

Mémoire Master

U.F.R Psychologie, Sciences de l'éducation
Département des sciences de l'éducation
Université de Provence – Aix Marseille I
En partenariat avec la coordination ARB

Master professionnel Education et formation
2° année

Année universitaire 2009/2010

**La Contribution de la formation initiale en Masso-
Kinésithérapie à l'émergence d'une compétence
éducative et relationnelle**

Roland HUSSLER

Sous la direction universitaire de
Monsieur GATTO Franck, Professeur associé, HDR

REMERCIEMENTS

A Monsieur Franck Gatto

Kinésithérapeute

Docteur en Sciences de l'Education

Maitre de conférences

Habilité à diriger les Recherches (HDR) en Sciences de l'Education à l'université de Montpellier 3

Nous vous remercions d'avoir accepté de présider le jury du mémoire ainsi que pour la qualité de votre accompagnement au cours de la production de ce mémoire, votre soutien indéfectible et votre disponibilité.

A Monsieur Jean -Luc Gerardi

Directeur de l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Limoges

Section Rééducation, Montpellier

Doctorant en Sciences de l'Education, (Université de Provence, Aix-Marseille 1)

Nous vous remercions pour les conseils méthodologiques prodigués au cours de ce travail

A Madame Lafon Sylvie

Cadre pédagogique à l'IFMK de Limoges Croix-Rouge qui par son dynamisme et son aide au cours de cette année m'a permis de parachever ce travail.

Nous remercions également tous les enseignants de l'Université de Provence, pour s'être déplacé à l'institut nous fournissant un enseignement de qualité

Enfin, ma gratitude envers Patricia, mon épouse qui par sa patience, ses encouragements, ses conseils sur la rédaction du mémoire a su m'accompagner tout au long de cette aventure.

Sommaire

1. Contexte	6
1.1 Parcours professionnel	6
1.2 Projet de formation en Master 2	7
1.3 Projet professionnel	7
1.4 Thème de recherche et utilité sociale	8
2. Etat des lieux de lieux de la recherche et problématisation	9
2.1 La Masso-Kinésithérapie	9
2.1.1 Historique	9
2.1.2 Dualité corps-esprit	10
2.2 La relation soignant-soigné	11
2.2.1 Etat des lieux	11
2.2.2 Le soignant	12
2.2.3 Le soigné dit « patient »	13
2.2.4 La relation soignant-soigné	14
2.3 La compétence professionnelle	14
2.3.1 Définition	14
2.3.2 Types de compétences en Masso-Kinésithérapie	15
2.4 L'enquête exploratoire	16
2.4.1 Les raisons de l'enquête	16
2.4.2 Le terrain d'enquête et la population	17
2.4.3 Le choix de l'outil d'enquête	17
2.4.4 Le protocole de l'enquête	19
2.4.5 Traitements des données	19
2.4.6 Résultats	25
2.5 Question centrale	26
3. Matrices théoriques	26
3.1 Théories de l'apprentissage	26
3.1.1 Le Béhaviorisme	26
3.1.2 Le Constructivisme	28
3.1.3 Le Socioconstructivisme	29
3.1.4 Le Néosocioconstructivisme	29
3.2 Les postures	33
3.2.1 Définition	33
3.2.2 Le chercheur	34
3.2.3 L'expert	34
3.2.4 Le consultant	35

3.3 Théorie de la communication interpersonnelle	37
3.3.1 Définition de la communication	37
3.3.2 Le concept de la communication interpersonnelle	38
3.3.3 La notion d'attitude	38
3.3.4 Attitude d'interprétation	39
3.3.5 Attitude de conseil	40
3.3.6 Attitude d'évaluation	41
3.3.7 Attitude de soutien	42
3.3.8 Attitude d'investigation	43
3.3.9 Attitude de compréhension	45
4. Hypothèses théoriques	49
5. Résultats déjà publiés	50
6. Hypothèse autorisée à partir des résultats déjà publiés	51
7. Opérationnalisation théorique	51
8. Dispositif de recherche	52
8.1 Méthode de recherche : enquête différentielle	52
8.2 Population	53
8.2.1 Outil d'enquête théorisé	53
8.3 Protocole de recueil de données	60
8.3.1 Test de l'outil	60
8.3.2 Protocole d'envoi	60
8.4 Traitement des données	60
9. Résultats	60
9.1 Statistique descriptive	60
9.2 Statistique inférencielle	68
10. Synthèse des résultats de l'enquête scientifique et réponses aux questions de recherche.	72
11. Discussion des résultats et critique du dispositif de recherche	73
12. Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle et perspectives de recherche à partir de ces résultats	75
13. Références bibliographiques	79
14. Annexes	83
Annexe n°1	83
Annexe n°2	88
Annexe n°3	89
Annexe n°4	93
Annexe n°5	108
Annexe n°6	113
Annexe n°7	118

1. Contexte

1.1 Parcours professionnel

Issu d'une filière Bac D (Mathématiques et Biologie), les études de kinésithérapie ont été vécues dans la continuité de cette approche bio-mathématique du corps. A l'époque (1983-1986), la vision fragmentaire du corps, la quasi-inexistence de la relation éducative et thérapeutique au programme de formation m'ont amené à m'intéresser à des approches plus « globalisantes » telle la méthode de Roger Perrin, dont j'ai fait mon mémoire de fin d'étude. Mes études m'ayant laissé sur ma faim, j'ai décidé de compléter ma formation par l'appropriation de méthodes telle la Rééducation Posturale Globale ainsi qu'un cursus en ostéopathie m'aidant à développer un esprit d'observation, de réflexion sur la cause de la pathologie. Cependant je m'aperçus plus tard que ces méthodes bien que dites « globales » ne dépassaient pas le cadre corporel et n'autonomisaient pas réellement le patient.

Ne pouvant exercer ces concepts de soin dans le cadre de la thalassothérapie où je travaillais, j'ai décidé de créer un cabinet de kinésithérapie. Cela n'a pas été sans difficulté car passer d'un statut de salarié à celui de libéral exige une adaptation à laquelle la formation ne m'avait pas préparé. Toutefois, après quelques tâtonnements, j'ai pu appliquer les méthodes enseignées pour m'apercevoir finalement que le cadre libéral n'était pas réellement adapté à leur application car la notion de « rentabilité » n'est pas forcément synonyme de « qualité ».

De plus, les réactions neurovégétatives et émotionnelles de certains patients, après l'application de ces méthodes de soin, me laissaient perplexe car ni la formation initiale ni la formation continue ne m'avaient préparé à cela. Ma curiosité m'incita à m'informer, notamment par la lecture du livre de Thérèse Bertherat : « Le corps a ses raisons » (1976) et cela m'a permis d'élargir ma notion de la « globalité » en y intégrant l'interaction « corps-esprit ». Les résultats obtenus m'encourageaient certes, mais exigeaient de moi une réflexivité et une implication importante ainsi qu'un questionnement parfois douloureux sur moi-même. Un travail d'introspection quand à mes valeurs ainsi qu'une prise de conscience de mes propres freins furent nécessaires pour permettre un accompagnement plus efficace des patients et permirent d'obtenir des résultats parfois surprenants.

Toutefois le désir de prendre du recul, de conceptualiser ces expériences professionnelles ainsi qu'un désir naissant de partager et de transmettre cette expérience

m'amena à envisager la formation de Cadre de Santé plutôt dans une perspective formatrice. La période de neuf mois entre la cessation du cabinet et le début de la formation fut très enrichissante par l'activité intérimaire développée : en effet, l'adaptation et l'intégration à l'univers hospitalier et des centres de rééducation me permettaient, non seulement de me familiariser avec des environnements et des pratiques professionnelles tout à fait nouveaux pour moi mais également de travailler en interdisciplinarité et d'affiner la relation soignant soigné.

L'intégration à l'IFMK de Limoges, en tant que formateur puis coordinateur pédagogique me permet d'effectuer un va et vient enrichissant entre les théories et la pratique, nourrissant chaque jour ma réflexion et me permettant de trouver un réel plaisir à faire mon métier.

Vingt ans plus tard, ma vision du soin a considérablement changé et je désire mener un travail de réflexion sur la formation initiale :

- A-t-elle évolué en intégrant plus pleinement dans son cursus la relation soignant soigné ?
- Favorise-t-elle chez les étudiants l'émergence d'une réflexivité sur l'importance d'une vision globale et causale du soin ?
- Les étudiants sont-ils placés dans un processus d'auto questionnement et de remise en cause concernant sa pratique professionnelle et sa relation à l'autre ?

En bref quelle est l'incidence de la formation initiale sur l'acquisition par l'étudiant d'une « compétence relationnelle » pour une meilleure qualité des soins au patient.

1.2 Projet de formation en Master 2

Suite à l'obtention d'un diplôme de Cadre de Santé et d'un Master 1 en Sciences de l'Education, j'ai souhaité approfondir la thématique relationnelle et éducative en réalisant une étude transversale au sein d'un I.F.M.K.

1.3 Projet professionnel

Travaillant au sein d'un I.F.M.K en tant que coordinateur pédagogique, j'ai voulu, à travers ce Master 2, anticiper la réforme de la formation initiale ainsi que l'universitarisation de la formation. En effet les compétences développées par ce Master 2 me permettront d'enseigner et d'accompagner les étudiants dans un processus de recherche et d'acquisition

d'un grade Licence. De plus cela me permettra de poursuivre le cursus universitaire par des études doctorales.

1.4 Thème de recherche et utilité sociale

Le thème de recherche sera axé sur le processus d'acquisition de compétences éducative et relationnelle au sein d'un IFMK et devrait permettre d'objectiver ce processus. La compétence technique étant essentiellement recherchée depuis la création de la profession, il devient nécessaire, dans un contexte d'accroissement des pathologies chroniques et d'une population vieillissante, de développer des compétences éducatives favorisant l'autonomisation des patients. De plus la qualité relationnelle déployée auprès du patient dépend, non pas seulement des qualités intrinsèques du professionnel, mais aussi de l'acquisition de compétences relationnelle initiées lors de la formation initiale. Un état des lieux concernant ces différents aspects de la profession permettra de nourrir la réflexion et le questionnement quant aux dispositifs pédagogiques à mettre en place pour atteindre ces objectifs.

2. Etat des lieux de la recherche et problématisation

Questionner la profession de Masseur Kinésithérapeute à travers son histoire et de ses fondements identitaires va nous permettre d'identifier le concept de la dualité corps esprit, son impact sur la relation soignant-soigné et d'en dégager les compétences nécessaires à la profession.

2.1 La Masso-Kinésithérapie

2.1.1 Historique

- Origine du mot MASSAGE

Selon le dictionnaire historique de Rey (2004), le mot « MASSER » (1779) « est un emprunt à l'arabe *massa* « *toucher, palper* », *l'art du massage étant d'origine orientale.* »

Plus loin, le dictionnaire dit que de ce terme « *ont dérivés les mots MASSEUR, EUSE (1779) et MASSAGE (1818). D'abord empirique, le massage est pratiqué méthodiquement après 1850 dans les établissements hydrothérapeutiques, les stations thermales et les hôpitaux parisiens où ses partisans l'ont introduit. La kinésithérapie en a fait une de ses techniques principales.* »

- Origine du mot KINESITHERAPIE

D'après Rey (2004), « *le mot est formé (1847) de kinési-, élément tiré du grec *kinésis* « mouvement » et de *thérapie* qui fournit le second élément de nombreux termes médicaux. Le mot répandu seulement à partir de 1945 est couramment abrégé en *kinési* (1974) et en *kiné* (1969).* »

- Origine du mot GYMNASTIQUE

D'après Rey (2004), le mot « *est un emprunt (v.1361) comme adjectif au latin *gymnasticus*, grec *gumnastikos* « qui concerne les exercices du corps » et, comme nom féminin au grec *gumnastiké* (*technê*) « art de la gymnastique ».*

Il est précisé au mot GYMNASE que « *le verbe est formé sur *gumnos* « nu » parce qu'on avait coutume en Grèce de pratiquer nu l'exercice physique ; il a également le sens plus général de s'exercer.* »

De toutes ces définitions, nous retiendrons deux idées :

- Premièrement deux définitions sur trois dérivent du monde grec à l'origine d'une partie du monde occidental moderne véhiculant donc les conceptions sur la dichotomie corps-esprit dont nous verrons plus loin l'incidence.

- Deuxièmement l'utilisation des termes art, technique qui ont imprégné les pratiques kinésithérapiques. Le professionnel est donc assimilé à un technicien (c'est d'ailleurs le terme utilisé pour situer le niveau hiérarchique du poste de travail) et parfois à un artiste. Cela renvoie à toute une vision mécaniciste du soin et du corps en général.

2.1.2 Dualité corps-esprit

Pour bien comprendre la problématique évoquée dans ce mémoire, on ne peut faire l'économie de l'origine de la conception du corps. En effet, dans nos conceptions occidentales, on considère que le corps et l'esprit sont des entités séparées.

Le mot grec psukhês, d'où dérive le mot psychologie, signifie fondamentalement « âme » et Hutchins (1952) souligne une pensée de Platon, philosophe grec dans le « Phédon » en ces termes « *Croyons-nous à une chose comme la mort ? (...) N'est-ce pas la séparation de l'âme et du corps ? Quand cela arrive, c'est la mort ; lorsque l'âme existe par elle-même, libérée du corps tandis que le corps est libéré de l'âme, qu'est-ce que, sinon la mort ?* ». A travers ce commentaire, on voit bien la dichotomie corps-âme ou esprit et ce concept fut ensuite véhiculé par la chrétienté comme le prouve la New Catholic Encyclopedia (1967) par ces termes : « *Le concept chrétien selon lequel l'âme spirituelle est créée par Dieu et insufflée dans le corps à la conception pour faire de l'homme un tout vivant est le fruit d'un long développement de la philosophie chrétienne. Il fallut attendre Origène (mort vers 254) en Orient et saint Augustin (mort en 430) en occident pour que l'âme soit définie comme une substance spirituelle et pour que soit formé un concept philosophique de sa nature. (...) Sa doctrine (celle d'Augustin) (...) devait beaucoup (y compris certains défauts) au néo-platonisme.* »

Etant donné que nous sommes issus des deux courants philosophiques, nous en déduisons que ce fossé idéologique, et non biologique, nous a conduit à faire progresser notre mental aux dépens de notre corps. Cette fragmentation intérieure trouve sa démonstration dans la manière que nous avons de voir en notre corps un objet de possession. Nous pensons que nous avons un corps, non que nous « sommes » un corps. Cette idéologie permet de comprendre aujourd'hui le cloisonnement des professions de santé : celles qui s'occupent du corps, entre autres la kinésithérapie, et celles qui s'occupent de l'esprit comme la psychologie.

2.2 La relation soignant-soigné

2.2.1 Etat des lieux

Un état des lieux concernant la relation soignant soigné et les témoignages recueillis font état d'une difficulté relationnelle dans l'ensemble des professions médicales et paramédicales :

Canoui (2001, p.191), nous fait part de son analyse en ces termes : *« l'écoute des soignants, le fait de parler de leur métier et de leurs difficultés permettent de recueillir des phrases comme :*

- *« J'aime le contact, mais je me suis rendu compte que c'était destructeur. »*
- *« Je n'ai plus envie d'être en relation avec l'autre. Je ne veux pas devenir indifférente. »*
- *« J'ai pris sur moi cette misère et je n'arrive pas à m'en débarrasser. »*

Pastor (2004, p.13), kinésithérapeute de formation nous parle de son expérience personnelle à propos de sa relation avec ses patients

- *« Plusieurs expériences, couronnées de succès ou d'échec ont contribué à mon questionnement, (...). Le premier est cette personne âgée en fin de vie, qui après quelques séances m'a dit : « laisse moi petit, c'est bien ce que tu fais mais ça ne sert plus à rien ». A l'époque, ne trouvant ni la posture, ni les mots adaptés, j'avais interrompu les soins dans un sentiment d'impuissance et d'amertume. Les sensations occasionnées par l'exercice des mobilisations et du toucher rappelaient vraisemblablement à cette personne que ce corps n'avait pas été uniquement porteur de souffrance. Aujourd'hui, si ce cas se représentait, je marquerai une pause, m'assiérai au bord du lit, la reformulation et l'empathie (Rogers, 1970) s'interposeraient pour combler ce vide où l'angoisse de mort était palpable. »*

Gatto et Bui-Xuan (1996, p.45), exprime l'idée suivante : *« La rencontre clinique comporterait donc deux versants :*

- *un versant technique souvent apporté par la formation initiale de chaque professionnel ;*
- *un versant relationnel qui est souvent négligé au cours de la formation initiale donnée par le champ thérapeutique du corps. Pourtant, ce versant peut perturber ou faciliter la mise en œuvre, les effets et les résultats des techniques »*

Manoukian, (2006, p.1) souligne par ces commentaires les mêmes difficultés de communication : « *Nous faisons le même constat : le questionnement des soignants portait inlassablement sur leurs difficultés à établir un mode de communication satisfaisant avec les patients, tant il est vrai qu'être malade peut transformer un individu dans l'expression de ses demandes et dans ses rapports avec l'entourage.* »

Dans un communiqué de l'Académie Nationale de médecine (académie-médecine.fr, Internet), nous lisons ces propos significatifs :

« *La relation soignant-soigné est au cœur de cette médecine humaine dont chacun rêve et dont on s'éloigne un peu plus chaque jour. Cette relation est fondée sur la communication, échange à double sens de messages verbaux, écrits ou comportementaux entre les personnes. Or un constat s'impose : d'une façon générale, la communication se fait mal (WOLTON D, 2005). La plupart des litiges voire des conflits qui surviennent entre soignants et soignés sont liés à une carence de communication.* »

Bien entendu, ces témoignages ne représentent qu'un échantillon mais sont suffisamment évocateur d'un malaise bien compréhensible au vu des explications données précédemment.

Ceci nous amène à définir tous les termes impliqués dans l'expression « relation soignant-soigné »

2.2.2 Le soignant

D'après Rey (2004) le mot « soignant » qui rejoint le mot « soigner » *est issu (v. 1165), d'abord sous la forme soignier, devenue au 16^{ème}s soigner, d'un latin médiéval soniare (7ème s.) « Prendre soin », lui-même emprunté au verbe francique sunnjôn « s'occuper ».*

Dans ce dictionnaire, Rey (2004) définit les soins comme « *les actes et pratiques par lesquels on conserve ou on rétablit la santé (1538 ; un soin 1671).* »

Un soignant est donc une personne qui s'occupe à la fois de rétablir la santé et d'apporter du bien être à une autre personne avec toute l'humanité possible. Etre soignant, c'est prendre soin d'autrui.

L'infirmier, l'aide-soignant, le médecin, le masseur-kinésithérapeute sont considérés comme des soignants.

Etre soignant, c'est avant tout une profession s'exerçant dans un cadre légal.

La réglementation :

- définit le rôle de chacun en fonction du diplôme,
- fixe le contenu des formations initiales,
- donne le cadre de l'exercice et la hiérarchie des intervenants.

