pas la peine d'être que dans le physique ! C'est sur, moi, pour moi, je préfère une technique comme ça, maintenant, ça doit dépendre des gens. »  « c'est un chemin à faire ! [Rire] »

Modèles de l'évaluation	Mesure	Bilan chiffré Produit attendu Programmatique Conformité Maîtrise	« Moi je dis toujours c'est mes trois vertèbres soudées !... »
	Gestion	Performance  Objectif  Planification  Régularisation	« Bon mais il y a quand même des positions à éviter, ça j'essaye de me rappeler qu'il y a des choses et à ne pas faire ou à faire quand on est assise ou etc...[rire]!  « J'essaie d'un peu mieux gérer mon corps, voilà c'est ce que je veux dire ! »  « Un peu plus, un peu plus... c'est-à-dire quand je commence à avoir cette douleur là, je peux faire deux trois choses chez moi là, m'allonger, faire des trucs avec les balles (ballon de Klein). »  « Au niveau professionnel, c'est surtout que j'essaie de prendre conscience de mes mauvaises positions, parce que je suis quand même assise beaucoup avec des réunions qui n'en finissent pas qui durent des heures et des heures sans sortir et tout. »  « C'est bien d'avoir un rappel (anatomophysiologique) parce qu'on a tendance à dire c'est le disque c'est ceci c'est cela, en fait on sait pas trop ce qui peut faire mal et ce qu'il y a et où. Je trouve que c'est pas mal de faire un rappel et d'expliquer les liens qu'il y a entre le haut et le bas, avec tel mouvement. C'est intéressant de regarder sur la maquette là... ( <i>Squelette en plastique sur pied</i> ). »
	Auto-Questionnement	Visée  Créativité  Sens	[rire] Une certaine prise de conscience de pas mal de chose, heu, sur les raisons de mon mal de dos, de mes maux de dos. En fait Déjà à mon avis, il y a deux éléments chez moi, c'est pas que je les connaissais pas avant mais j'avais pas trop pris le temps de creuser. Donc à la base j'ai quand même aux lombaires un problème physique. »  « Oui mécanique, donc les sacro..., heu, la sacralisation des lombaires et puis ça me faisait des douleurs de plus en plus insupportable surtout le matin et puis en vieillissant ça s'arrangé pas et j'ai surtout pris conscience sur les raisons de mon mal de dos, et, et puis j'ai surtout pris conscience de l'impact du stress, c'est surtout ça quoi. C'est-à-dire que je me suis rendu compte qu'à chaque fois que j'avais mal au dos c'était comme par hasard à chaque fois que j'étais hyper fatiguée, hyper surmenée, hyper ceci, hyper cela. Parce que en plus des problèmes « sacro machin », heu sacro-lombaire, j'ai une douleur récurrente au niveau de l'omoplate droite, donc qui me faisait un coup de poignard permanent et qui me pourrissait la vie [rire], et ça je pense que celle là elle est essentiellement d'origine psychologique, heu, nerveuse quoi. C'est des contractures de stress. Alors ça a pas mal régressé, ça revient dans le cas des coups un petit peu plus dur ! ( <i>Elle fait allusion à son problème ophtalmique évoqué avant le début de l'interview, quelle associe au stress occasionné par les attaques de paniques de sa fille, qui est en train de se séparer de son ami. Le S1 est très liée avec sa fille unique depuis le suicide du père il y a une vingtaine d'années</i> ) Mais ça a pas mal régressé...heu... peut être que je fais un peu plus attention, et puis... heu... dès que je vois que je commence à me crisper d'un peu partout je sais qu'il faut que je fasse attention pour ne pas aller jusqu'à la douleur insupportable... »  « Ouais, ouais. C'est-à-dire que j'ai un peu identifié le mécanisme, pourquoi ça arrive et comment ça arrive cette douleur. » « Quand je commence à avoir des douleurs un peu partout j'essais de prendre conscience et de me dire qu'est ce que je peux faire pour ne pas empirer la situation »

			<p>« parce qu'au début ça m'angoissait, je me disais qu'est ce que c'est que cette douleur dans le dos là !...je trouve quand même que la douleur est disproportionnée à la cause, c'est-à-dire que la douleur est vraiment terrible alors que c'est pas gravissime au fond. Donc du coup ça permet quand même de relativiser ça aussi et d'essayer de faire attention de ne pas se mettre dans des situations où ça va revenir, mais bon ça c'est plus dur! »</p> <p>« Parce qu'avant c'était que le mental qui gérait chez moi. Maintenant j'essaie de tenir compte de mon pauvre corps ! »</p> <p>« Oui, oui, ... Et puis j'essais de dédramatiser le truc quand même ! Oui voilà, ça m'a refait prendre conscience, je le savais déjà, qu'il fallait que je fasse de l'exercice physique ce que j'ai jamais fait de ma vie, donc c'est sur que ce serait mieux. Après c'est un problème de priorité comme on dit ! Mais voilà quoi, j'ai quand même globalement moins mal je trouve. J'ai quand même globalement moins de crise. »</p> <p>« là je peux pas faire grand-chose, par contre pour le reste, le dos, les omoplates, la nuque, là je pense que ça m'a aidé à prendre conscience qu'il fallait que je fasse plus attention que je prenne plus en compte mon corps, que je le ménage un peu plus. J'y arrive plus ou moins selon les périodes et puis, si ça modifie un peu l'image de son corps aussi. »</p> <p>« Déjà moi à la base j'avais plutôt tendance à négliger mon corps, voir à ne pas trop l'aimer quand même, hein...à le trouver un peu faiblard, »</p> <p>«Oui un peu démusclé, et maintenant je me dis que je suis déjà bien contente de l'avoir [rire] et qu'il est bien gentil de m'accompagner avec ce que je lui fais subir ! [Rire] et que donc je vais essayer d'être plus gentille avec lui, quoi. Parce que le dos, c'est je crois, que c'est vraiment là où se fixe tous les stress, je crois que quand on, dit qu'on en a plein le dos c'est pas par hasard. Moi quand j'en ai plein le dos ça se fixe sur le dos, c'est sur. Donc il faut que je fasse le lien entre le mental et le physique. Je le savais quelque part je m'en doutais mais je l'avais pas mis à plat »</p> <p>« J'ai quand même moins souvent cette douleur là dans le dos qu'avant, quand même, c'est sur, parce que à moment donné je l'avais presque tous le temps quoi. Alors que là, c'est moins souvent, quand je suis crispée, c'est comme là je suis fatiguée, je suis crispée, j'ai un fond qui revient là. C'est aussi parce que je me tiens mal, parce que comme je suis fatiguée et tout, j'ai moins de tonus, donc forcément.., donc je me crispe, je me crispe, le problème c'est que je me crispe, oui c'est ça le truc c'est que j'ai pris conscience aussi même si je le savais mais pas à ce point là que heu... comment dire...que je suis, de me mettre...Qu'avec le mental je suis capable de vraiment... brutaliser mon corps quoi... et donc là j'essais maintenant de moins être la dedans, mais en fait c'est difficile parce que ...je suis très cérébrale quoi, il faut que je réussisse à être moins cérébrale, un peu plus physique, à être un peu plus équilibrée. »</p> <p>« et puis le fait d'être avec quelqu'un d'autre, c'est pas le même rapport forcément au thérapeute et puis on l'entend travailler avec l'autre donc, heu... et c'est sûr de voir travailler l'autre on s'aperçoit que les problèmes de dos ça peut avoir des formes multiples ! [Rire]. Avec à la base des problématiques assez proches de stress de rapport au corps etc.... qui sont sûrement assez proche mais qui se concrétisent complètement différemment. »</p> <p>« mais ça m'a fait prendre conscience que quelque fois j'ai très mal au dos le soir parce que j'ai pas du tout fait gaffe à mon dos dans la journée et que je l'ai crispé, crispé, crispé ! Et que j'arrive à une douleur extrême quoi...c'est sur c'est sur, c'est bien d'en prendre conscience, mais après... Mais le chemin est long pour remonter la pente après quoi... »</p>
--	--	--	--

Posture	Agent	Subit  Passif	<p>«là je peux pas faire grand-chose »</p> <p>« J'ai du faire trois à quatre fois des rééducations du dos comme ils disent, mais j'ai jamais accroché. Parce que c'était à chaque fois les même genre de truc, très mécanique très répétitif, et je voyais pas trop, je comprenais pas trop on me disait à chaque fois il faut vous remuscler, on me faisait faire des exercices qui étaient crevant et heu...j'ai pas poursuivie très longtemps, et puis en plus j'étais en position de passivité quelque part...On me demandait pas mon avis. »</p>
			<p>« Ca dédramatise quelque part je veux dire. Bon moi c'est vrai, la première fois qu'on m'a dit que j'avais les trois lombaires sacralisées, ça ma stressé sur le coup, puis après je me rends compte que c'est un peu embêtant mais que c'est pas non plus...je veux dire je sais maintenant pourquoi j'ai mal, je sais que ça va pas s'arranger en vieillissant qu'il faut quand même que je fasse un effort pour essayer d'améliorer, mais c'est pas...gravissime quoi. Le problème du dos qui est beaucoup plus lié au stress, là c'est plus mon problème à moi quoi...Il faut que j'arrive à gérer mon stress mieux que je ne le fais... ça c'est sur, c'est sur.... Mais en même temps je sais que c'est pas gravissime non plus ! C'est handicapant parce que quand j'ai mal comme ça je perds quand même des moyens et c'est pas... c'est pas une vertèbre... écrasée ou je sais pas quoi... »</p> <p>« Bon je pense quand même que quelque part ça m'a aidé à changer l'image que j'ai de mon corps, parce que j'étais pas sympa avec ! [Rire] je le trouvais vraiment nul !...Nul et faible ! Et là je me rends compte qu'il est pas si mal que ça, c'est pas c'est pas possible après tout ce que je lui ai fait encaisser, il se révolte de temps en temps mais bon, et puis je me rencontre qu'il y a pire... ! Peut être aussi que de voir les autres on se rend compte que... »</p> <p>« Mais je me rends compte qu'il y a beaucoup de gens qui ont des problèmes avec leur corps quand même, soit des problèmes d'image, soit de sensations, de vécu... c'est fou c'est vraiment celui qui trinque le premier. Ça c'est plutôt...et puis comme vous me dite que vous voyez cela toute la journée ça me rassure ! Y a pas que moi, et donc du coup je suis plus indulgente avec mon corps après. (Long silence) j'ai l'impression de moins subir quand même, d'être un peu plus partie prenante dans l'affaire, même si j'y arrive plus ou moins bien selon les moments. Quand même de temps en temps je me surprends à me dire : « attention cette position là... » alors qu'avant je me posais même pas la question... (silence) »</p> <p>« quand ça va pas je sais que je vais pouvoir avoir un bien, un mieux à chaque séance si j'ai à nouveau des problèmes de dos, etc, donc c'est une sécurité pour moi, je trouve. »</p>



	Acteur	Interprète  Propose	<p>« En fait Déjà à mon avis, il y a deux éléments chez moi »</p> <p>« je pense que celle là [douleur] elle est essentiellement d'origine psychologique »</p> <p>« je sais qu'il faut que je fasse attention pour ne pas aller jusqu'à la douleur insupportable... »</p> <p>« C'est-à-dire que j'ai un peu identifié le mécanisme, pourquoi ça arrive et comment ça arrive cette douleur »</p> <p>« je trouve quand même que la douleur est disproportionnée à la cause, c'est-à-dire que la douleur est vraiment terrible alors que c'est pas gravissime au fond. »</p> <p>« je vais essayer d'être plus gentille avec lui (son corps)»</p>
	Auteur	Crée  Impliqué	<p>« J'essaie d'un peu mieux gérer mon corps »</p> <p>« j'essais de dédramatiser le truc quand même »</p> <p>« il faut que je fasse le lien entre le mental et le physique »</p> <p>« Quand je commence a avoir des douleurs un peu partout j'essais de prendre conscience et de me dire qu'est ce que je peux faire pour ne pas empirer la situation »</p> <p>« je veux dire je sais maintenant pourquoi j'ai mal, je sais que ça va pas s'arranger en vieillissant qu'il faut quand même que je fasse un effort pour essayer d'améliorer, mais c'est pas...gravissime quoi. »</p> <p>« j'ai l'impression de moins subir quand même, d'être un peu plus partie prenante dans l'affaire, même si j'y arrive plus ou moins bien selon les moments. »</p>