Je ne m'en tiendrai, dans le cadre de cette étude, qu'à la profession de masseur-kinésithérapeute et m'efforcerai de rechercher dans la législation la place que tient la relation soignant-soigné. Cette partie législative sera examinée en profondeur sous le titre « compétences ».

Le soignant en tant qu'être humain

Le soignant est avant tout un être humain fait d'une personnalité qui lui est propre de qualités et de défauts. Ceci signifie qu'un soignant peut-être impatient, de mauvaise humeur, triste...

Le soignant a aussi une vie privée. En tant qu'être humain prenant soin d'êtres humains, il doit respecter et être respecté.

Cependant, du fait de sa profession, le soignant se doit de faire abstraction de ses émotions et de bien différencier les soucis personnels et la vie professionnelle.

Il doit être attentif à ne pas projeter sa mauvaise humeur sur ses patients afin de pouvoir détecter la souffrance de celui-ci et d'y remédier.

2.2.3 Le soigné dit « patient »

Le terme « patient » vient du latin « patiens » qui signifie « souffrir », « supporter ». Un patient est une « personne qui subit ou va subir une opération chirurgicale ou un malade qui est l'objet d'un traitement » selon le Robert (Micro, 1988). Nous voyons bien à travers cette origine et définition la situation délicate dans laquelle se trouve toute personne confrontée au domaine soignant. C'est une personne en perte de santé qui se trouve par son état dans une situation de dépendance. L'univers personnel de l'être malade est un monde où la fatigue, la douleur, la souffrance et souvent l'anxiété prennent toute la place.

L'hospitalisation tend à infantiliser le malade en oubliant qu'il est avant tout une personne au même titre que le soignant.

- Selon L'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé, 1946, La santé selon l'O.M.S, Internet), la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Selon cette définition, la personne

soignée est considérée non selon un modèle de santé biomédical où seule la pathologie prédomine mais selon un modèle global ou biopsychosocial où l'interaction soignant-soigné prend une nouvelle dimension : celui de la complexité.

2.2.4 La relation soignant soigné

Selon Rey (2004), « *Le mot relation est emprunté (v.1220) au latin relatio, onis, nom tiré du supin relatum du verbe referre pour désigner l'action de reporter ou de rapporter, avec à partir de 1^{er} siècle la valeur juridique de témoignage, rapport et la valeur logique de lien entre deux choses, (...), il désigne le rapport d'indépendance entre deux choses ou personnes dans leur mode d'existence.* »

Le mot relation est défini par le Robert (Micro, 1998) comme « *Un rapport de dépendance entre des choses, des phénomènes, (...), un lien de dépendance ou d'influence réciproque entre personnes, (...), tout ce qui implique une interdépendance, une interaction.* »

Pour illustrer l'importance que revêt cette définition dans son application dans la relation soignant-soigné, nous citerons Devereux (1967) qui a souligné : « *l'importance de l'interaction soignant-soigné et a mis en évidence la nécessaire prise en compte de la subjectivité de chaque protagoniste pour tendre vers une relation plus objective, plus riche, pour permettre une formalisation plus adaptée, plus juste. Pour ce faire, il nous semble utile et nécessaire d'être réceptif aux effets du discours et de la présence de chaque patient au cours de la relation thérapeutique.* »

Ces définitions s'appliquent bien aux rapports entre une personne soignante et une personne soignée puisqu'elle souligne une dépendance, interdépendance avec l'importance d'une influence réciproque. La complexité de cette relation implique nécessairement l'acquisition d'une compétence relationnelle où la communication tient une place capitale.

2.3 La compétence professionnelle

2.3.1 Définition

« *La compétence est définie comme l'ensemble des caractéristiques individuelles (connaissances, aptitudes, et attitudes) qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome, de perfectionner sans cesse sa pratique et de s'adapter à un environnement en mutation rapide (...)* » (rapport Matillon, p. 10, 2003).

Si on tient compte de cette définition, la notion de compétence implique l'autonomie, l'adaptation et une formation professionnelle continue.

2.3.2 Types de compétences en Masso-kinésithérapie

Quelles compétences spécifiques le masseur kinésithérapeute est-il amené à développer ? Gatto (2003, p.2) répond en ces termes : « *Par la formation au savoir de la Kinésithérapie et aux savoirs de disciplines connexes le MK a développé des compétences de réflexivité, des compétences de questionnement, des compétences relationnelles (écoute active, distanciation ...), des compétences technico-pratiques, et des compétences éducatives (évaluation, pédagogie, éducation thérapeutique...) qui lui sont propres.* »

Ici nous pouvons distinguer cinq types de compétences propres à la profession :

- compétence de réflexivité,
- compétence de questionnement,
- compétence relationnelle,
- compétence technico-pratique,
- compétence éducative,

Le décret relatif aux actes professionnels (Annexe n°1), indice fiable du degré d'acquisition de ces compétences, est à questionner à propos de la compétence relationnelle : Les expressions telles que détresse psychologique, aide et soutien psychologique, qualité de relation, écoute de la personne y sont-elles mentionnées ?

Il n'en est fait aucune mention contrairement au décret de compétences des infirmiers où ces termes sont repris. En fait la quasi totalité du décret porte sur les compétences techniques et une brève mention sur la participation à des actions d'éducation.

L'analyse de la fiche métier du répertoire des métiers de la DHOS (2005) (Annexe n° 2), à propos du savoir-faire requis, parle de :

- « *Créer une relation de confiance avec le patient et son entourage.* »
- « *Éduquer, conseiller le patient et l'entourage en vue d'une démarche d'autonomisation.* »

Ces deux aspects semblent a priori positifs mais sur quel socle de connaissances s'appuient-ils ? Un tableau récapitulatif parle de « connaissances générales » à propos des techniques de communication opposées à des « connaissances approfondies » notamment à propos des techniques en Kinésithérapie. Une question s'impose : ces connaissances générales sont-elles suffisantes pour développer une compétence relationnelle ?

L'analyse des compétences requises dans le document « Points de Références de la kinésithérapie » (Annexe n°3) adopté par la WCPT (World Confédération for Physical Thérapy) Région Europe au congrès de Barcelone, le 4 juin 1983, souligne que « *le diplômé doit être capable de démontrer des qualités de communication de haut niveau* » basées sur « *la connaissance des théories de la communication en kinésithérapie, la communication et les compétences en relations humaines sont indispensables à la pratique compétente et efficace à travers les interactions avec les patients, collègues, dirigeants, soignants et les autres professionnels de santé.* »

Ce texte remarquable parle de l'acquisition des théories de la communication, acquisition nécessaire pour démontrer des « qualités de communication de haut niveau » mais où trouve-t-on l'enseignement de ces théories dans le programme des études de Masso-Kinésithérapie (1989) ? (Annexe n°4)

La loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) du 21 juillet 2009 prévoit par ailleurs l'implication de la Haute Autorité en Santé dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient. Leur objectif ? « Rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie », explique le texte de loi, la qualité de vie étant un élément aujourd'hui reconnu comme essentiel dans la prise en charge des maladies chroniques. Ce qui suppose acquérir des compétences en éducation, prévention et communication de la part de tous les professionnels y compris les Masseurs-Kinésithérapeute.

De l'aveu même de Zana, cité dans le Fichier Magazine Technique (Fmt Web), et ce, à propos du module de psychologie et psychosociologie, il souligne : « *Inspiré de celui des psychomotriciens il me semble très mal adapté à notre pratique kinésithérapique et pourrait être très nettement amélioré.* »

2.4 L'enquête exploratoire

2.4.1 Les raisons de l'enquête

Comme le souligne Eymard, Thuilier et Vial (2004), l'enquête permet de " *tester la pertinence de l'objet de recherche au terrain des pratiques*" et de " *se distancer de ses a priori*". Cela va donc nous permettre de confirmer ou d'infirmer la validité de l'objet de recherche et de compléter l'état des lieux de la recherche.

A travers cette enquête, nous allons recueillir, auprès d'étudiants en Masso-

kinésithérapie, des informations susceptibles de confirmer ou d'infirmer l'incidence de la formation initiale sur l'acquisition d'une « compétence relationnelle ». Nous avons vu dans l'état des lieux de la recherche les difficultés éprouvées par des professionnels de santé à communiquer avec des patients notamment lors de situations émotionnellement éprouvantes. L'enquête va questionner ces étudiants afin de mesurer leurs connaissances et leur capacité en matière de communication avec le patient. Cela peut aider également le cadre kinésithérapeute à mieux cerner les besoins des étudiants en situation de stage et d'apporter une aide concrète pour contribuer à l'acquisition de cette compétence relationnelle complémentaire à l'acquisition de la compétence technique.

2.4.2 Le terrain d'enquête et la population

L'étude a été conduite au sein d'un Institut de Formation en Masso-kinésithérapie auprès des étudiants de 3^{ème} année avec l'accord préalable de la direction. Bien que la classe comportait 41 élèves, seul un échantillon de 15 élèves a été sollicité pour cette pré-enquête.

2.4.3 Le choix de l'outil d'enquête

L'outil choisi est le questionnaire. Eymard, Thuilier et Vial (2004) le définissent comme « *une série de questions ouvertes ou fermées* ».

Ce choix s'explique par le fait que les étudiants sont très occupés par leurs études en alternance.

Eymard (2004, p 63) souligne que le but du questionnaire n'est pas « *de renseigner sur ce que les gens font, mais plutôt sur ce qu'ils déclarent faire dans telle ou telle situation ou sur leur conceptions* » ce qui donne les limites de l'utilisation d'un tel outil.

Il comprend 10 questions dont 9 fermées et 1 ouverte. A part la 1^{ère} qui traite du genre, les 8 autres testent la connaissance des étudiants en matière d'éducation, de communication et de relation soignant soigné. La 7^{ème} questionne plus précisément sur la posture du soignant. Enfin la 10^{ème} interroge sur la perspective d'avenir de la profession.

Voici le questionnaire utilisé dans l'enquête préalable :

Question n°1

Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

Question n° 2

Vous pouvez cocher plusieurs réponses

Les émotions du thérapeute et du patient

- sont à évacuer au cours des actions de soins
- sont à prendre en considération au cours des actions de soins
- Ne sont pas évaluables au cours des actions de soins
- sont inexistantes au cours des actions de soins

Question n° 3

Au cours de vos différents stages : avez-vous modifié la communication avec vos patients ?

- Très souvent
- Rarement
- Jamais

Question n° 4

Connaissez-vous les auteurs suivants ?

- Carl Rogers
- Virginia Anderson
- Abraham Maslow

Question n° 5

Si tel est le cas, avez-vous eu connaissance de ces auteurs

- Avant votre formation à l'I.F.M.K ?
- pendant votre formation à l'I.F.M.K ?

Question n° 6

A classer par ordre de priorité de 1 à 3

Dans votre contact avec le patient, privilégiez-vous

- Le soin technique
- La communication et la relation
- L'éducation et la prévention

Question n° 7

L'attitude du kinésithérapeute influence t-elle l'expression verbale du patient ?

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais
- Je ne sais pas

Question n° 8

Vous pouvez cocher plusieurs réponses

Qu'est-ce qui vous semble le plus efficace pour l'efficacité des soins ?

- L'expertise technique
- La compréhension du patient
- La procédure
- La qualité relationnelle

Question n° 9

Vous pouvez cocher plusieurs réponses

Pointez les mots qui vous semblent les mots clés de votre profession

- Instruction
- Ecoute
- Conditionnement
- Protocole
- Empathie
- Physiologie
- Emotion
- Education

Question n° 10

Si la formation de la Kinésithérapie devait évoluer dans les prochaines années, quelle orientation lui donneriez-vous ?

2.4.4 Protocole de l'enquête

Un exemplaire du questionnaire fut d'abord envoyé par courriel à la directrice de l'I.F.M. K pour accord préalable puis les questionnaires furent envoyés par courrier dans une enveloppe grand format. Une lettre d'accompagnement ainsi qu'une enveloppe timbrée à mon adresse ont été ajoutés.

Par retour de courrier, 14 questionnaires sur 15 furent renvoyés ce qui permit de faire l'analyse ci-après.

2.4.5 Traitement des données

A la première question traitant du genre, il apparaît que sur 14 personnes, il y avait 6 femmes et 8 hommes. L'analyse ne portant pas sur une relation entre les résultats et le genre, celui-ci n'est donné qu'à titre indicatif.

A la deuxième question,

Les émotions du thérapeute et du patient

1. sont à évacuer au cours des actions de soins 0%
2. sont à prendre en considération au cours des actions de soins 85,7%
3. ne sont pas évaluables au cours des actions de soins 14,3%
4. sont inexistantes au cours des actions de soins 0%

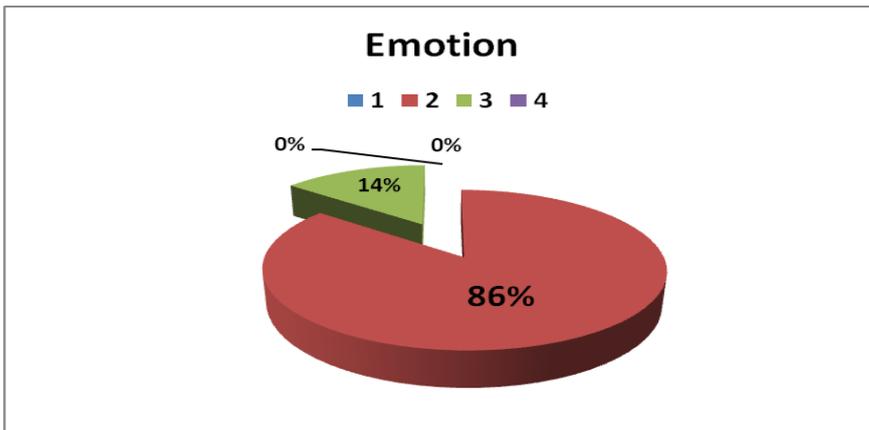


Fig 1 Répartition des réponses à la question 2

Les étudiants ont été 85,7% à reconnaître que les émotions du patient et du thérapeute sont à prendre en considération au cours des actions de soins et 14,3% à considérer que ces émotions ne sont pas évaluables. Ceci est en faveur de l'importance que les étudiants semblent accorder à l'émotion tant du thérapeute que du patient

A la troisième question,

Au cours de vos différents stages : avez-vous modifié la communication avec vos patients ?

1. très souvent 78,5%
2. rarement 21,4%
3. jamais 0%

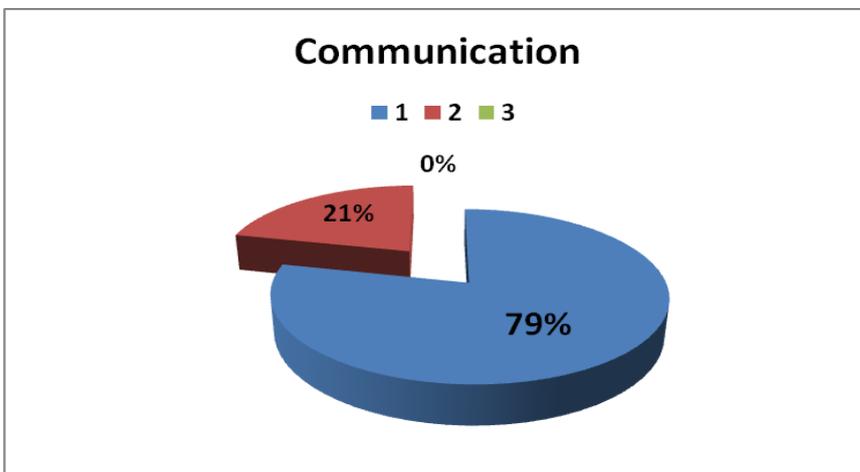


Fig 2 Répartition des réponses à la question 3

78,5% ont *très souvent* modifié la communication avec leur patient au cours de leur stage tandis que 21,4% ne l'ont fait que *rarement* et 0% *jamais*. Ces chiffres montrent que leur

formation les aurait aidés à faire évoluer leur mode de communication avec le patient.

A la quatrième question,

Connaissez-vous les auteurs suivants ?

1. Carl Rogers 22,4%
2. Virginia Anderson 14,1%
3. Abraham Maslow 42,7%
4. Rogers et Maslow 21.8%

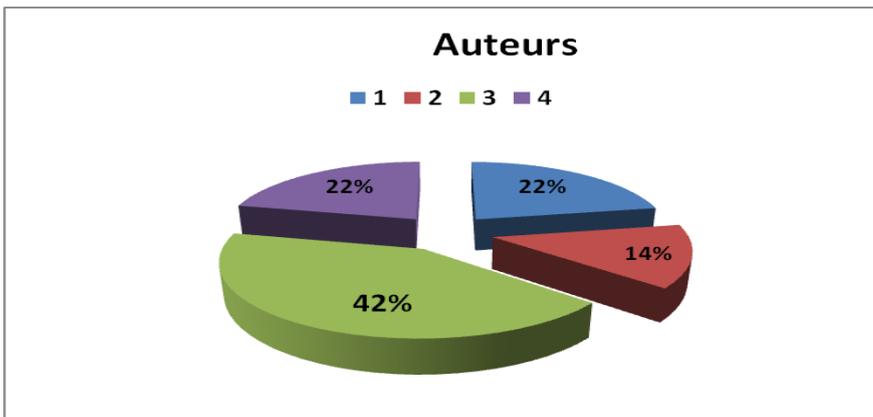


Fig 3 Répartition des réponses à la question 4

22,4% des étudiants ont déclarés connaître C.Rogers, 14.1% V.Anderson, 42.7% A.Maslow et 21.9% ayant connaissance à la fois de C.Rogers et A.Maslow. Ces auteurs ayant tous parlé de l'importance de prendre en compte la relation soignant soigné et la communication interpersonnelle, ces résultats sont intéressants mais la connaissance du nom ne signifie pas une connaissance de leur concept.

A la cinquième question,

Si tel est le cas, avez-vous eu connaissance de ces auteurs

1. avant votre formation à l'I.F.M.K ? 0%
2. pendant votre formation à l'I.F.M.K ? 100%

100% de ces mêmes étudiants ont eu connaissance de ces auteurs pendant formation, ce qui montre que ces étudiants ne sont pas arrivés à la formation avec des notions théoriques sur la communication mais y ont été sensibilisés pendant.

A la sixième question,

A classer par ordre de priorité de 1 à 3

Dans votre contact avec le patient, privilégiez-vous ?

1. le soin technique 33%
2. la communication et la relation 40%
3. l'éducation et la prévention 27%

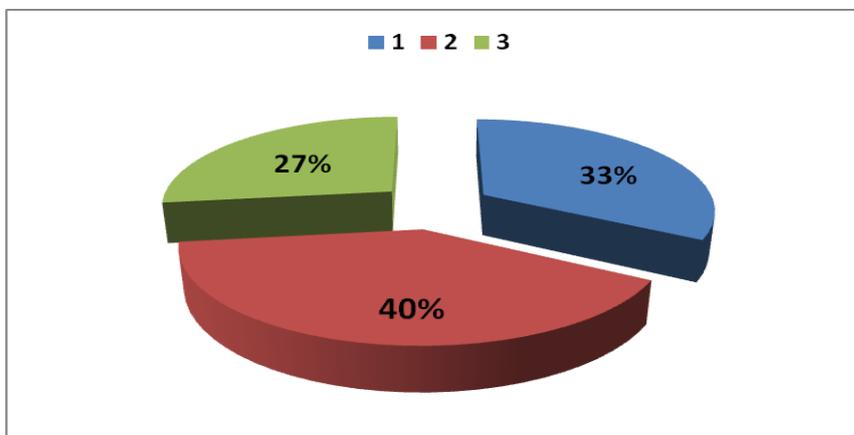


Fig 4 Répartition des réponses à la question 6

La communication et la relation ont obtenus 40% contre 33% pour le soin technique et 27% pour l'éducation et la prévention. Ces chiffres montrent l'importance que ces étudiants semblent apporter à la relation thérapeutique toutefois le soin technique reste privilégié par rapport à l'éducation et à la prévention.

A la septième question,

L'attitude du kinésithérapeute influence t-elle l'expression verbale du patient ?

1. souvent 75%
2. parfois 12.5%
3. rarement 0%
4. jamais 0%
5. je ne sais pas 12.5%

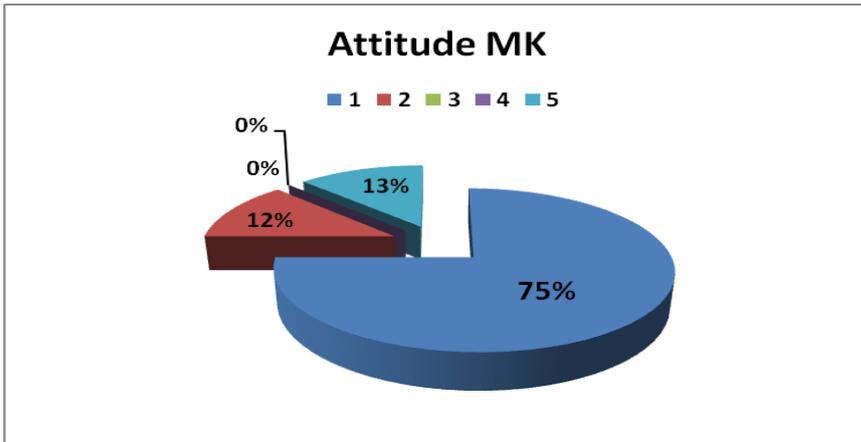


Fig 5 Répartition des réponses à la question 7

75% des étudiants ont répondu souvent, 12.5% parfois, 0% rarement et jamais, et 12.5% je ne sais pas, rajoutant qu'ils ne comprenaient pas la question. Les réponses montrent que les étudiants semblent conscients de l'interaction soignant soigné. Toutefois 2 étudiants n'ont pu y répondre par incompréhension de la question : la question est-elle mal formulée ou bien ont ils des difficultés à comprendre ce que signifie « expression verbale » ?

A la huitième question,

Qu'est-ce qui vous semble le plus important pour l'efficacité des soins ?

1. l'expertise technique 20%
2. la compréhension du patient 40%
3. la procédure 10%
4. la qualité relationnelle 30%

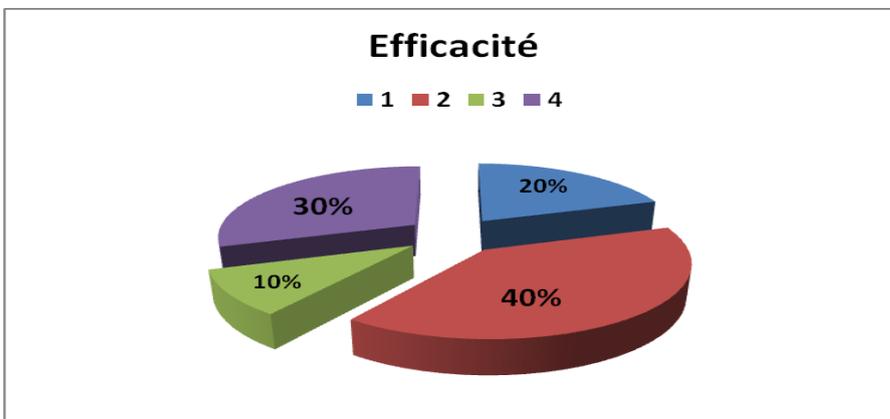


Fig 6 Répartition des réponses à la question 8

20% des étudiants ont mis l'accent sur l'expertise technique, 40% sur la compréhension du patient, 10% sur la procédure et 30% sur la qualité relationnelle.

Les chiffres les plus significatifs portent sur la compréhension et la qualité relationnelle ce qui semble corroborer les résultats antérieurs.

A la neuvième question,

Pointez les mots qui vous semblent les mots clés de votre profession

- | | | | |
|----|--------------------------|-----------------|-----|
| 1. | <input type="checkbox"/> | Instruction | 6% |
| 2. | <input type="checkbox"/> | Ecoute | 30% |
| 3. | <input type="checkbox"/> | Conditionnement | 0% |
| 4. | <input type="checkbox"/> | Protocole | 6% |
| 5. | <input type="checkbox"/> | Empathie | 4% |
| 6. | <input type="checkbox"/> | Physiologie | 25% |
| 7. | <input type="checkbox"/> | Emotion | 4% |
| 8. | <input type="checkbox"/> | Education | 25% |

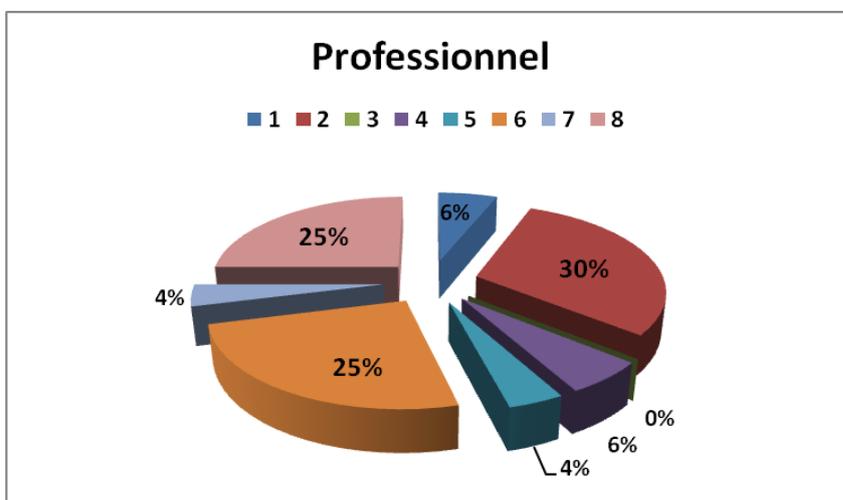


Fig 7 Répartition des réponses à la question 9

L'écoute, l'éducation et la physiologie prédominent. L'empathie, l'émotion et le conditionnement sont minoritaires.

A la dixième question,

Si la formation de kinésithérapie devait évoluer dans les prochaines années, quelle orientation lui donneriez-vous ?

78,5% ont répondu et il ressort les points suivants :

- désir d'accéder à des travaux de recherches avec un cursus universitaires en Bac + 5 (Master) ainsi qu'un mémoire de recherche pour le DE.

- une spécialisation pour progresser (rajouter une année).
- apprentissage plus libéral (plus de stages) qu'hospitalier.
- plus de pratique par des Travaux Dirigés.
- apprentissage de l'anglais pour accéder à la littérature internationale.
- introduction de techniques spécialisées (ostéopathie, Méthode Mézières, Mac Kenzie ...).
- plus de pratique en stage.
- une place plus importante en éducation et prévention.

2.4.6 Résultats

De cette enquête préalable, il ressortirait une évolution en faveur de la qualité relationnelle. La volonté de placer la communication dans le processus thérapeutique souligne l'intérêt que ces étudiants portent à la relation soignant soigné, toutefois ces résultats nous interpellent car le premier institut auquel nous avons fait appel pour cette enquête préalable a refusé de communiquer le questionnaire à ces étudiants en justifiant leur refus par une inadéquation entre le projet pédagogique et certaines questions posées.

De plus l'Institut ayant accepté de coopérer a changé de directeur depuis deux années ce qui peut induire des modifications importantes quant au projet visé de l'Institut. Une brève intervention auprès des élèves de 1^{ère} année de cet établissement et l'entretien qui s'en suivit avec la directrice nous conforte dans l'idée d'une orientation pédagogique plus centrée sur l'approche relationnelle et éducationnelle ainsi qu'une forte motivation pour « tirer » la profession vers le haut.

Aussi notre questionnement chemine à travers cette question, à savoir, tous les instituts sont-ils dans cette même démarche ? De plus cette enquête préalable n'a fait qu'effleurer le sujet.

Nous aimerions donc proposer à des étudiants issus d'autres IFMK une enquête plus approfondie en utilisant les théories de l'apprentissage et de la communication afin de définir leur posture professionnelle.

Par rapport à la fonction de cadre formateur, l'intérêt de cette démarche auprès de l'Institut nous paraît évidente ; en effet une adéquation entre le projet pédagogique de l'Institut et les conceptions pédagogiques du formateur sont indispensables, aussi est-il nécessaire de s'en informer au préalable pour éviter toute déconvenue. Egalement, si la profession évolue pour répondre aux besoins exprimés lors de l'enquête, le cadre formateur devra également s'adapter à ces besoins en adoptant une posture d'auteur en questionnant

sans cesse ses pratiques et en stimulant la réflexion des étudiants que cela soit dans le cadre de l'enseignement prodigué à l'Institut ou dans les lieux de stage professionnalisant.

2.5 Question centrale

Au regard de la progression de la réflexion engagée dans ce mémoire, la question centrale est posée en ces termes : « *Quels sont les modèles et les théories qui, au sein de la formation initiale, pourraient favoriser l'émergence d'une posture professionnelle adaptée à la relation soignant-soigné.* »

3. Matrices théoriques

3.1 Théories de l'apprentissage

Selon Rey (2004), « *Apprendre* » signifie « *saisir par l'esprit* » mais aussi « *acquérir pour soi des connaissances* » ce qui implique deux aspects dans le processus d'apprentissage : l'acquisition et la compréhension de cette connaissance, en définitive son appropriation. A ce propos Donnadieu, Genthon, Vial, (1998) soulignent : « *Le savoir qu'on s'est alors approprié est transformé, modifié, altéré : il devient une partie de soi, ..., l'apprentissage n'est pas la simple acquisition* ».

Tout comme la nourriture a besoin d'être transformée pour être assimilée, de même la connaissance doit subir un processus de transformation pour faire partie intégrante de l'individu. De plus si nous poursuivons cette analogie avec la nourriture, il est nécessaire que celle-ci corresponde à un besoin réel de l'individu pour qu'elle lui soit profitable. De même la connaissance doit être adaptée aux besoins réels de l'étudiant et pour cela il est nécessaire de les connaître.

Nous allons analyser successivement les différentes théories sur l'apprentissage.

3.1.1 Le Béhaviorisme

Ce terme d'origine anglaise provient du terme « *behavior* » qui signifie comportement. Ce terme prend naissance au XXème siècle par le courant psychologique dit comportementaliste ou béhavioriste. Ce courant a été porté principalement par Pavlov ainsi que Watson et Skinner (1938). Selon cette théorie, l'apprentissage peut être obtenu par l'utilisation de récompenses appelées « *renforcements positifs* » qui peuvent consister par des félicitations à l'élève et par extension au patient dans le domaine médical. Selon Berbaum (1998), « *il s'agit de toutes les manières de faire savoir qui utilise le renforcement, la*

récompense, pour obtenir l'association entre une situation et une réponse sans faire explicitement appel à une contribution raisonnée du sujet. » L'élève reste finalement passif.

Le schéma suivant résume ce modèle d'enseignement :

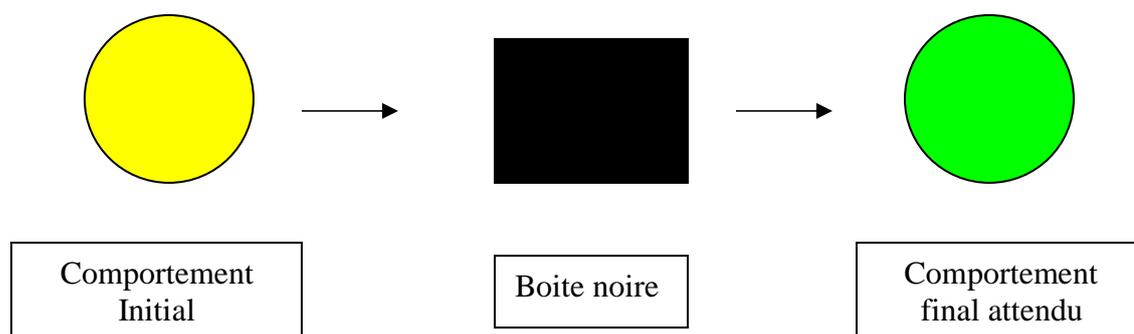


Fig. 8 Modélisation de la théorie Béhavioriste

La boite noire représente l'individu dont le contenu cognitif n'est pas pris en compte, l'apprentissage résulte d'une suite de conditionnements de type « stimulus-réponse » et les connaissances sont définies en termes de comportements observables attendues en fin d'apprentissage comme le souligne Piaget (1975) par ces termes : « *L'apprentissage est envisagé du point de vue de l'étude des comportements humains, sans tenir compte du fonctionnement psychique de la réflexion et de l'abstraction du sujet (existence de la boite noire)* » Il est clair que dans ce modèle, les conceptions préalables ou savoirs préexistants des personnes sont évités voire ignorés, l'objectif est centré sur les savoirs et non pas sur l'élève.

De ce concept d'apprentissage découle celui d'une pédagogie dite frontale également nommée pédagogie traditionnelle.

Il semble que la pédagogie utilisée dans beaucoup d'IFMK s'appuie sur cette théorie qui consiste essentiellement en cours magistraux. La logique utilisée est celle d'une restitution de connaissances et non pas celle de production. Elle n'invite ni à la participation, ni à la réflexion, ni à la compréhension. L'objectif principal étant de former des techniciens exécutants ou pour reprendre l'expression d'Ardoino (2000, p.86) des experts en soulignant qu'« *il(s) se réfère(nt) à des modèles fonctionnels, prenant en compte des " agents", beaucoup plus encore que des « acteurs », au sein du système. Il y a fort peu de probabilités pour qu'il accède, dans l'exercice de sa fonction, à une "compréhension" des « sujets" ».*

Cette pédagogie trouve néanmoins son utilité dans l'acquisition d'un certain nombre de connaissances fondamentales. En effet en début de cursus scolaire, c'est-à-dire en première année, l'acquisition des matières fondamentales, comme par exemple l'anatomie, peuvent bénéficier de cette pédagogie car elle permet dans un temps relativement court d'enregistrer

une somme conséquente de connaissances pour un auditoire important. Toutefois celle-ci peut laisser la place au cours de la 2^{ème} année et surtout de la 3^{ème} année à une pédagogie active que nous allons expliciter ci après.

3.1.2 Le Constructivisme

Le constructivisme a principalement été développé par Piaget (1896-1990) à partir des années 1960. Ce concept a été véhiculé par le courant de la psychologie cognitive. Les psychologues cognitivistes tentent de comprendre ce qui se passe dans "la boîte noire". Pour Piaget cité par Foulin et Mouchon (1998), *« le développement cognitif est une structuration progressive, commandée par des mécanismes d'équilibration. L'évolution de l'enfant se caractérise par l'acquisition progressive de schèmes mentaux qui permettent d'assimiler les objets et qui s'accommodent, se transforment, se combinent quand ils sont inopérants, pour comprendre, c'est-à-dire assimiler de nouveaux types d'objets ou problèmes nouveaux »*. Il s'agit donc d'une approche basée sur l'interaction sujet-environnement.

La pédagogie qui en découle est active et centrée sur l'étudiant. En effet le rôle du formateur consiste à aider l'étudiant à se construire lui-même en lui donnant les moyens d'agir, d'expérimenter et d'observer. On est dans la résolution de problèmes et la remise en cause des savoirs préexistants, l'expérience permettant la découverte.

Nous retrouvons ce type de pédagogie en IFMK lors d'analyse de situation ou de cas clinique. Le formateur guide l'étudiant dans son analyse afin qu'il découvre par l'expérience la solution au problème. Par exemple, une situation-problème de communication avec le patient peut être évoqué lors d'un cours sur la relation soignant-soigné. Au lieu de donner la réponse le formateur, qui a le souci de participer au développement de l'étudiant peut, par une série de questions, amener l'étudiant à questionner ses connaissances sur le sujet, puis l'aider à cheminer pour qu'il trouve lui-même des éléments de réponses ou mieux d'ouvrir une réflexion lui permettant d'éviter de s'enfermer dans des protocoles, favorisant ainsi une posture de chercheur en le plaçant dans une logique de production et non de restitution de connaissances.

3.1.3 Le Socioconstructivisme

Vygotski (1934) est le fondateur du socioconstructivisme. Pour lui la pensée va du social à l'individuel. L'évolution par rapport au constructivisme se situe dans la confrontation

au groupe social, qui par le débat, permet un conflit sociocognitif et donc une évolution ce que soulignent Donnadieu, Genthon et Vial (1998) : « *Chez Piaget, l'émergence de nouveaux possibles fait référence à une créativité endogène au sujet qui produit de nouveaux objets cognitifs, alors que pour Vygotski, c'est l'interaction qui conduit à l'actualisation des possibles, qui sont en quelques sorte performés* » et ajoutent que « *la connaissance est dans les interactions du sujet avec le monde* ». Par exemple de l'utilisation de cette pédagogie, le formateur peut donner des situations-problèmes quant à la relation soignant-soigné à des petits groupes en facilitant la confrontation des idées de chacun et en leur faisant produire un travail en commun, chaque groupe présentant le fruit de son travail aux autres, le tout régulé par le formateur. Cette approche pédagogique certes demande plus de temps mais permet une assimilation durable des informations, stimule la réflexion, l'esprit critique et l'esprit de coopération.

Cette approche pédagogique par confrontation des expériences de chacun invite donc au questionnement, à la compréhension et à la production de réponses adaptées à une situation donnée. Il développe le savoir-être et par conséquent une posture de consultant (Ardoino, 2000). Il apparaît que, dans certains IFMK, l'enseignement repose davantage sur une pédagogie traditionnelle et donc favorise une posture d'agent ou d'exécutant plutôt qu'une posture d'acteur voire d'auteur. Cela peut être en partie expliqué par le fait qu'à l'origine, la formation a été pensée pour produire des techniciens susceptibles de suivre à la lettre la prescription médicale souvent très détaillée, d'appliquer des procédures et d'utiliser des techniques de rééducation sans pour autant mener une réflexion ni sur la validité scientifique (n'ayant pas la formation pour cela) de ces techniques, ni sur la qualité de la relation soignant-soigné (l'organe malade primant sur la personne dans une perspective biomédicale et non globale).