<p>Autre :</p> <p>La seconde topique freudienne</p>	<p>Moi<sup>1</sup></p>	<p>Identité</p> <p>Affirmation</p> <p>Conscience de soi</p>	<p>« ça modifie un peu l'image de son corps aussi »</p> <p>« Moi quand j'en ai plein le dos ça se fixe sur le dos, c'est sur »</p> <p>« C'est là où on se dit qu'il y a une super dimension psychologique et que là moi je dois faire pareil, pour quelqu'un de l'extérieur ça doit être surprenant. »</p> <p>« J'identifie mieux »</p> <p>« Bon je pense quand même que quelque part ça m'a aidé à changer l'image que j'ai de mon corps, parce que j'étais pas sympa avec ! [Rire] je le trouvais vraiment nul !...Nul et faible ! Et là je me rends compte qu'il est pas si mal que ça, c'est pas possible après tout ce que je lui ai fait encaisser, il se révolte de temps en temps mais bon, et puis je me rencontre qu'il y a pire... ! Peut être aussi que de voir les autres on se rend compte que... »</p> <p>« Oui, c'est différent, mais quand même, je pense à l'autre personne, je me dis que j'aimerais pas en arriver au stade où elle en est... de se surprotéger de ne pas faire quoi que soit, je ne pense pas en être là et je ne voudrais pas en arriver là. Et du coup ça me sert un peu de... »</p> <p>« Déjà moi à la base j'avais plutôt tendance à négliger mon corps, voir à ne pas trop l'aimer quand même, hein... à le trouver un peu faiblard, »</p> <p>« Moi je sais pas si j'en suis à ce stade là, j'en ai sûrement d'autres symptômes et pas qu'un, mais j'espère que j'arriverai pas à ça. »</p> <p>« Mais donc c'est amusant de voir les différences de rapports au corps que les gens peuvent avoir...et ça c'est plutôt rassurant parce que moi je me disais que j'ai un rapport au corps qui n'est pas vraiment normal, je devrai être mieux que ça entre le cérébral et le corps et je me rencontre que je suis pas la seule ! Donc là déjà ça me rassure un peu. »</p> <p>« Mais je me rends compte qu'il y a beaucoup de gens qui ont des problèmes avec leur corps quand même, soit des problèmes d'image, soit de sensations, de vécu... c'est fou c'est vraiment celui qui trinque le premier. Ça c'est plutôt...et puis comme vous me dite que vous voyez cela toute la journée ça me rassure ! Y a pas que moi, et donc du coup je suis plus indulgente avec mon corps après. (Long silence) j'ai l'impression de moins subir quand même, d'être un peu plus partie prenante dans l'affaire, même si j'y arrive plus ou moins bien selon les moments. Quand même de temps en temps je me surprends à me dire : « attention cette position là... » alors qu'avant je me posais même pas la question... (silence) »</p>
---	------------------------	---	--

<sup>1</sup> **Moi** : Il est le médiateur entre le Ça, le Surmoi et la réalité. Il se constitue progressivement au contact du monde extérieur. C'est le Moi qui met en place le raisonnement intellectuel objectif. C'est aussi grâce au Moi que l'on a la perception d'être. Il doit composer avec les exigences des autres instances (Ça et Surmoi) et le monde extérieur : Le Moi est donc dominé par le principe de réalité.

	Surmoi <sup>1</sup>	Censure  Maîtrise	<p>« Oui un peu démusclé, et maintenant je me dis que je suis déjà bien contente de l'avoir [rire] et qu'il est bien gentil de m'accompagner avec ce que je lui fais subir ! [Rire] et que donc je vais essayer d'être plus gentille avec lui »</p> <p>« Donc il faut que je fasse le lien entre le mental et le physique »</p> <p>« Qu'avec le mental je suis capable de vraiment... brutaliser mon corps quoi... »</p> <p>« il faut que je réussisse à être moins cérébrale, un peu plus physique, à être un peu plus équilibrée »</p> <p>« mais je pense qu'il y a un problème de motivation, alors après il y a peut être des gens qui ont pas envie de faire un travail de groupe, je sais pas. Où qui on envie sans avoir envie. »</p> <p>« moi je pense que c'est un système éducatif intéressant, mais faut rentrer dedans et s'y tenir »</p> <p>« Il faut que j'arrive à gérer mon stress mieux que je ne le fais... ça c'est sur, c'est sur... »</p>
	Ça <sup>2</sup>	Inconscient  Pulsions	<p>« on voit bien qu'il y a des peurs par rapport à son corps, par rapport à la douleur, elle...elle me parait avoir plus de peur par rapport à son corps que moi, par rapport à la douleur de son corps. »</p>

<sup>1</sup> **Surmoi** : Il possède un rôle de censeur ou de juge. Il correspond à notre conscience morale, notre autocensure. Il se forme par l'intériorisation des interdits parentaux et des exigences sociales

Lu le 28/07/200 sur : <http://www.rsp38.org/dicopsy/dicopsy.htm>

<sup>2</sup> **Ça** : Il est le siège des pulsions et des désirs refoulés. Il apparaît avant l'éducation, par conséquent, certains le voit comme le pôle animal de l'être humain. Il est dominé par le principe de plaisir. Dans le Ça seront refoulés tous les éléments interdits. Il va rentrer en conflit avec le MOI et le SURMOI

Lu le 28/07/200 sur : <http://www.rsp38.org/dicopsy/dicopsy.htm>



#### 6.2.4. Analyse de contenu :

La patiente a été invitée à s'exprimer sur ce que lui a apporté le parcours éduco-thérapeutique réalisé à la fois sous une forme individuelle et en petit groupe. Elle doit donc évoquer les intérêts perçus de la méthode. Ceux-ci devant s'éclairer à la lumière des supports théoriques servant à l'analyse de cet entretien.

La grille de lecture reprend des modèles évoqués dans la problématique théorique : modèles théoriques de l'apprentissage, évaluation, modèles de santé et positionnement identitaire du patient en tant qu'agent/ acteur/ auteur.

La répartition des unités de sens est faite en fonction de l'interprétation du patient sur la problématique évoquée (apprentissage, évaluation, modèle de santé, posture).

Une dernière rubrique a été créée à la relecture, elle n'est pas de l'ordre de l'inattendu, mais elle n'a pas été traitée dans la problématique théorique. Il me semble qu'elle mériterait d'être abordée dans un autre travail. La patiente a prononcé 5 fois le mot « psychologique », de nombreux propos font référence à la deuxième topique freudienne<sup>61</sup>.

L'évocation perceptuelle de ses rapports à la méthode éducative vécue, crée des liens avec d'autres dimensions. Le corps y est tout naturellement associé mais l'image du corps appelle l'image de « soi », son Moi, ainsi que l'image de ce que je devrais être, le Surmoi. C'est, bien sur, la personnalité de la patiente qui permet cette évocation, mais aussi la structure ouverte du dispositif. On a là des fruits de la logique du reste de M. Vial (2003 p69). Se former pour évaluer).

La répartition des contenus dans les structures a suscité du « questionnement ! », un discours auto questionnant ayant aussi bien sa place dans la rubrique « socioconstructivisme » que « évaluation auto questionnement », ou dans le modèle « herméneutique » La répartition a été faite avec la subjectivité, la part d'intuition, le souvenir de l'entretien, que laisse cette approche évaluative<sup>62</sup>. La dimension socioconstructiviste devait être illustrée plus particulièrement par l'importance donnée aux échanges, à la communication dans le groupe pour la personne. L'auto questionnement lui donnant davantage accès sur la remise en question personnelle. La dimension herméneutique devant faire appel à la visée du projet. Pour la posture, comme pour le thème « autre », j'ai repris des éléments déjà employés dans d'autres rubriques mais qui avaient justement cette double dimension.

Mis à part ces réserves, on peut, en première analyse, observer que les dimensions « apprentissage dans le socioconstructivisme » et « évaluation dans l'auto questionnement » sont les plus employées par la patiente.

<sup>61</sup> « Dans la théorie psychanalytique, la première topique définit trois systèmes: l'Inconscient, le Préconscient et le Conscient ayant chacun sa fonction et son type de processus. Freud aborde dans une deuxième topique les rapports entre les 3 instances que sont le ça (pôle pulsionnel), le Moi (intérêt de la totalité de la personne, raison + narcissisme) et le Surmoi (agent critique, intériorisation des interdits et des exigences). Pour expliquer l'ensemble des processus mentaux, Freud en viendra à rajouter l'Idéal du Moi (très investi narcissiquement). Il pourra alors décrire les principaux phénomènes psychiques en termes de conflits. La deuxième topique révèle mieux la façon dont le sujet se construit, et se perçoit. » Lu le 26/08/2005 sur : <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/document/psychologie/ca-moi-surmoi.htm>.

<sup>62</sup> Vial, M., Bonniol, J., J., (Les modèles de l'évaluation, 1997-2003, p40) écrit « *les changements de modèle dans la production d'un auteur ne sont pas aussi nets et qu'un même texte peut fort bien s'inscrire dans deux modèles au moins sans le signaler- et ce n'est pas seulement dû à la non identification de ces formatages de la pensée, auquel on n'a pas accordé l'importance qui leur revient. Il semble que le processus de référéntiation chez un auteur puisse être schématisé en diagonale par rapport à la vie des modèles* »

Le béhaviorisme n'est évoqué que pour marquer l'éloignement avec cette pratique. Je n'ai retrouvé que peu de trace du modèle global positiviste. L'évaluation mesure est à peine évoquée alors que cette patiente a passé un bilan initial et final (mesure : test de Dallas en annexe p 71, EVA, Sorensen).

Il est intéressant de noter que cette patiente venue au départ pour traiter des douleurs de dos, explicite son parcours par « une prise de conscience » d'un phénomène (comptabilisé 5 fois par le logiciel CONTEXTE de Jean Véronis.

- 15 fois le mot « conscience »
- 14 fois le mot « douleur »
- 17 fois le mot « corps » par le logiciel DICO du même auteur).

Elle n'articule pas son problème de dos uniquement sur une absence de connaissance (savoir savant insuffisant ou inapproprié), mais sur un lien entre un problème mécanique (sacralisation L5S1, dimension organique) une problématique de stress (dimension psychosociale).

Son problème mécanique a déjà été abordé à plusieurs reprises, dans le passé avec des thérapeutes différents, mais employant le même modèle de santé (biomédical), le même modèle d'apprentissage (béhavioriste), le même modèle d'évaluation (mesure/gestion).

On constate que ces dispositifs antérieurs n'abordaient pas la préoccupation majeure de cette patiente, c'est-à-dire mettre en lien l'influence de son environnement (ses difficultés familiales, son milieu professionnel stressant) et son attitude inadéquate sur ses douleurs (son rapport à un corps « outil » qu'elle a trop longtemps utilisé en le crispant dans les situations difficiles, comme elle l'évoque dans l'interview retranscrit, à l'échange numéro 20) ; ces dispositifs ne le permettant pas. L'appropriation des savoirs n'a pu se faire, la patiente répétant les mêmes comportements pathogènes.