3.1.4 Le Néosocioconstructivisme

L'allostérie ou le modèle d'apprentissage allostérique, présentée par Giordan (2004), permet d'apprendre « l'apprendre » dans ses véritables dimensions. Selon l'auteur, l'apprendre est un processus complexe qui ne peut être réduit à une méthode pédagogique unique. Trop de didactisme peut même empêcher d'apprendre, tout comme un excès d'autonomie laissé à l'apprenant peut empêcher l'accès au savoir. D'où l'importance d'un cadre suffisamment contenant à poser qui permet d'évoluer avec liberté à l'intérieur pour chaque participant.

C'est même un processus totalement paradoxal. Seul, l'apprenant peut apprendre à partir de ce qu'il est, de ce qu'il connaît déjà...mais pas tout seul.

Si l'on apprend beaucoup de soi et par soi, par expérience, on apprend également des autres, particulièrement à travers le patrimoine accumulé par ceux qui nous ont précédés.

L'apprenant apprend à partir de ses conceptions qui constituent le seul outil à sa disposition. Et pourtant, il doit aller à l'encontre de celles-ci. En réalité, l'apprendre est bien plus qu'une simple construction. Pour élaborer son savoir, l'apprenant se doit en parallèle de déconstruire ce qu'il connaissait déjà !

Ce qui lui est toujours le plus difficile...

Dans tous les cas, l'apprenant doit être toujours considéré comme « l'auteur » de son savoir. Personne ne peut apprendre à sa place. Apprendre, c'est se questionner, se confronter à la réalité, se confronter aux autres, s'exprimer, argumenter, mettre en réseaux, multiplier les expériences...sans garantie contre les obstacles.

Ce qui ne veut pas dire que l'enseignant, l'école, la formation n'ont plus leur place ni leur rôle à jouer, bien au contraire.

Leur rôle est de créer du désir, interpeller, accompagner, fournir des espaces de travail et des « aides à penser » ou encore servir de repères.

L'important est de mettre à disposition de l'apprenant un *environnement allostérique* pertinent qui interfère en permanence avec ses conceptions.

Cette théorie ajoute aux deux précédentes (constructivisme et néosocioconstructivisme) le facteur émotionnel ainsi que la prise de sens.

Par exemple, le formateur peut toujours dans le cadre d'un cours sur la relation soignant soigné, aider les étudiants à développer leur capacité empathique vis-à-vis des patients.

Il peut pour cela utiliser des jeux de rôles pour que les étudiants perçoivent les difficultés ressentis par les personnes en situation de handicap ou dans un environnement très déstabilisant. Ils peuvent ensuite exprimer les sentiments perçus devant le groupe, le tout étant bien sûr régulé par le formateur.

Un schéma peut illustrer le processus qui a lieu dans les trois dernières théories

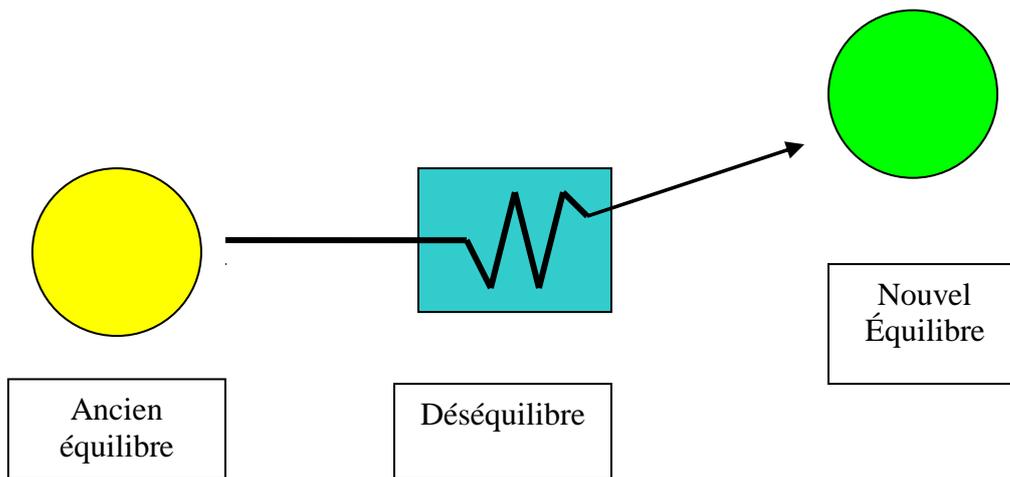


Fig.9 Modélisation du modèle constructiviste

En effet le déséquilibre naît soit de la confrontation interne c'est-à-dire de ses propres représentations (conflits cognitifs) soit de la confrontation avec ses pairs avec leurs propres représentations (conflits sociocognitifs). Cela va provoquer une modification de ses représentations et donc générer un nouvel équilibre. Gatto (2005)

Ces conceptions ont permis de mieux cerner la différence fondamentale entre enseigner et former soulignée par Fabre (1994) en ces termes : « *Former n'est pas enseigner une somme de connaissances, ni même un système de connaissances. C'est plutôt induire des changements de comportements, de méthodes, de représentations, d'attitudes, ..., du point de vue sémantique, former c'est transmettre des connaissances avec le souci de développer la personnalité globale et en articulant théorie et pratique.* »

Une grille de critérisation a été construite pour résumer les principales caractéristiques des théories d'apprentissage mais aussi pour permettre l'élaboration des indices utilisés dans le questionnaire définitif.

Théories	Critères	Indicateurs	Indices	Auteurs
Behaviorisme	1. pédagogie traditionnelle 2. accumulation des savoirs par le	1. cours magistral centré sur l'enseignant 2. non prises en compte des savoirs, besoins et	Q6. Accumuler des connaissances En grande patrie lié aux qualités de l'enseignant Q7En grande patrie lié aux qualités de	Pavlov Skinner Watson

	<p>conditionnement</p> <p>3. pas de réflexion et de compréhension mais simple restitution</p> <p>4. l'erreur est un défaut de conformité</p>	<p>demandes de l'élève</p> <p>3. l'erreur est sanctionnée</p>	<p>l'enseignant</p> <p>Q8 La restitution des savoirs et techniques référencés</p> <p>Vous absorber dans la prise de notes complètes pour ne rien oublier</p> <p>Q9 Vous exposeriez le cours puis les techniques à appliquer</p> <p>Vous vous mettriez au milieu du groupe afin qu'ils écoutent votre enseignement.</p> <p>Q10 Lui faire remarquer en appuyant sur les conséquences de son comportement</p> <p>Lui donner un livret de conseils permettant de corriger de mauvaises attitudes.</p>	
Constructivisme	<p>1. système d'assimilation/accommodation</p> <p>2. pédagogie active centrée sur la résolution de problèmes</p> <p>3. l'expérience favorise la découverte</p> <p>4. il y a remise en cause des savoirs préexistants</p>	<p>1. centré sur l'apprenant en favorisant les échanges</p> <p>2. l'apprentissage est vu comme un processus de construction de la personnalité</p> <p>3. l'erreur est travaillée sans culpabilité et peut être une source de motivation</p> <p>4. prise en compte des demandes et connaissances des apprenants</p>	<p>Q6. Un processus de développement de la personnalité</p> <p>Q8 .L'interaction enseignant étudiant</p> <p>Q9 Vous inventeriez le cours à partir des demandes des participants en tenant compte de leur connaissance du sujet</p> <p>Q10 Réfléchir avec lui sur les raisons de son attitude</p>	Piaget

Socioconstructivisme	1. pédagogie active (entre pairs) 2. théorie interactionniste de l'apprentissage 3. développer le savoir-être, le comportement de l'apprenant et sa future autonomie	1. prise de conscience induite par les pairs 2. interaction sociale et construction par le groupe	Q6 Construire des connaissances par la confrontation avec d'autres étudiants Q8 L'interaction des étudiants entre eux Q9 Vous feriez travailler les participants entre eux	Vygovski
Néo-socio-constructivisme	1. pédagogie active faisant appel aux sentiments 2. appropriation de l'apprentissage en le conceptualisant	1. centré sur l'apprenant en favorisant la confiance mutuelle 2. interaction socio-émotionnelle 3. travail sur le sens donné par l'élève à l'objet d'apprentissage	Q7 Sont à prendre en considération au cours des actions d'enseignement. Peuvent être exprimés dans une régulation individuelle Q10 Vous l'écoutez et lui facilitez l'expression de ses sentiments sur le sujet	Giordan Gatto

Tableau 1 Matrice théorique des théories de l'apprentissage

3.2 Les Postures

3.2.1 Définition

Dans son livre sur « les avatars de l'éducation », Ardoino (2000, p.70) aborde le concept des postures (ou impostures) respectives du chercheur, de l'expert et du consultant. Il en donne la définition en ces termes : « *Posture est pris, ici, au sens de position. Il faut y entendre les systèmes d'attitudes et de regards vis-à-vis des partenaires, des situations, des objets, dans le cadre des recherches ou des pratiques sociales.* »

3.2.2 Le chercheur

Ardoino (2000, p.82) le définit « *avant tout à partir de son intentionnalité explicite, de son projet de production de connaissance, assortis, toutefois des moyens stratégiques et méthodologiques qu'il se donne pour ce faire.* » Ardoino parle ici du chercheur dont la posture a été modelée par son appropriation des méthodes de recherche scientifique.

D'une part, le travail de fin d'études en Masso-Kinésithérapie ne correspond pas à l'heure actuelle à ces critères puisque aucune formation à ces méthodes n'est prévue dans le programme et cela même si l'enquête préalable a démontré le désir des étudiants dans ce sens.

D'autre part, la question de recherche traite de la compétence relationnelle et non de la posture de chercheur. C'est la raison pour laquelle cette posture ne sera pas utilisée dans la matrice théorique.

Toutefois, cette posture est à rechercher pour et par le cadre de santé car celle-ci lui permet de « questionner sans cesse ses pratiques, de sortir le "nez du guidon" afin de mieux appréhender sa réalité de terrain. » Soler (2006, p.26).

3.2.3 L'expert

Selon Ardoino (2000, p.85), « *l'expert peut être caractérisé comme un spécialiste, choisi pour sa compétence, parce qu'il est susceptible d'apporter au traitement d'une question un certain capital de connaissances constitué par ses soins, mais le plus souvent élaboré par d'autres.* Il est donc dans une relation privilégiée avec le savoir, ce qui ne favorise pas les échanges d'égal à égal, échanges favorisant l'autonomie.

De plus en ce qui concerne son évaluation elle est toujours sur le registre du contrôle. En effet selon Ardoino, (2000, p 85), « *Même quand on lui demande d'évaluer, il contrôle encore* ». Par exemple, dans les IFMK, chaque module est validé sous forme d'un ou plusieurs contrôles écrits et anonymes obligatoires, leurs validations se faisant par une note égale ou supérieure à 10 sur 20. Ce type d'évaluation contrôle n'a aucun intérêt sur le plan formatif et n'a pour effet que de contrôler l'écart à la norme. Ici la créativité, l'esprit critique ne sont pas développés. Cette posture d'expert ne favorise donc pas l'expression et l'échange.

Elle induit donc chez les formés des postures d'agents, car comme le souligne Ardoino, (2000, p 86), « *Son intelligence des situations est organisationnelle et se réfère à des modèles fonctionnels prenant en compte des « agents », beaucoup plus encore que des acteurs, au sein d'un système. Il y a donc fort peu de probabilités pour qu'il accède, dans l'exercice de sa fonction à une "compréhension" du sujet* ».

Qu'il s'agisse du sujet d'un examen, d'un cas concret ou bien de la personne soignée, l'attitude sollicitée est liée davantage à l'explication rationnelle des mécanismes en jeu plutôt qu'à une démarche compréhensive où les savoirs préexistants, les projets et les émotions du patient sont pris en compte. Il s'agirait donc dans le cadre de la formation initiale de passer d'un mode d'évaluation contrôle vers un mode d'évaluation questionnement et de régulation afin d'agir non pas sur les produits ou les procédures mais plutôt sur les processus et de faciliter le passage d'une position d'expert vers celui de consultant.

A ce propos Coy Landru (2004-2005) souligne que : « *En effet, il faut également développer les compétences de ce qui se situe dans tout ce qui est de l'ordre de l'humain, de la relation de tout ce qui est de l'ordre du paradigme phénoménologique. Il faudra donc stimuler chez l'étudiant la compréhension de la souffrance de l'autre mais également lui apprendre à être à l'écoute de la sienne.* »

Devereux (1980) cité par Gatto (2007, p.48) souligne que « *le professionnel de santé se "cache" souvent inconsciemment derrière sa blouse d'expert pour légitimer sa prise de pouvoir* ».

Dans cette déclaration, nous voyons clairement la relation entre posture d'expert et prise de pouvoir. Comme le souligne justement Gatto (2007, p.48) il s'agit non seulement d'un pouvoir lié au savoir mais aussi « *pouvoir de vie et de mort ; l'expert renvoie au malade l'image de sa mort.* » Cette posture d'expert n'est donc pas sans conséquence sur la relation soignant-soigné à tel point que Gatto (2007, p.50, 51) dit que « *le Masseur-Kinésithérapeute ne peut plus occuper une posture d'expert auprès du malade* », et qu'il « *doit à présent occuper une posture de consultant auprès du patient* »

3.2.4 Le consultant

Selon Ardoino (2000, p.87), le consultant favorise le développement personnel du sujet en formation, il s'agit « *d'une relation complexe* » et qui « *s'inscrit nécessairement dans le temps* ». Le consultant se trouve dans une logique de compréhension puisqu'il ajoute : « *Cette compréhension dépend justement d'une familiarité constituée à partir d'une écoute* »

L'écoute active apparaît donc être le fondement de cette posture et cela est souligné par Gatto (2007, p.51) par ces termes : « *Ce phénomène d'altération indique donc que le Masseur Kinésithérapeute soit dans une posture d'écoute de l'autre, de compréhension du savoir qu'il détient déjà dont il peut s'enrichir pour travailler* ». Le phénomène d'altération dont il est question fait référence au propos d'Ardoino (2000) qui souligne que ce terme

« vient du latin alter : l'autre. A partir de l'étymologie, c'est un processus à partir duquel un sujet change (devient un autre), sans pour autant perdre son identité, en fonction d'influences exercées par un autre. Plus généralement : effets plus ou moins réciproques d'influences entre des personnes, donc modifications ». Et Carl Rogers (1973, p152) va plus loin en soulignant que « personne n'a jamais véritablement appris quoi que ce soit à autrui et le seul apprentissage qui influence véritablement quelqu'un est celui qu'il effectue lui-même, à son initiative ».

Ce qui fait dire à Coy Landru (2004-2005) : « Ainsi le formateur « n'apprend rien » aux étudiants, il met simplement les conditions en place pour qu'ils s'investissent. C'est pourquoi, pour inciter les étudiants à initier les apprentissages, le formateur est à l'écoute (posture du formateur), de ce qu'est l'étudiant, de ce qu'il a vécu, de ce dont il a besoin, et de ce qu'il souhaite faire (accompagnement projet). »

Ces propos permettent de comprendre l'implication personnelle exigée pour effectuer un changement de posture et aussi pourquoi il est important d'aider les étudiants dès la première année à adopter cette posture.

Cette posture est à rapprocher de celle de « passeur » selon Bonniol (1996), de « facilitateur » selon Rogers (1976) et de « médiateur » selon Meirieu (1985) et Fabre (1994) ainsi que celle d'« accompagnateur » selon Gatto (2004).

Une grille de critérisation a été construite pour résumer les principales caractéristiques de la théorie d'Ardoino sur les postures mais aussi pour permettre l'élaboration des indices utilisés dans le questionnaire définitif.

Théories	Critères	Indicateurs	Indices	Auteurs
Postures d'Ardoino	Expert	1. développement d'une compétence technique 2. favorise l'hétéronomie personnelle et professionnelle 3. ne favorise ni l'expression ni l'échange	Q1 La procédure élaborée par le médecin La qualité technique du traitement Q2 Vous rechignez à travailler en groupe Vous rechignez à travailler en groupe Q3 De type contrôle de connaissance Dans lesquelles vous préférez être évalué	Ardoino Gatto

		4. ne s'intéresse pas particulièrement à la singularité et à l'épanouissement de chacun	Q4 Ils vous transmettent des savoirs Ils vous proposent des outils Q5 Le cours magistral Les démonstrations sur mannequins
	Consultant	1. développement d'une compétence relationnelle 2. favorise l'autonomie personnelle et professionnelle 3. favorise l'expression et l'échange 4. s'intéresse à la singularité de chacun et à son épanouissement	Q1 La procédure que vous mettez en place par votre compréhension de la situation La qualité relationnelle du traitement Q2 Vous attendez impatiemment ce type de situation de travail Vous recherchez la confrontation et le débat Q3 De type évaluation-régulation Qui encouragent une auto-évaluation Q4 Ils sont à l'écoute, vous proposent de cheminer Ils vous font confiance Q5 La régulation par rapport à votre projet professionnel L'analyse des pratiques

Tableau 2 Matrice théorique des postures d'Ardoino

3.3 Théorie de la communication interpersonnelle

3.3.1 Définition de la communication

Rey (2004) dit que le terme communication signifie « *mise en commun, échange, action de faire part* ». Il a été introduit en français avec le sens général de « *manière d'être ensemble* » et envisagé dans l'ancien français comme un mode privilégié de relations sociales (vers 1370). Son sens a changé par le vocabulaire théologique « *communier avec Dieu* » (vers 1662) et a pris son sens actuel avec l'essor des médias et des influences anglo saxonnnes ».

De cette définition nous retiendrons l'idée assez générale « *d'échange* » et de « *manière d'être ensemble* ». Dans la relation soignant soigné, la communication consisterait

donc à échanger mais échanger quoi ? Des informations sur la pathologie et son traitement, certes, mais également des sensations, des sentiments sur le passé, le présent et le futur de la personne en face de nous. S'agit-il également d'un échange unidirectionnel ou bidirectionnel ? Nous laisserons nous « toucher » par le patient. Un jour, j'ai eu un enfant sur ma table de massage, et pendant que je lui massais délicatement la nuque, celui-ci n'arrêtait pas de me toucher lui aussi délicatement le visage. Cela m'a interpellé et en acceptant cette communication non verbale, cet échange, j'ai créé un lien, une confiance réciproque qui m'a beaucoup appris sur l'importance de parler de soi afin de faciliter cette communication.

Zarifian (2001, p.147) ajoute que « *communiquer, c'est comprendre autrui et partager avec lui des référents, des mobiles et des objectifs partiellement communs* ». Ici est introduite la notion de compréhension d'autrui et de partage sur des bases en partie communes.

Mc Mahon (2000, p.270) dit que la « *communication, c'est l'art de créer l'intimité avec l'autre* ». Cet auteur parle de la communication comme d'un art avec ce que cela comporte de subjectivité, d'un acte créateur et donc d'innovation, d'initiative et d'intimité, en d'autres termes de pénétrer l'univers de l'autre. Nous retiendrons de ce dernier aspect que la communication ce n'est pas simplement un ensemble de techniques mais un mélange subtil d'objectivité et de subjectivité nécessaires pour appréhender la complexité de la relation interpersonnelle.