Aujourd'hui elle n'est pas « guérie », mais :

- Elle a pris conscience qu'elle ne guérira pas.
- Elle a pris conscience qu'elle pouvait améliorer son état. Qu'elle avait un rôle d'acteur à jouer sur sa problématique.
- Elle a pris conscience qu'elle pouvait créer pour partie les conditions de son mieux être (posture d'auteur)
- Elle a pris conscience des déterminants de sa santé et du rôle de l'environnement (professionnel et familial)
- Elle a pris conscience qu'il s'agissait d'un long cheminement.
- Elle a pris conscience du lien entre symptômes et identité (dimension phénoménologique et posturale au sens d'agent acteur auteur)

Maintenant pour répondre à la question centrale :

« Dans quelle mesure la connaissance des modèles de l'évaluation et les théories de l'apprentissage sont-ils utiles à la pratique de la kinésithérapie ? »

Tout d'abord je note que les observations prises aux cours des séances (annexe p 75), individuelles ou en groupe, corroborent les propos de notre entretien.

Il est intéressant que l'évaluation mesure chez cette patiente n'avait que peu de sens. Elle voulait « mesurer » son évolution à l'aune de son ressenti (je suis mieux ou je suis mal). Dimension subjective, choix de son approche thérapeutique (influence socioculturelle, cf chapitre 2.3.). La patiente se détermine dans son appropriation de sa santé par une approche singulière, fruit de son expérience et des savoirs construits. Sa volonté de comprendre, c'est-à-

dire de donner du sens, se cumule avec une notion ludique de la méthode éducatrice, c'est la nécessité de didactiser les savoirs pour les rendre accessibles.

Elle s'investit dans la pratique de groupe par le vecteur des interactions. Elle se découvre et découvre de nouveaux savoirs grâce à l'autre, bien qu'elle le perçoive comme différent (approche socioconstructiviste). Pour Bonniol l'accommodation « *implique l'organisme tout entier, organisme individuel ou collectif, avec ses composantes socio affectives, ses problèmes d'image de soi, d'ego, d'autonomie très relative, de rapport complexe avec les autres. L'accommodation, ce n'est pas un réajustement rétroactif simple et sans problèmes* » (Bonniol J., J., Vial M., 2003 p 358) Mais elle reste attachée à l'approche curative, rassurante, efficace immédiatement. Tout comme dans l'étude, chapitre 2.3.3., elle peut rechercher la « poésie » d'une approche holistique, mais elle a besoin d'un recours à une position d'agent. On retrouve l'apparente contradiction d'un sujet agissant, traversant les trois postures de Bonniol., ce qui implique une évaluation dans l'auto questionnement (Vial) mais aussi la dimension complexe de l'individu (Morin) où le paradoxe est au centre de la dynamique du sujet.

Sur un plan plus personnel et aux vues de ce premier recueil de données, la connaissance des modèles de l'évaluation et les théories de l'apprentissage, m'ont permis une meilleure lecture d'une pratique professionnelle par un repérage théorique. Ceci m'autorisant (enfin ?) à affirmer une nouvelle posture professionnelle et un positionnement plus libre, « plus souple », avec mes patients dans la dimension relationnelle, mais aussi avec mes partenaires professionnels (collègues et médecins). Les auteurs du rapport de L'INSERM<sup>63</sup> sur l'enfance écrivent « *Les 'éducateurs pour la santé' constituent également une catégorie d'acteurs particulièrement utiles. Ils se définissent par leur formation, leur expérience et surtout par leur capacité à dépasser les clivages professionnels et disciplinaires, ayant des compétences interdisciplinaires, à la fois dans les domaines de l'éducation, de la santé, de la communication, de la psychologie et de la sociologie.* »

Il me semble utile de poursuivre ce travail peut être par une étude différentielle sur les caractères individuels ou sociaux qui induisent tel ou tel modèle d'évaluation ou approche éducative. Mais il me semble important aussi de faire des liens entre deux modèles théoriques croisés sans cesse dans ce travail : la dimension phénoménologique et la dimension psychanalytique qui agissent le sujet (et l'éducateur thérapeute!). Ces dimensions théoriques traduisent une pratique, une expérience à laquelle il est nécessaire de répondre par une compétence. La formation est une réponse à des difficultés de terrain que chacun rencontre dans sa pratique.

Jean Zin<sup>64</sup> « *La véritable finalité de la phénoménologie est de nous réconcilier avec notre monde rapporté à notre propre intentionnalité, comme la psychanalyse, il s'agit de rapporter les désordres apparents du monde au désir qui l'organise, notre perception à une décision subjective. La crise est l'oubli des origines subjectives du monde, chute dans la passivité, incapacité à se rendre responsable du sens dans une activité authentique* ». Notre sujet a traversé des moments de cette qualité, concilier une vie familiale chargée d'histoire, une vie professionnelle stressante et incertaine (licenciement probable dans quelques mois), l'apparition de symptômes est peut être la réponse frustrée à cet état de crise.

<sup>63</sup> Chapitre2 : Éducation pour la santé des jeunes Concepts, modèles, évolution dans Éducation pour la santé des jeunes Démarches et méthodes INSERM Rapport établi à la demande de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes (CANAM) Expertise Collective INSERM 2001

<sup>64</sup> <http://perso.wanadoo.fr/marxiens/philo/phenopsy.htm>

### 6.3. Conclusion et perspective :

Dans ce travail, je me suis appuyé sur ma pratique, sur mes expériences antérieures et sur les savoirs nouveaux acquis par les sciences de l'éducation. Pour illustrer et faire parler cette vision de la kinésithérapie des lombalgiques chroniques, j'ai du faire appel à la transdisciplinarité. La sociologie, avec un premier article (CAPA) évoque par un mouvement centripète, en partant des comportements sociaux et en particulier de la consommation pour montrer cette influence sociale sur les comportements de soin. Un autre article (Marcellini A., Turpin J.P., Rolland Y., Ruffié S) montre que dans une action centrifuge, les patients sont demandeurs d'une approche plus diversifiée des soins, ce qui modifie l'offre de soin et par conséquent l'identité des soignants. Ce double mouvement évoque encore une fois les phénomènes récursifs décrits par Morin (1990).

Nous avons approché la didactique en lien avec l'apprentissage pour souligner les mécanismes piagétien de l'assimilation/accommodation sur l'appropriation des savoirs.

Nous avons balayé les modèles thérapeutiques utilisés dans le traitement de la lombalgie chronique en lien avec les modèles de l'évaluation, ceci permettant grâce à l'évaluation complexe de mieux saisir la richesse des facteurs qui peuvent influencer la lombalgie. Nous avons exploré la dimension philosophique par la vision phénoménologique à travers le corps objet/sujet, avec son incidence sur la pratique par l'intérêt de l'alternance des phases actives et passives au cours de la rééducation.

Dans notre entretien nous avons pu retrouver toutes ces dimensions, le sujet singulier ne peut pas se satisfaire d'une simple « gestion » de sa problématique lombalgique, car le sujet ne se satisfait pas d'être réduit à une pathologie. Le besoin de sens n'a pas forcément sa réponse dans une simple vue organique. Si certains patients ne souhaitent pas dépasser cette dimension pour des raisons de « filtre », il me semble néanmoins utile que le thérapeute dans une visée d'autonomie de son patient (et pour son propre confort), soit compétent face aux comportements parfois paradoxaux de celui-ci. V., de Gaulejac (2005p119) écrit au sujet de la quête de sens dans nos sociétés contemporaines « malade de la gestion » : « *Chaque individu est renvoyé à lui-même pour apporter des réponses dans un monde qui semble de plus en plus incohérent. Les paramètres d'évaluation de l'activité correspondent de moins en moins à la valeur que l'acteur lui attribue* ». Il décrit dans son livre que pour des raisons d'objectivité et de gestion au meilleur coût, la société s'est dotée dans tous les domaines, et la santé n'y échappe pas (p257), des outils de gestion pour évaluer les pratiques. Mais il signale que la gestion ne fait pas sens et que « *le lien vaut mieux que le bien<sup>65</sup>* » (p243). Il faut « *Considérer l'individu non comme une ressource mais comme le produit d'une histoire dont il cherche à devenir le sujet* » (p238). La gestion très efficace pour le contrôle des objets ne peut s'appliquer avec succès sur l'homme, celui-ci « être de désir » dans sa recherche d'autonomie « *En pensée comme dans l'action, s'étaie sur la reconnaissance de ses désirs sans se laisser assujettir au désir de l'autre ou se laisser dominer par ses fantasmes.* ». Dans l'entretien, la dimension du stress est très présente dans les facteurs déclenchants des troubles lombalgiques chez cette patiente. La gestion comportementaliste habituellement proposée ne permet pas de sortir de la répétition puisque le modèle social déclenchant reste inchangé (ici le travail). « *Dans ces conditions, le désengagement du stress n'est pas de l'ordre de l'apprentissage d'un comportement opératoire mais de l'ordre de la compréhension en profondeur de ses causes et de ses effets. Pour s'en dégager, il faut donner au sujet les moyens de faire des liens entre la pression du travail et son fonctionnement psychique (Aubert et Pagès, 1989)* » (p243).

---

<sup>65</sup> « Bien » est ici à entendre en tant que valeur marchande



H., Gadamer (1998) rappelle devant une assemblée de médecins, reprenant les propos du sociologue Freidson, que « *La science médicale pure, en tant que telle, n'est pas compétente pour appliquer pratiquement ses connaissances parce que des éléments tout autres entrent en jeu, comme les représentations de valeur, les habitudes, les préférences et même les intérêts personnels* » (p30).

C'est la question de l'expertise qui est également posée. La médecine a décrit assez précisément une nosographie de la pathologie lombalgique chronique (organique, fonctionnelle, psycho-sociale), avec des notions de dominance qui sont une reconnaissance implicite du flou qui sépare ces catégories. Le kinésithérapeute dans sa pratique ne peut s'arrêter à cette classification, qui nous l'avons vu peut être fluctuante, c'est pourquoi il ne peut pas se contenter de n'être qu'un simple agent exécutant une ordonnance (qui est peut être déjà dépassée au moment où il traite son patient). Il faut que le kinésithérapeute ait les compétences pour évaluer la réalité bio-psycho-sociale du patient dans toute sa complexité, incluant la notion de temporalité et de contexte. Mais aussi pour aider le patient à vivre avec une pathologie chronique dans un accompagnement qui n'est pas assez valorisé par la médecine moderne H.G., Handamer (1998 p 86) ni par la kinésithérapie. Cette compétence qui ne peut être une expertise au sens technique de son assertion originelle, est un recueil de savoir mis en relation avec une situation et un patient particulier. L'incertitude y a sa place, mais l'engagement aussi. L'engagement du patient et celui du kinésithérapeute pour une « prise de conscience ! » Le kinésithérapeute passe alors d'une posture d'expert à celle de consultant.

*« C'est ici que je place mes véritables espoirs appelons-les mes rêves les plus chers : que l'héritage de toutes les cultures humaines qui, lentement, nous parviennent de contrées lointaines et des confins de la planète, nous enseigne à surmonter nos dépendances et à vaincre nos troubles par une prise de conscience. »* H., Gadamer (1998p89)

Cette approche originale de la lombalgie ne peut être présentée comme un modèle généralisable à tous les patients lombalgiques, mais il se veut être une « ressource » pour les patients souhaitant sortir du cadre du contrôle et de la simple gestion d'un problème qui peut leur apparaître complexe. Simplifier le complexe pour le rendre accessible est la démarche du positivisme, elle n'est pas adaptée à « la prise de conscience » qui doit être la prise en compte des paradoxes. Le patient est bien souvent partagé entre des tensions qui s'opposent, comme tout simplement : « Pourquoi faire des exercices astreignants pour atténuer une douleur si les causes du mal que je pressens dans mon existence ne peuvent être modifiées ? ».