3.3.2 Concept de la communication interpersonnelle

A ce sujet, Abric (1999, p.26) souligne que peu de travaux ont été effectués sur la communication interpersonnelle : « *on cherche vainement des recherches consacrées aux situations d'échanges entre deux individus en relation directe. Et c'est donc du côté des thérapeutes ou des professionnels de l'interview et de l'enquête qu'il nous faut chercher des éléments de réponse à la question, ..., comment permettre à chaque individu de s'exprimer le plus authentiquement possible dans la situation interindividuelle* »

3.3.3 La notion d'attitude

Selon Allport (1935), on appelle attitude « *l'état mental et neurophysiologique déterminé par l'expérience et qui exerce une influence dynamique sur l'individu en le préparant à agir d'une manière particulière à un certain nombre d'objets ou d'événements* ». Pour cet auteur, l'attitude est à différencier du comportement en ce sens que l'attitude c'est ce qui est supposé être derrière le comportement, c'est une prédisposition à agir, c'est une cause des comportements. Une cause relativement cachée ou inconsciente. Il s'agit donc d'un

phénomène à découvrir, à décoder et à analyser. L'exemple du problème de l'iceberg permet d'illustrer ces propos.

Imaginons un iceberg dont 90% est immergé et 10% émergé.

Le vent pousse l'iceberg vers le Nord et les courants sous-marins le pousse vers le Sud. Où va l'iceberg ? Vers le Nord ou vers le Sud ?

L'être humain représente l'iceberg :

- la partie consciente représente les 10%
- la partie inconsciente représente les 90%
- le vent représente la volonté
- les courants représentent les programmations inconscientes (issues de l'enfance)

A quelle conclusion arrivons-nous ?

Si la partie inconsciente prédomine, comme c'est souvent le cas, celle-ci peut nous conduire à des comportements nuisibles et inadaptés sans même que nous en ayons conscience. La solution consiste à conscientiser ces phénomènes, à les mettre à nu pour pouvoir les maîtriser et adopter l'attitude la plus adaptée à la communication soignant soigné

Le psychosociologue Porter (1950) a largement contribué à l'élaboration de ces typologies et a distingué six attitudes fondamentales. Nous nous proposons de les analyser ci après.

3.3.4 Attitude d'interprétation

- Définition

Abric (1999, p.28) en parle comme « *une attitude qui consiste à formuler, à verbaliser à l'autre les raisons cachées qui sous-tendent ce qu'il vient de dire ou de faire.* »

D'après Mucchielli (1966, p. 43), « *l'interviewer projette sa manière de comprendre, son choix personnel ou sa théorie, et par là il y a nécessairement une distorsion apportée à l'intention du sujet qui a parlé* » Nous allons donc, à partir de notre expérience personnelle, chercher une explication rationnelle à la situation évoquée par le patient.

Il est intéressant de noter que Liégeois (2003, p.21) souligne à propos de cette attitude que : « *Notre esprit cherche à donner une explication, à rationaliser. (...). Nous cherchons des relations de cause à effet, nous nous mettons en position d'expert qui va tout expliquer à grand renfort d'hypothèses.* » Dans cette citation, deux idées sont à retenir ; la première en relation avec une notion d'explication et la deuxième en relation avec la position d'expert rejoignant la « posture d'expert » décrite par Ardoino (2000). Cette attitude est courante dans les milieux paramédicaux issus d'un modèle biomécanique.

- Exemple : Le patient se plaint de ne pouvoir faire les efforts nécessaires à l'amélioration de son état, une intervention du thérapeute de type interprétatif serait du style :
« Si vous ne faites pas d'effort, c'est parce que (une explication est donné) »

- Type de relation créée

Relation hiérarchisée

Dans ce type de relation, il y a par nature un interprétant et un interprété. Donc elle crée ou renforce une différence de statuts entre les acteurs de l'échange.

- relation de dépendance

La nature de la dépendance est fondée sur la relation à un savoir que l'interpréteur est supposé avoir et se traduit par : plus j'interprète, plus je rends la personne dépendante de moi.

- Conséquences possibles

- réaction de contre dépendance

On entend par contre dépendance une réaction agressive ou irritation sourde induite par cette attitude, car la personne peut refuser de se laisser enfermer dans cette situation.

- blocage défensif de l'expression de l'autre

Il faut distinguer à ce stade deux types de situation :

- o L'interprétation est fautive : il y a donc incompréhension de l'autre qui risque donc de s'arrêter de s'exprimer.
- o L'interprétation est juste : risque fort de déclencher des mécanismes de défenses car la personne peut ne pas être prête à entendre sa vérité et cherchera à plutôt à se justifier.

- Remarque

Dans certaine relation thérapeutique, l'interprétation est utilisée de manière quasi-systématique. Ce qui viendrait contredire l'explication donnée plus haut. Toutefois l'interprétation peut jouer un rôle positif à condition qu'elle soit formulée à un moment où l'autre peut l'entendre, l'accepter, l'assumer, autrement dit se l'approprier.

Ce qui revient à dire que l'attitude d'interprétation ne peut être le fondement de la communication mais uniquement son aboutissement.

- Conclusion

Nous garderons présent à l'esprit le principe de non interprétation dans la communication interpersonnelle.

3.3.5 L'attitude d'aide, de conseil ou appelée « solution du problème »

- Définition

Consiste à proposer à l'autre, compte tenu de ce qu'il a exprimé, des solutions immédiates et toutes faites aux problèmes. Selon Liégeois (2003, p.21), « *nous voulons influencer, conseiller, rendre service, se mettre au service de* ». C'est donc une « *attitude qui a priori, manifeste de l'intérêt pour l'autre.* » comme le souligne Abric (1999, p. 30). Manifester de l'intérêt pour le soigné semble une attitude « normale » pour le soignant, cependant le terme « à priori » laisse sous entendre des effets secondaires non désirés.

- Exemple :

« A votre place, je ferais un voyage pour oublier, et ça vous reposerait... »

- Type de relation créé

Il y a un conseiller et un conseillé. Il y a donc relation hiérarchisée, relation de dépendance (le conseillé devient dépendant du conseiller) et relation à un savoir (le conseiller sait).

- Conséquences possibles

- Cela peut induire une contre-dépendance et donc une réaction agressive.
- Un blocage ou arrêt de l'expression de la communication car non seulement cela réduit les possibilités de résoudre les problèmes par le soigné lui-même mais également en multipliant les conseils on peut canaliser, influencer voire manipuler l'expression de l'autre. De plus cette attitude qui se veut rassurante minimise le problème évoqué par le patient : « *Ce n'est pas si grave, vous vous en sortirez.* » Elle manifeste donc une non prise en compte du vécu de l'autre, une non-écoute réelle de ce qu'il dit.

- Remarque

Bien entendu cela ne revient pas à dire qu'il ne faut pas s'intéresser à autrui, ni le conseiller mais comme cela été dit pour l'attitude d'interprétation l'attitude de conseil ne peut être le fondement d'une communication authentique mais seulement son aboutissement.

- Conclusion

Si l'on veut créer une situation de communication optimum, il est important de poser le principe de non-conseil.

3.3.6 Attitude d'évaluation

- Définition

C'est l'attitude qui consiste à formuler un jugement positif ou négatif par rapport à ce que l'autre exprime ou fait.

- Exemple :

« Faut pas dire des choses comme cela à votre femme, ce n'est pas bien... »

- Type de relation créé

Qui dit évaluation dit évaluateur et évalué donc une différence de statut, une relation hiérarchisée et une relation de dépendance de l'évalué par rapport à l'évaluateur.

- Conséquences possibles

- Réaction de contre-dépendance c'est à dire d'agressivité
- Blocage de la communication avec deux situations possibles
 - Une évaluation négative qui réduit sa motivation à s'exprimer et induisant un sentiment de culpabilité.
 - Une évaluation positive qui induit un biais de positivité : c'est le processus par lequel un individu qui reçoit une gratification est amené, le plus souvent inconsciemment, à sélectionner dans ses opinions et sentiments, les éléments qui lui permettront de continuer à recevoir des évaluations positives. Cela rappelle le conditionnement opérant (renforcement positif) de Skinner dans la théorie Behavioriste de l'apprentissage.

- Conclusion

Nous allons donc poser le principe de la non-évaluation.

3.3.7 Attitude de soutien, de sympathie, de consolation

- Définition

Utilisée pour apporter un encouragement, une consolation. Comme le souligne Mucchielli (1966, p.43), « *elle fait allusion à une communauté d'épreuves entre l'interviewer et l'interviewé, (...), en essayant d'éviter chez l'interviewé des réactions extrêmes (dédramatiser)* »

- Exemple

« Je comprend que vous souffriez et croyez bien que je partage votre sentiment... »

- Type de relation créé

Qui dit consolation dit consolateur et consolé donc différence de statut, relation hiérarchisée et forte relation de dépendance. Il s'agit là d'une attitude maternelle ou paternaliste.

- Conséquences

- Réaction de contre-dépendance ou d'agressivité avec le refus d'être pris en pitié ou de se sentir infantilisé.
- Blocage de l'expression spontanée du patient qui se trouve dans une posture d'attente d'être guidé et pris en charge.

- Remarque

Liégeois (2003, p. 52) fait remarquer qu'« *il est aussi important d'éviter de mater le malade (c'est à dire d'avoir des relations sur le mode parent à enfant), sauf dans des situations qui doivent rester exceptionnelles (patient en crise d'angoisse, en phase d'agonie, très régressé, enfant en détresse, crise de panique)* ». Cela démontre l'importance pour un soignant de faire preuve de sensibilité et non de sensiblerie ce qui serait préjudiciable au patient.

- Conclusion

Il s'agit là d'une attitude que l'on peut assez facilement retrouver dans les milieux paramédicaux car les soignants se trouvent confrontés à la souffrance et par conséquent « fusionner » avec le patient en « *glissant d'une relation empathique vers une relation sympathique donc non professionnelle* » comme le souligne Liégeois (2003, p. 52).

Nous allons donc poser le principe du non soutien.

3.3.8 L'attitude d'enquête ou d'investigation

- Définition

Comme son nom l'indique, il s'agit de procéder à une enquête, à poser à l'autre des questions pour obtenir des confidences supplémentaires que le questionneur juge indispensable pour sa compréhension de la situation.

- Exemple :

« Pourquoi avez-vous fait ce métier là ? »

- Type de relation créé

Il y a un questionneur et donc un questionné ce qui établit une hiérarchie dans la relation puisque c'est le questionneur qui choisit les questions. Ce point est illustré par cette formule : « Ici, c'est moi qui pose les questions. »

Cette attitude crée ou renforce donc une attitude de dépendance du questionné au questionneur.

- Conséquences possibles

- Superficialité de la personne enquêtée
- Poser systématiquement des questions risque d'entraîner chez le questionné une attente de la question suivante et donc un désintérêt progressif de l'entretien. De plus l'information va être focalisée sur les faits plutôt que sur les sentiments et motivations du patient. Dans ce processus, il y a prise en charge externe et non implication personnelle.

- Risque de canalisation et de manipulation de l'expression de l'Autre

Il y a trois types d'induction possible :

- Induction par sélection des questions : le questionneur choisit ses questions consciemment afin de diriger l'entretien vers un but fixé. Inconsciemment, par phénomènes projectif et auto-protecteur, il évite de poser les questions qui posent problème.
- Induction par la formulation des questions : l'utilisation de certains mots peut déclencher des réactions différentes et induire des biais importants. Un exemple cité par Dautriat (1963) illustre bien le risque à savoir qu'en substituant le mot « interdire » par l'expression « ne pas autoriser » dans une

enquête d'opinion, cela a entraîné une chute importante de l'adhésion des citoyens américains.

- Induction par ordre des questions : la réponse à une première question va influencer la réponse à une deuxième question et ainsi de suite. Par un exemple, Dautriat (1963) illustre ce phénomène appelé « effet de Halo » : le taux de réponse « Oui » obtenus après la question : « Assistez-vous à la messe le dimanche ? » est significativement plus élevé auprès des enquêtés auxquels on demandait auparavant s'ils étaient pratiquants. Si l'on supprime cette induction, le taux de réponses « Oui » à la question passe de 60% à seulement 42%.

- Remarque

« *Questionner est une des habitudes les plus tenaces chez les praticiens de l'aide* » fait remarquer Mucchielli (1966, p.44) et ceci peut s'appliquer aux professionnels de santé qui ont le souci du « diagnostic » et cherchent à faire rentrer les patients dans des catégories.

- Conclusion

Pour Mucchielli (1966, p.44) la seule question légitime et opportune serait : « *qu'est-ce que ce mot ou cette remarque signifie pour vous ?* ». Toutefois dans le cadre de l'entretien informel d'une relation soignant-soigné, il ne s'agit pas de supprimer totalement les questions ce qui risquerait d'induire surprise et méfiance mais plutôt de les limiter et donc d'appliquer le principe du "*non questionnement systématique*" dans une formulation la plus ouverte possible. Cela rejoint, par exemple le principe de l'entretien non directif directement issu des théories de Porter (1950), reprise et approfondies par Rogers (1967) Dans ce cas le thème ou la question sera toujours formulée de la manière la plus large, la plus vague et la plus générale possible. Suite à l'évocation d'un problème relaté par le patient, il serait judicieux de lui poser cette question : « *Pouvez-vous m'en parler ?* »

Dans la mesure où il est difficile, à travers le questionnaire élaboré dans l'enquête effectuée dans ce mémoire, de juger dans quelle mesure une question est le reflet d'un désir de rechercher des confidences, ou le désir d'approfondir l'expression spontanée de la personne, nous avons choisi de ne pas retenir cette attitude d'investigation.

3.3.9 L'attitude de compréhension

- Définition

C'est l'attitude qui consiste à manifester à l'autre que l'on s'intéresse à ce qu'il dit et qu'on l'écoute pour essayer de comprendre. Cette attitude se manifeste concrètement par la reformulation ou « effet miroir » qui consiste à renvoyer à l'autre ce qu'il vient d'exprimer dans un souci de contrôle de la compréhension et de stimulation de l'expression.

- Exemple :

« Vous me dites que vous traversez une période très difficile en ce moment... ».

- Type de relation créé

Ici la relation de dépendance existe, mais elle est inversée car, par sa totale disponibilité, le soignant se met à l'écoute active du patient et par la reformulation favorise son expression.

- Conséquences possibles

Cette attitude favorise un climat relationnel réduisant les mécanismes de défenses et facilitateur de l'expression. La difficulté majeure de l'attitude de compréhension est de rester centrée exclusivement sur l'autre sans pour autant chercher les raisons qui le guident. Comprendre n'est pas interpréter, c'est seulement entendre ce que l'autre exprime, sans sélectionner ni prendre position.

- Conclusion

Cette attitude de compréhension constitue avec l'attitude de non questionnement systématique la situation optimale de communication visant l'expression de l'autre.

Le tableau ci-dessous résume les explications données plus haut

Attitudes possibles du soignant	Conséquences possibles du patient
1. EVALUATION Porter un jugement positif ou négatif	Si jugement négatif : <ul style="list-style-type: none">- Agressivité- Blocage Si jugement positif <ul style="list-style-type: none">- Le maintien d'un feed-back gratifiant

2. INTERPRETATION Expliquer, donner les raisons cachées u discours ou comportement	<ul style="list-style-type: none"> - Blocage si interprétation fausse ou prématurée - Agressivité - Canalisation, justification
3. SOLUTION Proposer une solution et rassurer	<ul style="list-style-type: none"> - Superficialité de l'expression - Canalisation - Démobilisation
4. INVESTIGATION Poser des questions pour obtenir plus d'informations	<ul style="list-style-type: none"> - Réponses superficielles par non approfondissement - Canalisation, manipulation consciente ou inconsciente - Perception d'un harcèlement - Les questions ouvertes, en nombre le plus restreint possible peuvent faciliter l'expression spontanée du patient
5. SOUTIEN Consiste à apporter une consolation	<ul style="list-style-type: none"> - Agressivité - Blocage de l'expression spontanée
6. COMPREHENSION Reformuler pour essayer de comprendre sans juger	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'un climat positif (réduction des menaces) - Incitation à poursuivre et à approfondir

Tableau 3 Récapitulation des différentes attitudes avec leur conséquences

Une grille de critérisation a été construite pour résumer les principales caractéristiques de la théorie de Porter sur la communication interpersonnelle mais aussi pour permettre l'élaboration des indices utilisés dans le questionnaire définitif.

Théorie	Critères	Indicateurs	Indices	Auteurs
Théorie interpersonnelle de la	Influence du thérapeute sur le	Attitude d'aide ou de conseil ou de solution	Sit1 : Mais pour votre rétablissement, le docteur a demandé que vous mangiez Sol 2 : Vous devriez leur en être reconnaissant Sit 3 : Une solution serait de les contacter Sit 4 : Une solution serait d'apprendre à aimer le votre	G.H Porter C.Rogers M. Kinget R.Mucchielli

communication	patient		Sit 5 : Un peu de compagnie vous ferait du bien.	JC.Abric M.Liégeois
		Attitude de soutien	<p>Sit1 Je comprends, ça ira mieux ce soir</p> <p>Sit 2 : comprends votre irritation, je réagirai de la même façon</p> <p>Sit 3 : Vous dites ça en ce moment, vous verrez, ça va passer</p> <p>Sit 4 : Vous allez peut-être enfin trouver ce qui vous convient à votre sortie de l'hôpital</p> <p>Sit 5 : Vous me faites de la peine de vous voir dans cet état, j'aimerais vous aider</p>	
		Attitude d'interprétation	<p>Sit1 C'est peut-être l'hôpital, et le changement d'alimentation ; est-ce que vous n'aimez pas les pâtes</p> <p>Sit 2 : Vos voisins sont gentils et ils veulent prendre des nouvelles ; ils se font du souci certainement</p> <p>Sit 3 : Vous êtes fatiguée, votre maladie vous fait voir les choses en noir, c'est un peu normal.</p> <p>Sit 4 : vous n'aimez pas votre travail, c'est parce que vous ne vous impliquez pas assez</p> <p>Sit 5 : Vous pleurez parce que la solitude vous pèse</p>	
		Attitude d'évaluation	<p>Sit 1 Ce n'est pas très sympathique de votre part</p> <p>Sit 2 Vous n'êtes pas très reconnaissant envers eux</p> <p>Sit 3 : C'est dur de dire ça de ses enfants</p> <p>Sit 4 : Ne soyez pas envieux</p> <p>Sit 5 : Vous ne devriez pas pleurez comme ça</p>	
	Non influence du thérapeute sur le patient	Attitude de compréhension	<p>Sit1 Quand je vous entends dire cela, je vous sens très déterminé</p> <p>Sit 2 : Si je comprends bien, leurs appels vous irritent</p> <p>Sit 3 : Vous dites ça avec une telle lassitude</p> <p>Sit 4 : Si je comprends bien, votre travail ne vous satisfait pas</p> <p>Sit 5 : Je vous trouve bien triste en ce moment</p>	

Tableau 4 Matrice théorique des Attitudes de Porter

Dans un souci de faire le lien entre les différentes théories, le tableau suivant a été élaboré :

Paradigme positivisme et mécaniciste	Paradigme holistique et phénoménologique
Le futur professionnel a une relation privilégiée avec le savoir; il est en posture d'expert.	Le futur professionnel a une relation privilégiée avec le patient ; il est en posture de consultant.
La théorie d'apprentissage prédominante est le Béhaviorisme	Les théories d'apprentissage prédominantes étant le constructivisme, le socio et le néosocioconstructivisme.
L'attitude de communication interpersonnelle est basée sur une logique d'explication et d'affirmation (l'émetteur est prépondérant)	L'attitude de communication interpersonnelle est basée sur une logique de compréhension et d'écoute active (le récepteur est prépondérant)

Tableau 5 Récapitulatif des liens entre les trois théories et modèles

4. Hypothèses théoriques

Le mémoire élaboré ici convoque les théories suivantes :

- Théories de l'apprentissage,
- Modèle de la posture (Ardoino : posture de consultant et posture d'expert),
- Modèle de la communication interindividuelle (attitudes de Porter).

Nous observons une similitude avec les recherches analysées précédemment quant à l'exploitation des théories de l'apprentissage. Toutefois les deux autres théories convoquées s'en distinguent car dans ce mémoire, l'intérêt porte sur l'appropriation d'une posture d'expert et de consultant ainsi que d'une attitude de communication favorable à l'expression spontanée du patient et non son inhibition. Bien entendu le projet visé reste le même puisqu'il s'agit de vérifier si les étudiants développent bien des compétences éducatives et relationnelles susceptibles de rendre le patient co-auteur des sa rééducation et répondre ainsi aux besoins sociétaux en matière de santé.

L'intérêt de ce mémoire porte également sur l'étude transversale au sein d'un IFMK auprès d'étudiants des trois années afin d'objectiver cette appropriation. Il est à noter que cette démarche n'a pas été développée dans les autres mémoires

L'hypothèse théorique a un statut de question théorisée. Nous choisirons des variables théoriques indépendantes invoquées que nous mettrons à l'épreuve par l'interrogation des étudiants sur leur posture, leur méthode d'apprentissage et leurs attitudes de communication

5. Résultats déjà publiés

Les recherches effectuées sur les mémoires de Master 1 et 2 depuis 2006 sur le site internet de l'IFCS de Montpellier (<http://www.ifcsmontpellier.fr>, internet) ont permis de retenir principalement quatre thèmes dans lesquels la formation initiale en kinésithérapie était impliquée ; deux en Master 1 (Besse Desmoulières V, 2008 ; Deat P 2008) et deux en Master 2.(Aboustait I, 2009 ; Rolland-Marks O, 2008) Il est intéressant de noter que sur les quatre mémoires, les théories suivantes ont été convoquées :

- Théories de l'apprentissage (4)
- Modèle de la formation (3)
- Modèles de l'évaluation (2)
- Modèles de la posture (Tryptique d'Ardoino : agent, acteur, auteur) (4)
- Modèles de la santé (3)

Nous remarquons la prédominance des théories de l'apprentissage et les modèles de la posture (agent, acteur, auteur) ce qui est normal puisque ces études cherchaient l'influence entre, d'une part, les modèles de formation et les théories d'apprentissage utilisés par le ou les instituts et d'autre part la posture de l'étudiant. Ces études ont d'ailleurs prouvé qu'ils existaient un lien significatif entre ces deux variables. Donc plus les formateurs utilisent un modèle phénoménologique, plus les étudiants gagnent en autonomie et se positionnent en acteur voire auteur auprès du patient lui-même devenir ainsi co-acteur et co-auteur de sa rééducation.

Des recherches (Gatto, 2007) ont montré qu'en santé, la transmission du savoir se fait essentiellement sur un mode dogmatique et contribue à créer ou à renforcer des obstacles d'apprentissage chez les étudiants.

Par contre, aucune n'utilisait le Tryptique « expert consultant chercheur » d'Ardoino ni ne cherchaient à questionner la relation soignant soigné à travers les attitudes de communication de Porter. D'où l'utilité de poser les hypothèses ci-après.

6. Hypothèses autorisées à partir des résultats déjà publiés

1° La formation initiale en Masso-kinésithérapie favorise l'émergence d'une compétence éducative et relationnelle.

2° Il existe une relation entre les processus d'apprentissage et la posture professionnelle des étudiants.

7. Opérationnalisation théorique

Les référentiels théoriques ainsi que les objectifs de cette enquête ont permis de définir les critères de conformité et de non-conformité. Par conséquent, il a été attribué un critère de conformité aux théories constructivistes, à la posture de consultant et à l'attitude de compréhension. De même, il a été attribué un critère de non-conformité à la théorie béhavioriste, à la posture d'expert et aux attitudes inhibitrices de l'expression spontanée du patient.

Test de la 1ère hypothèse

La formation initiale en Masso-kinésithérapie favorise l'émergence d'une compétence éducative et relationnelle.

- **Les variables intergroupes (dépendantes)**

Ce sont les variables qui différencient deux groupes de sujets sur des variables situationnelles.

« Elles ne sont jamais introduites expérimentalement par le chercheur ; elles sont toujours invoquées » (Eymard, 2003).

Au cours de cette recherche les variables théoriques invoquées sont au nombre de trois :

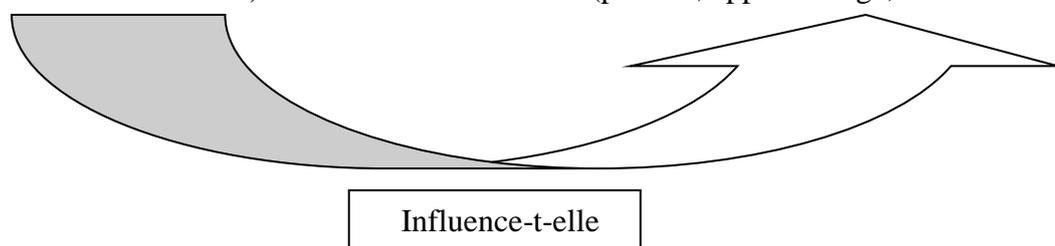
- 1) La variable théorique basée sur les postures d'expert et de consultant d'Ardoino
- 2) La variable théorique basée sur les théories d'apprentissage
- 3) La variable théorique basée sur la théorie de la communication de Porter

- **La variable indépendante**

Celle-ci est représentée par les trois promotions (K1, K2, K3)

Vd (la formation initiale)

Vi (posture, apprentissage, communication)



Les tests statistiques inférenciels utilisés pour valider ou non l'hypothèse seront les tests de comparaison de deux variables nominales : test du Khi2 d'indépendance avec variable à deux et trois modalités ainsi que les tests de comparaison de deux moyennes d'échantillons indépendants dans le cas de petits échantillons (<30)

Test de la 2^{ème} hypothèse

Il existe une relation entre les processus d'apprentissage et la posture professionnelle des étudiants.

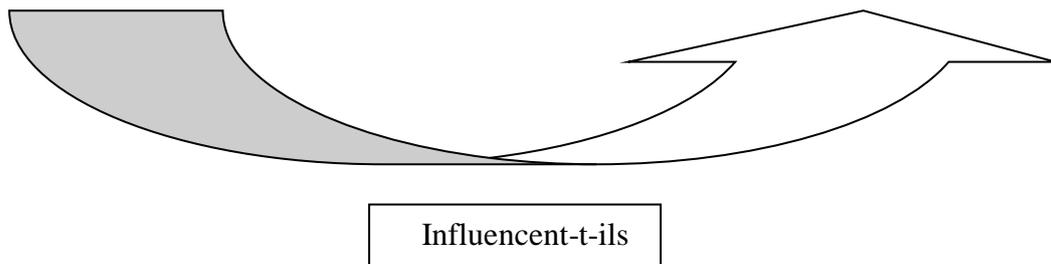
- La variable dépendante

Il s'agit des processus d'apprentissage issus des théories behavioristes et constructivistes. Les réponses au questionnaire par les étudiants permettent d'objectiver le processus mis en œuvre au sein de l'IFMK

- La variable indépendante

Il s'agit des postures au sens d'Ardoino c'est-à-dire celles de consultant et d'expert, postures adoptées par les étudiants au cours de leur professionnalisation

Vd (Les processus d'apprentissage).....Vi (La posture professionnelle))



Le test statistique différentiel validant ou non l'hypothèse sera le test de corrélation entre deux variables d'intervalle : le coefficient de corrélation de Bravais-Pearson qui étudiera le lien entre les variables.

8. Dispositif de recherche

8.1 Méthode scientifique

Dans cette méthode, nous travaillerons à partir d'un groupe de sujets en posant des hypothèses ou questions de recherches, Alors nous essaierons de trouver des variables qui vont différencier les sujets par rapport au phénomène d'observance. Ensuite nous chercherons des corrélations entre ces variables.

Notre objet de recherche se situe dans les facteurs de différenciation entre individus, L'enquête différentielle doit nous permettre de construire des catégorisations stables de sujets. Cette méthode est dérivée de l'expérimentale mais offre davantage de souplesse.

8.2 Population

- **Critères d'inclusion**

La population enquêtée sera composée des étudiants de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} année issus d'un Institut de Masso-Kinésithérapie.

- **Critères d'exclusion**

Les formateurs de l'I.F.M. K

8.2.1 Outil d'enquête scientifique théorisé

Afin de construire un questionnaire répondant à la problématisation théorique, il a été procédé à une grille de critérisation issue des théories de l'apprentissage, de la théorie de la communication interpersonnelle et des théories des postures d'Ardoïno. Celles-ci sont mentionnées à la fin de chaque théorie explicitée en 3^{ème} partie de ce mémoire.

Le questionnaire scientifique théorisé est élaboré à partir des matrices théoriques issues de l'opérationnalisation des critères de la problématique théorique.

Les premières questions permettent de caractériser la population choisie : sexe, âge, diplôme, compétence.

Le codeur du questionnaire est construit en fonction des trois variables théoriques retenues :

Modèles de la posture, de l'apprentissage et de la communication interpersonnelle.

Pour les théories d'apprentissage et les postures d'Ardoïno, la personne qui renseigne le questionnaire doit effectuer deux choix parmi quatre propositions, deux réponses par question étant conformes, deux non conformes. La pondération a été constitué comme suit : une valeur de 0.5 sera attribuée pour chaque réponse conforme. Un total de deux réponses conformes donnera une valeur de 1 ; un total de deux valeurs non conformes donnera une valeur de 0 ; un total d'une réponse conforme et d'une non conforme donnera une valeur de 0.5 (semi-conforme).

Pour les attitudes de communication, cinq situations cliniques sont proposées : pour chaque situation, cinq propositions de réponses correspondant aux cinq attitudes de Porter ; une seule réponse possible afin d'identifier l'attitude dominante. Une valeur de 1 sera attribuée à

l'attitude de compréhension considérée comme conforme et de 0 pour les autres attitudes non conformes.

Les réponses aux questions donneront des indices déclinés en variables numériques et constitueront la partie chiffrée analysée par les statistiques. L'étude des résultats permettra soit d'infirmer, soit de confirmer les hypothèses.

- **Intérêts et limites du questionnaire**

Il permet d'obtenir des informations de manière très méthodique, les données recueillies permettant de mettre l'hypothèse à l'épreuve en vue de déterminer les éventuelles tendances par l'intermédiaire de corrélations. Il a, en revanche, ses limites :

- le questionnaire ne renseigne pas sur ce que les gens font vraiment, mais sur ce qu'ils déclarent faire.

- de plus, s'il est envoyé, nous n'avons pas la garantie que c'est bien la personne concernée par le questionnaire qui a répondu au questionnaire.

- il n'y a pas de véritable spontanéité au niveau des réponses.

On distingue deux types de questionnaires : les questionnaires ouverts et fermés.

Le questionnaire ouvert est constitué de questions ne proposant pas de réponses et laissant ainsi une totale liberté de s'exprimer mais le traitement des données est plus long.

Les questions fermées sont composées soit sur le type question binaire (oui-non) ou des questions à choix multiples. L'avantage réside dans la facilité et la rapidité du traitement d'un grand nombre de données.

Dans le cadre de la question de recherche et compte tenu du temps requis, nous avons choisi d'utiliser les questions fermées en sollicitant deux réponses.

Le questionnaire théorisé

Ce questionnaire est un outil de recherche destiné à la validation d'un master professionnel. Il a pour objectif de rechercher l'acquisition de certaines compétences susceptibles d'améliorer la qualité du traitement en Masso-Kinésithérapie. Afin que le traitement statistique soit le plus précis possible, veuillez cocher le nombre exact de réponses demandées.

Merci d'avance.

Êtes-vous un (e) étudiant (e) de 1^{ère} année 2^{ème} année 3^{ème} année

Êtes-vous ?

- Une femme
- Un homme

Merci de préciser votre année de naissance:

Quels diplômes, certificats ou brevets avez-vous obtenu :

- date d'obtention :

Quelles compétences avez-vous développées à travers vos expériences professionnelles sur le plan :

Organisationnel Enseignement Animation de groupe

Autres précisez :

1^{ère} variable théorique : Les postures d'Ardoino (Expert-Consultant)

Question n° 1

En imaginant votre future posture professionnelle, vous construiriez votre démarche thérapeutique en privilégiant : (cochez **obligatoirement deux** réponses)

- 1. La procédure élaborée par le médecin. **EXP NC**
- 2. La procédure que vous mettez en place par votre compréhension de la situation. **CON C**
- 3. La qualité technique du traitement. **EXP NC**
- 4. La qualité relationnelle du traitement. **CON C**

Question n° 2

En situation de travail en groupe, (cochez **obligatoirement deux** réponses)

- 1. Vous attendez impatiemment ce type de situation de travail. **CON C**
- 2. Vous rechignez à travailler en groupe. **EXP NC**
- 3. Vous recherchez la confrontation et le débat. **CON C**
- 4. Vous vous cantonnez à la saisie et la mise en forme des informations recueillies. **EXP NC**

Question n° 3

Vous préférez les évaluations : (cochez **obligatoirement deux** réponses)

- | | |
|--|---------------|
| 1. <input type="checkbox"/> De type contrôle de connaissance. | EXP NC |
| 2. <input type="checkbox"/> De type évaluation-régulation. | CON C |
| 3. <input type="checkbox"/> Qui encouragent une auto-évaluation. | CON C |
| 4. <input type="checkbox"/> Dans lesquelles vous préférez être évalué. | EXP NC |

Question n° 4

Quels sont les qualités que vous attendez de vos formateurs (cochez **obligatoirement deux** réponses) :

- | | |
|--|---------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Ils vous transmettent des savoirs. | EXP NC |
| 2. <input type="checkbox"/> Ils sont à l'écoute, vous proposent de cheminer. | CON C |
| 3. <input type="checkbox"/> Ils vous font confiance. | CON C |
| 4. <input type="checkbox"/> Ils vous proposent des outils. | EXP NC |

Question n° 5

Qu'est-ce qui vous professionnalise le plus ? (cochez **obligatoirement deux** réponses)

- | | |
|---|---------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Le cours magistral. | EXP NC |
| 2. <input type="checkbox"/> La régulation par rapport à votre projet professionnel. | CON C |
| 3. <input type="checkbox"/> Les démonstrations sur mannequins. | EXP NC |
| 4. <input type="checkbox"/> L'analyse des pratiques. | CON C |

2^{ème} variable théorique : les théories d'apprentissage

Question n° 6

Pour vous, apprendre c'est : (cochez obligatoirement deux réponses)

- | | |
|--|---------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Un processus de développement de la personnalité. | CON C |
| 2. <input type="checkbox"/> Accumuler des connaissances. | BEH NC |
| 3. <input type="checkbox"/> Construire des connaissances par la confrontation avec d'autres étudiants. (SOCIO) | CON C |
| 4. <input type="checkbox"/> En grande partie lié aux qualités de l'enseignant. | BEH NC |

Question n° 7

D'après vous, vos sentiments : (cochez obligatoirement deux réponses)

1. Sont à évacuer au cours des actions d'enseignement. **BEH NC**
2. Sont à prendre en considération au cours des actions d'enseignement. **(NEO)CON C**
3. Sont inexistantes au cours des actions d'enseignement. **BEH NC**
4. Peuvent être exprimés dans une régulation individuelle. **(NEO)CON C**

Question n° 8

Lorsque vous êtes en cours, **vous** appréciez (cochez **obligatoirement deux** réponses)

1. L'interaction enseignant étudiant. **CON C**
2. La restitution des savoirs et techniques référencés. **BEH NC**
3. L'interaction des étudiants entre eux. **(SOCIO)CON C**
4. Vous absorber dans la prise de notes complètes pour ne rien oublier. **BEH NC**

Question n° 9

Si vous étiez amenés à conduire un cours collectif avec des personnes âgées sur la prévention des chutes, comment proposeriez-vous l'enseignement ? (cochez **obligatoirement deux** réponses)

1. Vous exposeriez le cours puis les techniques à appliquer. **BEH NC**
2. Vous inventeriez le cours à partir des demandes des participants en tenant compte de leur connaissance du sujet. **CON C**
3. Vous feriez travailler les participants entre eux. **SOCIO(CON) C**
4. Vous vous mettriez au milieu du groupe afin qu'ils écoutent votre enseignement. **BEH NC**

Question n° 10

En imaginant votre future pratique de soin, si le patient ne met pas en pratique les conseils d'hygiène donnés, allez vous : (cochez **obligatoirement deux** réponses)

1. Lui faire remarquer en appuyant sur les conséquences de son comportement. **BEH NC**
2. Réfléchir avec lui sur les raisons de son attitude. **CON C**
3. Lui donner un livret de conseils permettant de corriger de mauvaises attitudes. **BEH NC**
4. Vous l'écoutez et lui facilitez l'expression de ses sentiments sur le sujet. **NEO(CON) C**

3^{ème} variable théorique : la théorie interpersonnelle de la communication

Pour la suite du questionnaire, veuillez répondre le plus spontanément possible comme si vous étiez en posture de thérapeute. Pour *toutes* les situations, vous avez le choix entre 5 réponses, n'en cochez *qu'une*.

Situation n° 1

Patient : (d'un ton sec et déterminé) : je ne veux rien manger !

Que répondriez-vous ? (cochez **obligatoirement une** réponse)

1. Quand je vous entends dire cela, je vous sens très déterminé... **COMP C**
2. Mais pour votre rétablissement, le docteur a demandé que vous mangiez ! **SOL NC**
3. C'est peut-être l'hôpital, et le changement d'alimentation ; est-ce que vous n'aimez pas les pâtes ? **INTER NC**
4. Ce n'est pas très sympathique de votre part. **EV NC**
5. Je comprends, ça ira mieux ce soir. **SOUT NC**

Situation n° 2

Patient : « Depuis que ma mère est morte mes voisins me téléphonent sans arrêt !! » (ton agressif).