L'évaluation complexe et le socio-constructivisme, dans une activité de groupe en particulier, peuvent par contre être proposés à d'autres catégories de patients chroniques (ou non). Depuis cette année, j'ai proposé ce même dispositif à des patients parkinsoniens, des problématiques nouvelles sont apparues, comme la relation au médecin, aux médicaments, aux nouvelles thérapeutiques. Il s'agit bien de faire évoluer la vision du patient par rapport à sa problématique et à sa santé et pas seulement dans une optique comportementaliste à court terme. Ceci demande une modification de posture du kinésithérapeute, c'est-à-dire une part de « remise en question » ou d'auto-questionnement au sens de J., J., Bonniol et M., Vial (2003).

## 7- Références bibliographiques :

AFREK (Association Française de recherche et d'évaluation en kinésithérapie), et ANAES (agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) 2000, *Prise en charge kinésithérapique du lombalgique*. Conférence de consensus, 13 et 14 novembre 1998. Paris. SPEK.

ALTET M., *Les pédagogies de l'apprentissage*. PUF 1998.

ANAES. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Lu le 02/04/04 sur :

<http://www.anaes.fr/ANAES/framedef.nsf/0/71e60e94c17622aec125667f0023974b?OpenDocument>

BACHELARD G., *La formation de l'esprit scientifique*. Paris. Librairie philosophique J. Vrin. 1938. 256p.

BAUDRILLARD J. *La société de consommation*. 1<sup>ère</sup> éd. Saint-Amand. Folio essais 1970. 316p.

BELLET M., *L'écoute*. 5<sup>ème</sup> éd. Lonrai. Desclée de Brouwer 1989. 201p.

BERBAUM, J. « Les dimensions du travail du formateur », corpus de textes.

BERNARD C., (1865), corpus de texte fourni en licence.

BLANCHET A., GOTMAN A., *l'enquête et ses méthodes : l'entretien*. 1<sup>ère</sup> éd. Nathan université. 1992. 125p.

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

BONNIOL, J.J., VIAL, M., *Les modèles de l'évaluation*. 3<sup>ème</sup> éd. Bruxelles. De Boeck .1997-2003. 368p.

BOURDIEU P., *La distinction*. Paris. Les éditions de minuit. 1979-2003. 670p.

BRUCHON-SCHWEITZER, M. , DANTZER R., *introduction à la psychologie de la santé*, 4<sup>ème</sup> éd., Paris, PUF, 2003. 220p. psychologie d'aujourd'hui.

CENTRE D'ANALYSE ET DE PROSPECTIVE DE L'ASSURANCE. [en ligne]. Paris, éd. CAPA, mars 2005. Disponible sur : <http://www.capaweb.com>

CHANGEUX, J., P., RICOEUR, P., *Ce qui nous fait penser. La nature et la règle*. Editions Odile Jacob, Paris 1998) d'après fiche de lecture de ZAMBOTTO C., Université Paris DAUPHINE 2000-2001

CHEVALLARD, Y., *La transposition didactique. Du savoir savant au savoir enseigné*. La pensée Sauvage, Grenoble. 1991.

COMTE, A., *Système de politique positive*, vol. 1, page 481

DECCACHE A, MEREMANS P. *L'éducation pour la santé des patients : au carrefour de la médecine et des sciences humaines*. In : *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Sandrin-Berthon B, éd. Collection Éducation et Formation, PUF, Paris 2000.

Décret n°2000-577 du 27 juin 2000, article 13.

DE GAULEJAC V., *La société malade de la gestion*. Seuil, Paris, 2005. 272p.

DEVEREUX G., *De l'angoisse à la méthode*, Flammarion, Paris, 1980.

DIVERNOIS J.F., GAGNAYRE R., *Apprendre à éduquer le patient*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Maloine 2004. 155p.

DOLLE J., M., *Pour comprendre Jean Piaget*. Paris : Dunod, 1974-2005. 272p.

DONNADIEU B., GENTHON M., VIAL M., *Les théories de l'apprentissage, quel usage pour la santé ?* Paris : Masson, 2002. 128p.

EYMAR D., *Initiation à la recherche en soins et santé*. Rueil-Malmaison. Editions Lamarre, 2003b, 243 p.

FABRE, A. *Penser la formation*. Puf 1986.

FERRY, G., *Modèle centré sur les acquisitions* in « *Le trajet de la formation* ». Dunod. 1983

GADAMER H., G., *Philosophie de la santé*. Grasset, Paris, 1993-1998. 183p.

GATTO F., 1995, La kinésithérapie au carrefour de sa promotion par la formation en sciences de l'éducation : les enjeux, les intérêts, les limites, les perspectives. *Kinésithérapie scientifique*, n° 343, 47-55, Spek, Paris.

GATTO F. et BUI-XUAN G., 1996, Relativité du savoir et relation thérapeutique : étude d'une population de santé en formation continue. *Kinésithérapie scientifique*, n° 361, 47-53, Spek, Paris.

GATTO F. et FAVRE D., 1997, Utilisation d'indicateurs discursifs pour optimiser les effets de la rééducation auprès de patients lombalgiques. *Santé Publique* n° 3, 9<sup>ème</sup> année, 341-360, SFSP, Nancy.

GATTO F., 1998-a, Contribution de la régulation langagière à l'apprentissage de nouveaux comportements de santé. *Kinésithérapie scientifique* n° 380, 42-56, Spek, Paris.

GATTO F., 1998-b, L'évaluation-régulation permettrait-elle au thérapeute déjouer le rôle de médiateur de l'amélioration de la santé de la population ? Acte du 3<sup>ème</sup> congrès CMTP-Europe « *Prise en charge kinésithérapique du lombalgique* », *kinésithérapie scientifique* n° 383, 1-3, Spek, Paris.

GATTO F., 1999-a, 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.

GATTO F., 1999-b, Contribution de dispositifs pédagogiques spécifiques aux actions de santé, *Kinésithérapie Scientifique*, n° 392, septembre 1999, p47-51.

GATTO ,F. Le gérontophile, *revue trimestrielle de l'association québécoise de gérontologie*, volume 23, N°3, 2001, p24

GATTO F. et RAVESTEIN J. 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). 2003. pp. 17-27.

GATTO, F., Masso-kinésithérapie, éducation à la santé et université. *Kiné-actualité*, 22 avril 2004, n° 937, p6-7.