Que répondriez-vous ? (cochez **obligatoirement une** réponse)

1. Vous n'êtes pas très reconnaissant envers eux. **EV NC**
2. Vos voisins sont gentils et ils veulent prendre des nouvelles ; ils se font du souci certainement... **INTER NC**
3. Vous devriez leur en être reconnaissant. **SOL NC**
4. Si je comprends bien, leurs appels vous irritent... **COMP C**
5. Je comprends votre irritation, je réagirai de la même façon ! **SOUT NC**

Situation n° 3

Patient (d'une voix lasse) : « Même mes enfants ça ne m'intéresse plus. »

Que répondriez-vous ? (cochez **obligatoirement une** réponse)

1. Vous dites ça en ce moment, vous verrez, ça va passer. **SOUT NC**
2. Une solution serait de les contacter ! **SOL NC**

3. Vous êtes fatiguée, votre maladie vous fait voir les choses en noir, c'est un peu normal. **INTER NC**
4. C'est dur de dire ça de ses enfants. **EV NC**
5. Vous dites ça avec une telle lassitude ... **COMP C**

Situation n° 4

Patient (ton envieux et désespéré) : « *Oh mais vous, vous aimez votre travail !* »

Que répondriez-vous ? (cochez **obligatoirement une** réponse)

1. Ne soyez pas envieux **EV NC**
2. Une solution serait d'apprendre à aimer le votre **SOL NC**
3. Si je comprends bien, votre travail ne vous satisfait pas **COM C**
4. Si vous n'aimez pas votre travail, c'est parce que vous ne vous impliquez pas assez ! **INTER NC**
5. Vous allez peut-être enfin trouver ce qui vous convient à votre sortie de l'hôpital. **SOUT NC**

Situation n° 5

Patient : (*pleurs longs et étouffés, ne parle pas*)...

Que répondriez-vous ? (cochez **obligatoirement une** réponse)

1. Un peu de compagnie vous ferait du bien. **SOL NC**
2. Vous me faites de la peine de vous voir dans cet état, j'aimerais vous aider. **SOUT NC**
3. Vous pleurez parce que la solitude vous pèse... **INTER NC**
4. Je vous trouve bien triste en ce moment. **COMP C**
5. Vous ne devriez pas pleurez comme ça. **EV NC**

8.3 Protocole de recueil de données

8.3.1 Test de l'outil

Le questionnaire a été testé par des élèves de 1^{ère} et 2^{ème} année en Masso Kinésithérapie issus d'un autre Institut ainsi que par des stagiaires cadres de santé.

8.3.2 Protocole d'envoi

L'Institut a été consulté par téléphone pour obtenir l'accord sur le principe puis des questionnaires ont été envoyés par mail et par colis postal avec à l'intérieur une enveloppe timbrée pour assurer son retour à l'adresse personnelle.

8.4 Traitement des données

Pour procéder à une analyse statistique, il a été définie la procédure suivante : chaque question comporte quatre propositions avec deux réponses attendues (posture de consultant, modèle du constructivisme, et communication de non influence du thérapeute) et deux réponses non attendues (posture d'expert, modèle du béhaviorisme, et communication par influence du thérapeute) Aux réponses conformes, il a été attribué la note de 2 points, aux réponses semi conformes la note de 1 point et aux réponses non conformes la note de 0 point. L'analyse statistique a été grandement facilitée par l'ouvrage de Guéguen (2006)

Le traitement statistique descriptif a été effectué par le logiciel Excel.

Le traitement statistique inférentiel par Khi2 a été effectué sur le site suivant :

Le traitement statistique inférentiel par Khi2 (<http://www.aly-abbara.com>, internet).

Le traitement statistique inférentiel par test t de Student (<http://graphpad.com>, internet).

Le traitement statistique inférentiel de Bravais –Pearson (<http://www.u707.jussieu.fr>, internet).

9. Résultats

9.1 Statistique descriptive

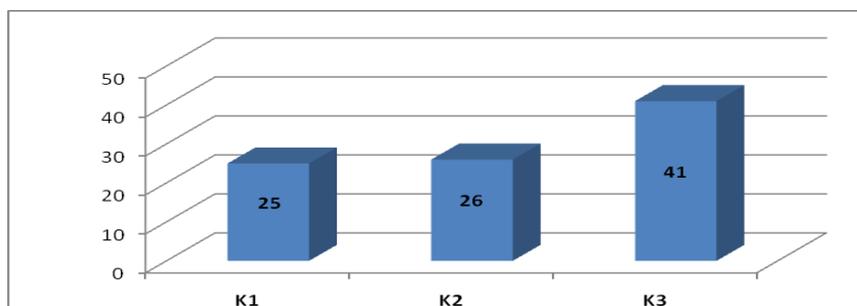


Fig. 10 Taux de réponses par promotion

Renseignements généraux

- Proportion Homme/Femme

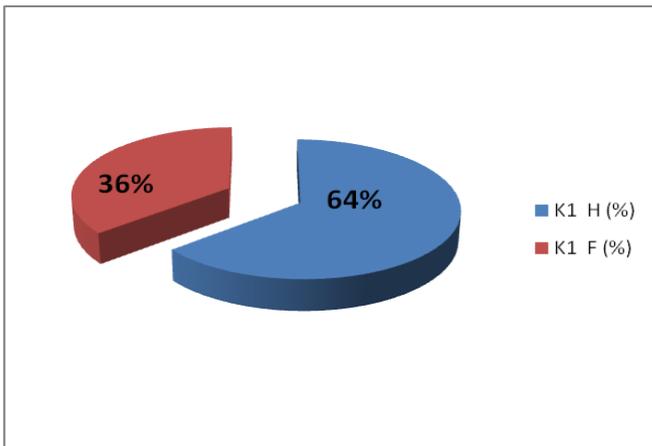


Fig. 11 Proportion Homme Femme en 1^{ère} année

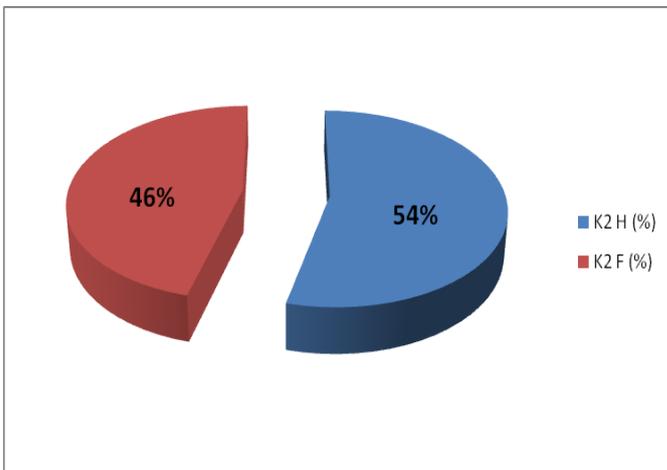


Fig. 12 Proportion Homme Femme en 2^{ème} année

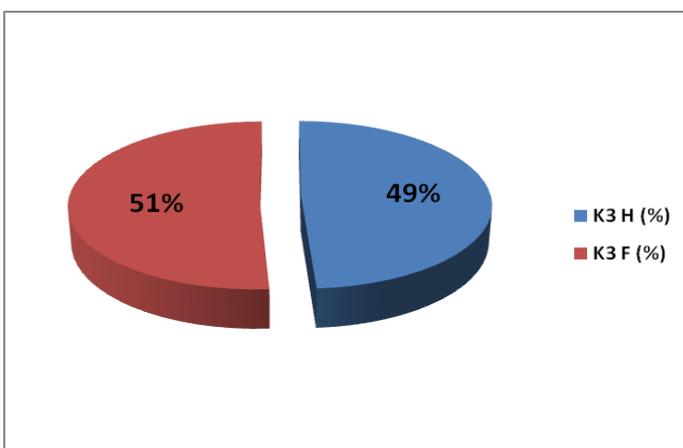
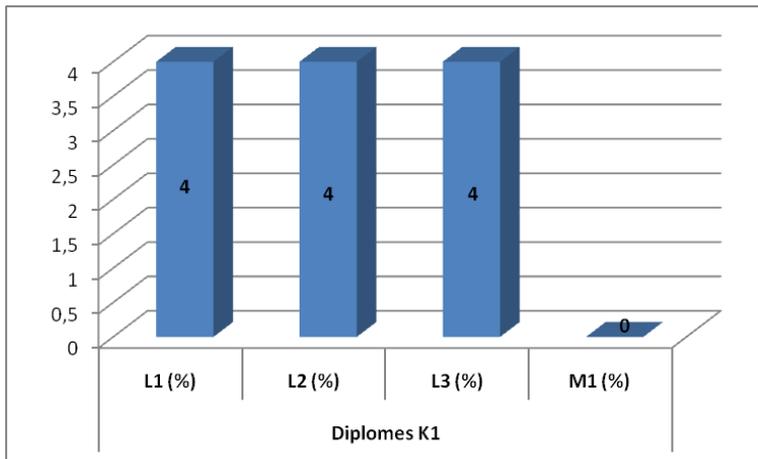


Fig 13 Proportion Homme Femme en 3^{ème} année

- **Diplômes universitaires**



Légende :
 L1 : 1^{ère} année de Licence universitaire
 L2 : 2^{ème} année de Licence universitaire
 L3 : 3^{ème} année de Licence universitaire
 M1 : 1^{ère} année de Master universitaire

Fig 14 Comparaison niveaux études supérieures 1^{ère} année

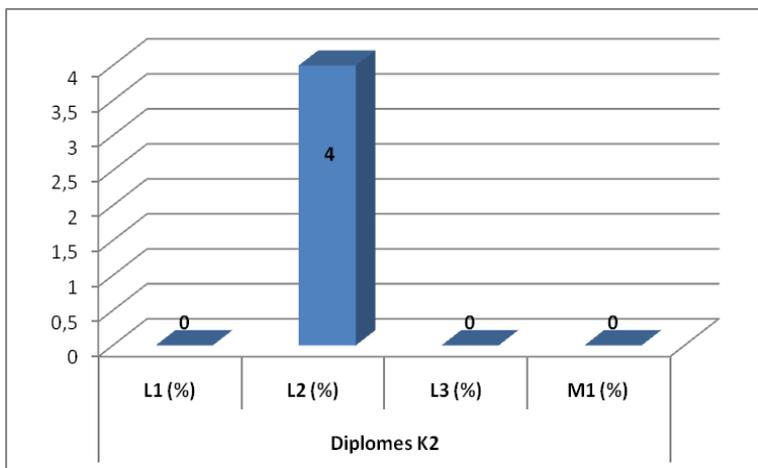


Fig 15 Comparaison niveaux études supérieures 2^{ème} année

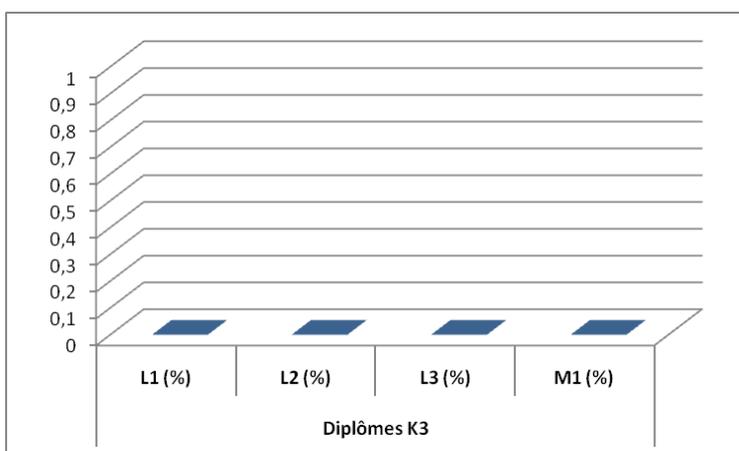
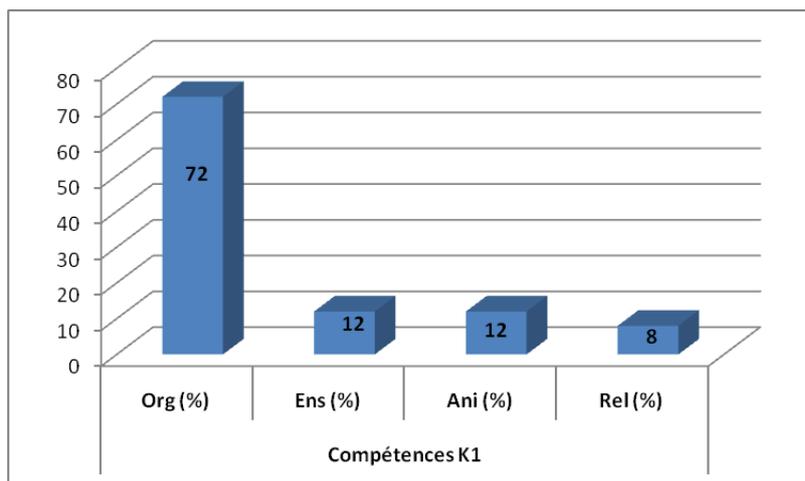


Fig 16 Comparaison niveaux études supérieures 3^{ème} année

- **Compétences reconnues**



Légende :