GENTIS R. *N'être*. Paris : Flammarion, 1977. 173p.

GENTIS R. *Leçons du corps*, Paris, Flammarion, 1980-1982. 234p.

GENTIS R. *Projet Aloïse*. Clamecy, Scarabée Cemea (l'ouverture psychiatrique) 1982. 222p.

GENTIS R. *Le corps sans qualités, une psychothérapie pour le temps présent*. Cahors : éres. 1995. 234p.

KERN, A., B., *Un veilleur éveilléur : Cornélius Castoriadis*. Nouveau millénaire, Défis libertaires [en ligne]. Disponible sur : <http://1libertaire.free.fr/castoriadis03.html>. Consulté le 11/09/2005

GILL - Service de Rhumatologie, CHU - BP 217 X - 38043 GRENOBLE CEDEX 9  
<http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/rhumato/GILL/GILL.htm>

GIORDAN, A., *Apprendre !* Paris : Belin. 1998. 254p.

HENRY M., *Philosophie et phénoménologie du corps*. 5<sup>ème</sup> éd. Paris. Puf 1965-2003. 308p.

HERSCH J., *L'étonnement philosophique, une histoire de la philosophie*. Paris. Gallimard. 1993. 460p.

Hospital belge, 2001. Lu sur : <http://www.sante.abhbvz.be/français/revue/index.html>

INRS, lombalgie et travail : Pour une stratégie consensuelle, janvier 2002, Document pour le médecin du travail N°90, 2ème trimestre 2002, p181-188. Lu le 04/09/2005 sur : [http://www.inrs.fr/htm/lombalgies\\_travail\\_pour\\_strategie\\_consensuelle.html](http://www.inrs.fr/htm/lombalgies_travail_pour_strategie_consensuelle.html)

INSERM 2001, Éducation pour la santé des jeunes : Démarches et méthodes. Chapitre 2 : Concepts, modèles, évolution. Lu le 04/09/2005 sur : <http://disc.vjf.inserm.fr:2010/basisrapports/educsante.html>

INSERM, Lombalgies en milieu professionnel quels facteurs de risque et quelle prévention ? Paris : INSERM, 2000.

Journal de formation du 15 et 16 avril 2005 validé par Ravestein J.,

KAES, R., MISSENERD, A., KASPI, R., ANZIEU, D., GUILLAUMIN, J., BLEGER, J., JAQUES, E. *Crise, rupture, et dépassement*. 2<sup>ème</sup> éd. Dunod. 1990. Corpus de texte p.144.

LECORPS P., PATURET J., B., *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*. Rennes : ENSP, 2004. 186p.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 79 I Journal Officiel du 5 mars 2002. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie Législative)  
Chapitre 7 : Prévention et éducation pour la santé Article L1417-1.  
Lu le 28/08/2005 : <http://www.inpes.sante.fr/INPES/pdf/CSP7.pdf>

LYOTARD J., F., *La phénoménologie*. 13<sup>ème</sup> éd. Paris : Puf, 1999.127p.

MARRO S. filles et garçon devant l'école. *Revue française de pédagogie*. N°110, mars 1995, numéro spécial.

MERLEAU-PONTY M., *Phénoménologie de la perception*. Paris, tel Gallimard, 1945. 531p.

MORIN E. *Introduction à la Pensée complexe*. Points, n°534, 1990-2005. 144 p.

MORIN E. *La méthode. Tome 4*. Paris : Seuil, 1991

MORIN E. *La méthode. Tome 6. Ethique*. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Seuil, 2004. 240p.

NUNZIATI G. Pour construire un dispositif d'évaluation formatrice. *Cahiers Pédagogiques*, 1990 n° 280, p 48, corpus de texte.

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

OMS (Organisation mondiale de la santé), 1997, Déclaration de Jakarta, A ère nouvelle, acteurs nouveaux, Adapter la promotion de la santé au XXI siècle, 4e conférence internationale sur la promotion de la santé, Promotion et Education, vol IV, n° 3, 56-58.

OMS 1999 (organisation mondiale de la santé) Lu le 02/09/2005 sur :  
<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/notinte.htm#1a>

PIAGET J., *Six études de psychologie*. Paris : Folio essais, 1964-2004. 215p.

PIAGET J., *Psychologie de l'intelligence*. Paris : Pocket, 1967-2001. 238p.

PIAGET J., INHELDER B. *La Psychologie de l'Enfant*. Paris. Que Sais-je 369 PUF, 1975.

REBOUL O., *La psychologie de l'éducation*. 9<sup>ème</sup> éd. Paris : Que sais-je, 1989-2004.127p.

ROSSIGNOL. M., (Pr), Paris-Task Force, Méthode d'évaluation. Lu le 04/09/2005 sur :  
[http://www.med.univ-rennes1.fr/section\\_rachis/ptf\\_eva.htm](http://www.med.univ-rennes1.fr/section_rachis/ptf_eva.htm)

SIVADON P. FERNANDEZ-ZOILA A., *Corps et thérapeutique, Une psychopathologie du corps*. 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Puf, 1986. 226p.

VERMERSCH P. *L'entretien d'explicitation*. 4<sup>ème</sup> éd. Issy-les-Moulineaux : ESF, 2003. 221p (Pédagogie).

VIAL, M. Dans la formation en alternance, le différentiel, un outil pour évaluer les stages *En question* - Les Cahiers de l'année 1996 - Cahier 2. p27-57. Lu le 04/09/2005 sur : [http://www.up.univ-mrs.fr/~wse/dossier\\_pdf/recueil1996\\_cahier\\_2.texte.pdf](http://www.up.univ-mrs.fr/~wse/dossier_pdf/recueil1996_cahier_2.texte.pdf)

VIAL, M. *Se former pour évaluer*, 2<sup>ème</sup> éd. Bruxelles : De Boeck. 2001-2003. 280p.

VYGOTSKI, L., *Pensée et langage*, 3<sup>ème</sup> éd. Paris, La Dispute, 1938-1997. 536p.

---