Org : Organisation
Ens : Enseignement
Ani : Animation
Rel : Relation

Fig 17 Comparaison des compétences acquises 1^{ère} année

- En 2^{ème} année

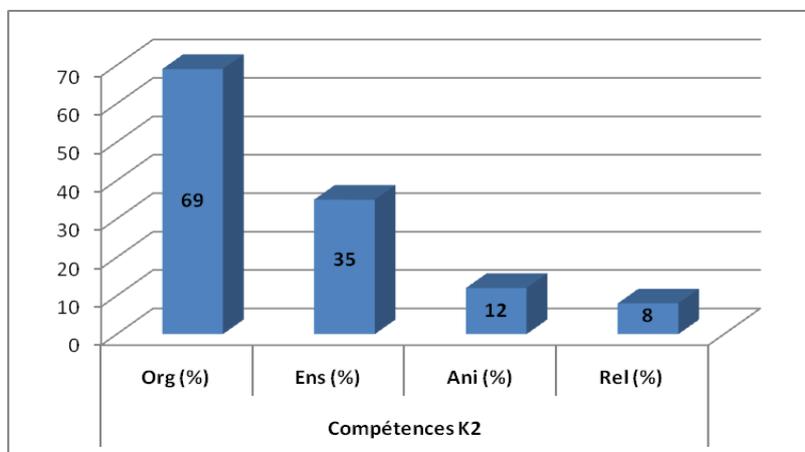


Fig 18 Comparaison des compétences acquises 2^{ème} année

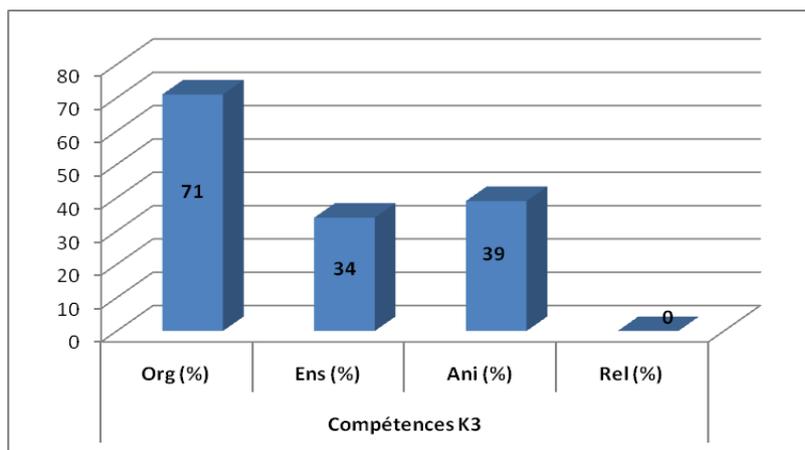


Fig 19 Comparaison des compétences acquises 3^{ème} année

- Postures d'Ardoino : Expert – Consultant

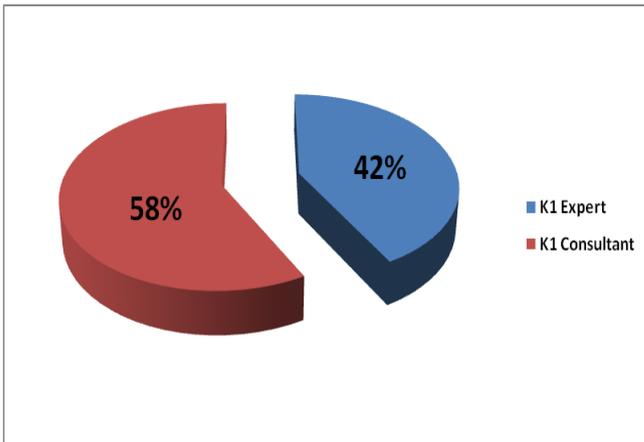


Fig 20 Répartition étudiants 1^{ère} année

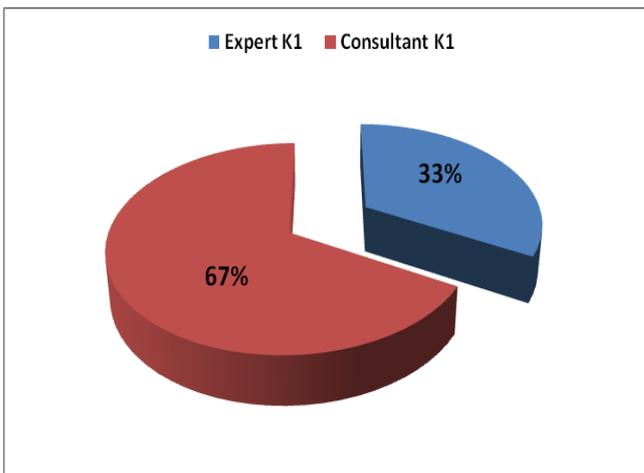


Fig 21 Répartition étudiants 2^{ème} année

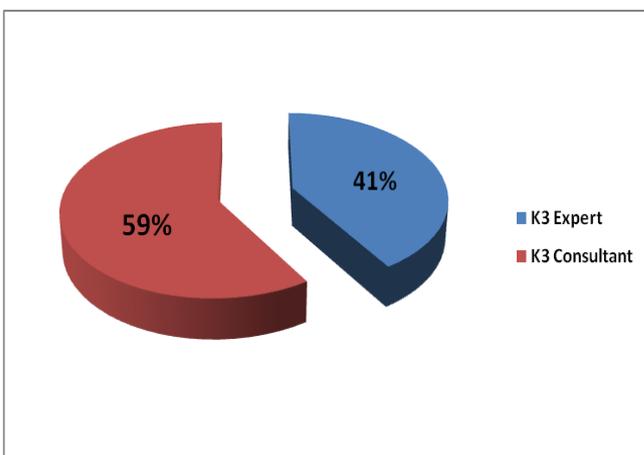


Fig 22 Répartition étudiants 3^{ème} année

- **Théories d'apprentissage**

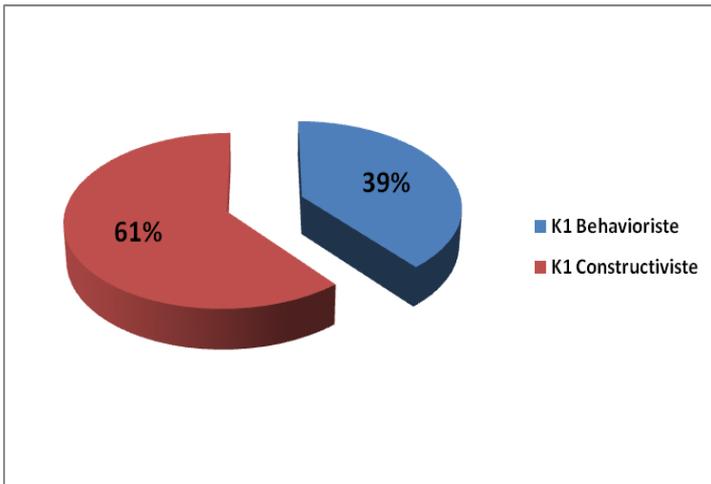


Fig 23 Répartition étudiants 1^{ère} année

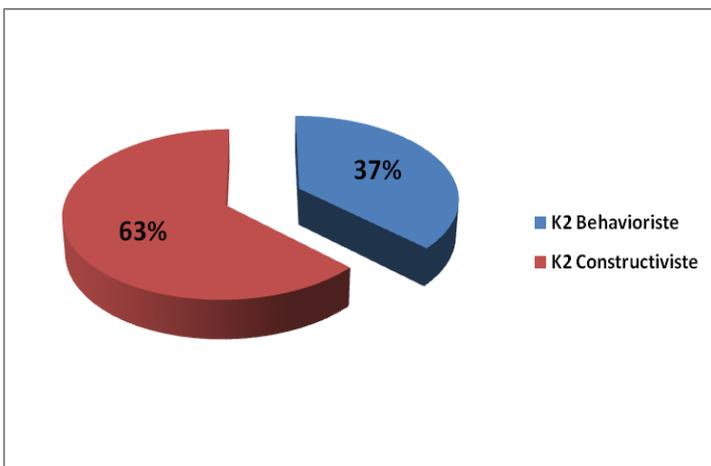


Fig 24 Répartition étudiants 2^{ème} année

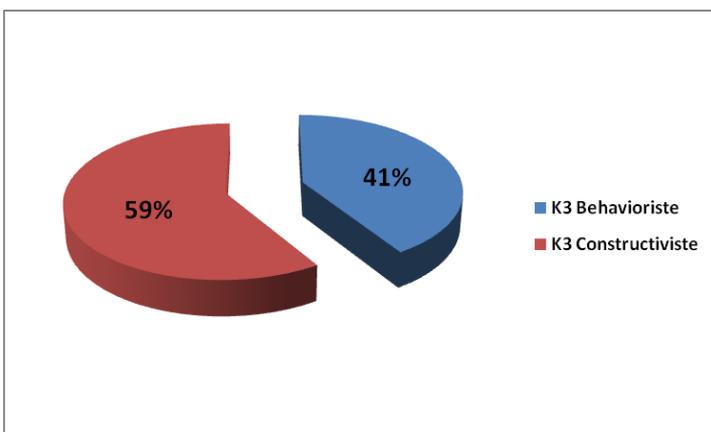


Fig 25 Répartition étudiants 3^{ème} année

- **Attitudes de communication**

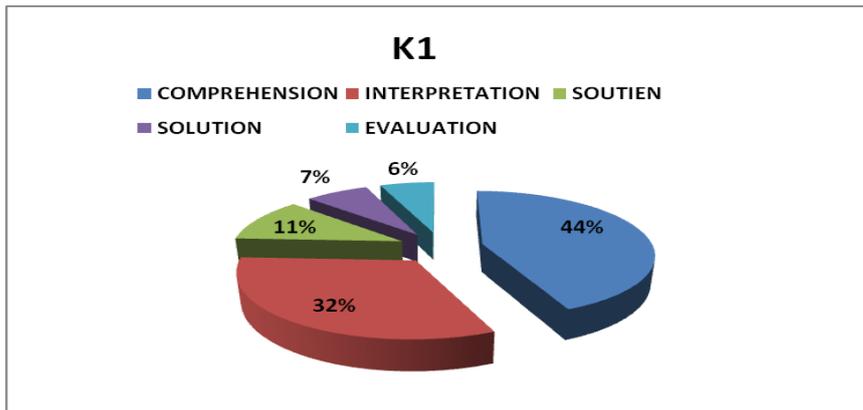


Fig 26 Répartition étudiants 1^{ère} année

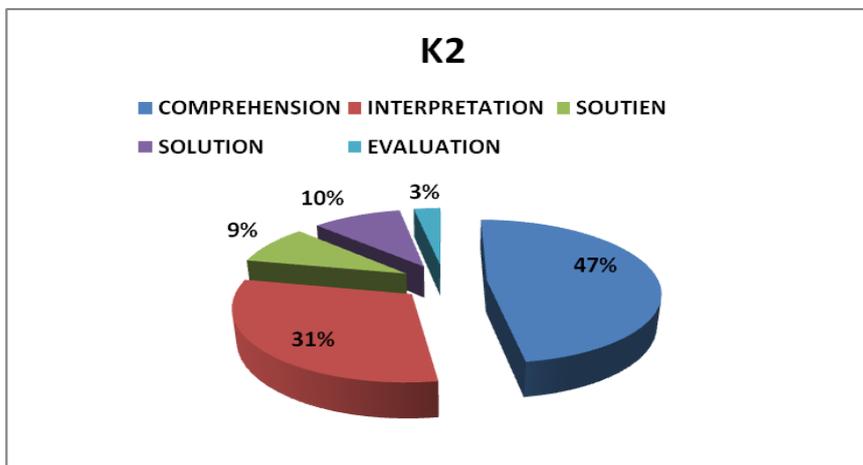


Fig 27 Répartition étudiants 2^{ème} année

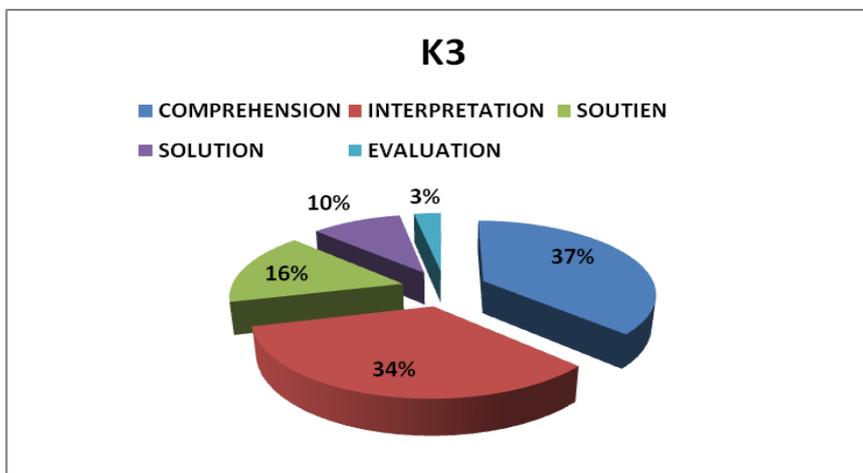


Fig 28 Répartition étudiants 3^{ème} année

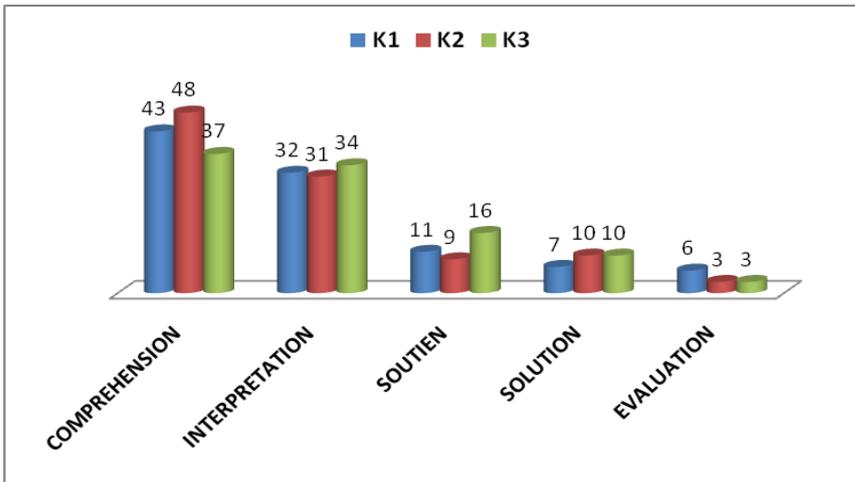


Fig. 29 Tableau récapitulatif attitudes de communication transversal sur les 3 années

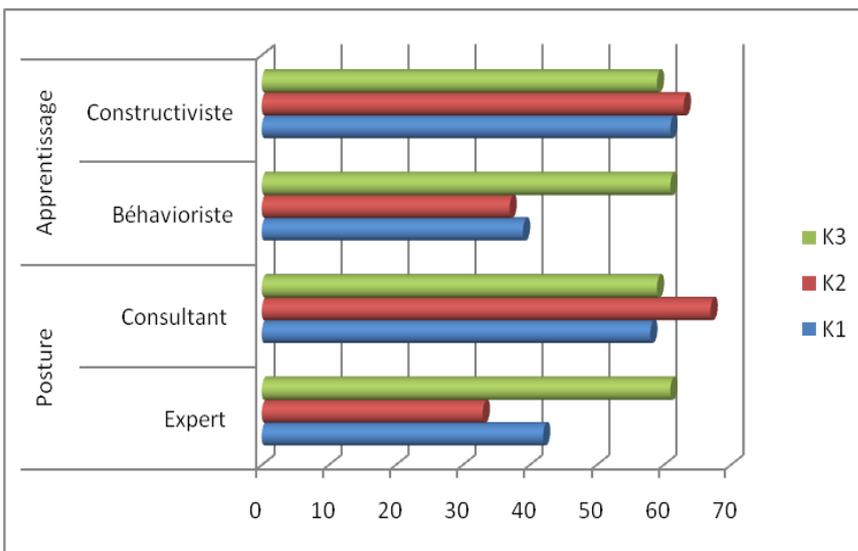


Fig. 30 Tableau récapitulatif postures et apprentissage pour les 3 années

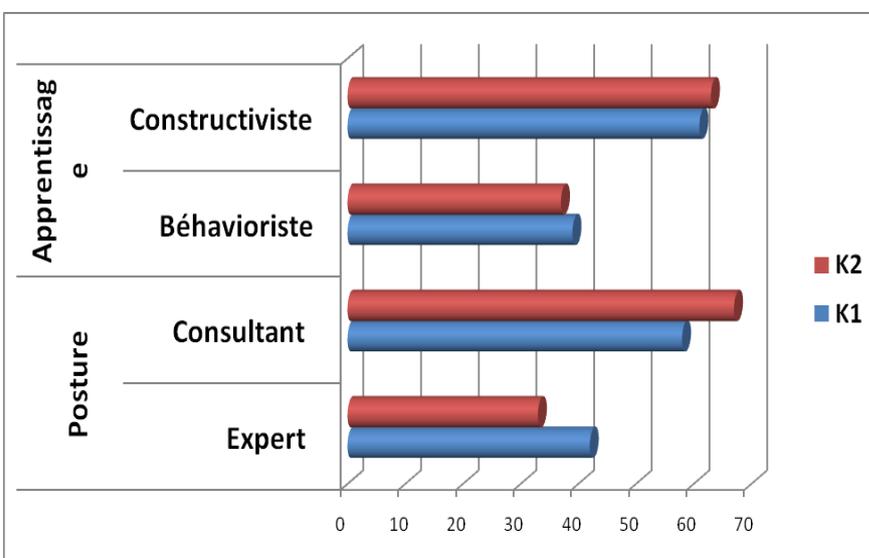


Fig.31 Tableau récapitulatif K1, K2 posture et apprentissage

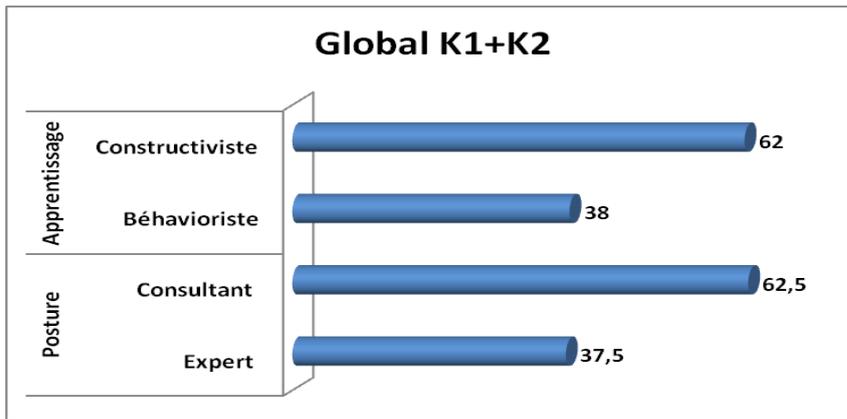


Fig. 32 Tableau récapitulatif global (K1+K2)

9.2 Statistique inférencielle (concerne K1 et K2)

- Calcul avec le Khi2
 - Calcul global incluant Posture et Apprentissage

	Non conforme	Semi-conforme	Conforme	T
K1	36	131	83	250
K2	22	138	100	260
T	58	269	183	510

Khi2= 4.946 avec Ddl à 2 faiblement significatif pour p= 0.1

- Calcul par variable

Postures Ardoino

	Non conforme	Semi-conforme	Conforme	T
K1	19	68	38	125
K2	10	67	53	130
T	29	135	91	255

Khi2=5.17 avec Ddl à 2 faiblement significatif pour p=0.1

Théories d'Apprentissage

	Non conforme	Semi-conforme	conforme	T
K1	17	63	45	125
K2	12	71	47	130
T	29	134	92	255

Khi2= 1.29 avec Ddl à 2 non significatif

Attitudes de Communication

	Non conforme	Conforme	T
K1	69	56	125
K2	68	62	130
T	137	118	255

Khi²= 0.215 avec Ddl à 1 non significatif

- Calcul avec test t de Student

Postures Ardoino

	K1	K2
Moyenne	0.58	0.67
Ecart-type	0.126	0.152
Effectif	25	26

t= 2,59 pour Ddl =49 significatif pour 0.05

Théories Apprentissage

	K1	K2
Moyenne	0.61	0.63
Ecart-type	0.116	0.191
Effectif	25	26

t= 0.654 non significatif

Attitudes de Communication

	K1	K2
Moyenne	0.45	0.48
Ecart-type	0.232	0.24
Effectif	25	26

t= 0.652 non significatif

Test de corrélation Bravais -Pearson

N'apparaissent ici que les tests significatifs pour éviter de surcharger le texte.

Corrélation entre l'apprentissage et la posture

- Pour la 1^{ère} année

Résultats

Pearson, t : 3.4507

Degré de liberté : 23

P value = 0.002174

Intervalle de confiance :

0.2455896 0.7955771

Corr :

0.5840448

Statistique de la variable 1(apprentissage) :

Minimum	1er quartile	Médiane	Moyenne	3ème quartile	Maximum
0.300	0.500	0.600	0.576	0.600	0.900

n : 25

Somme : 14.4

Variance : 0.02

Ecart type : 0.13

Statistique de la variable 2(postures):

Minimum	1er quartile	Médiane	Moyenne	3ème quartile	Maximum
0.400	0.500	0.600	0.612	0.700	0.800

n :25:

Somme :15.3

Variance :0.01

Ecart type : 0.12

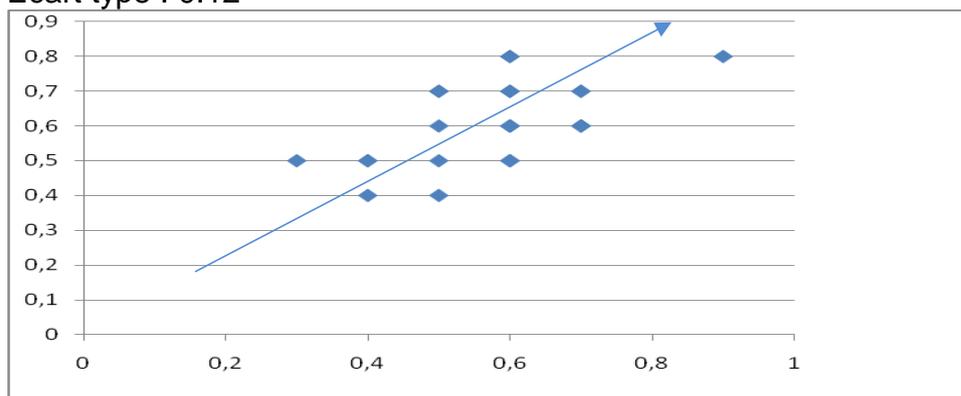


Fig.33 Corrélation entre l'apprentissage et la posture en 1^{ère} année

Conclusion

Le coefficient de corrélation calculé $r : 0.5840448$ étant supérieur à celui de la table : 0.5053 pour $p=0.01$, il existe donc une corrélation positive significative forte entre l'enseignement reçu de type constructiviste et la posture de type consultant déclarée par les étudiants de 1^{ère} année.

- **Pour la 2^{ème} année**

Pearson, t : 3.1132

Degré de liberté : 24

P value = 0.004735

Intervalle de confiance :
0.1880649 0.7648056

Corr :
0.5363455

Statistique de la variable 1 :

Minimum	1er quartile	Médiane	Moyenne	3ème quartile	Maximum
0.3000	0.6000	0.7000	0.6654	0.8000	0.9000

n : 26

Somme : 17.3

Variance : 0.02

Ecart type : 0.15

Statistique de la variable 2 :

Minimum	1er quartile	Médiane	Moyenne	3ème quartile	Maximum
0.3000	0.5000	0.6000	0.6346	0.8000	1.0000

n :26

Somme :16.5

Variance :0.04

Ecart type : 0.19

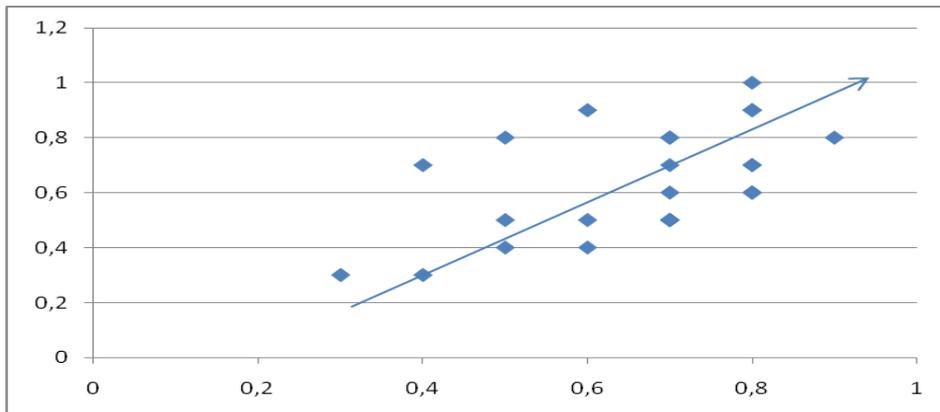


Fig.34 Corrélation entre l'apprentissage et la posture en 2ème année

Conclusion

Le coefficient de corrélation calculé $r : 0.5363455$ étant supérieur à celui de la table : 0.4960 pour $p=0.01$, il existe une corrélation positive significative forte entre l'enseignement reçu de type constructiviste et la posture de type consultant déclarée par les étudiants de 2^{ème} année.

10. Synthèse des résultats de l'enquête scientifique et réponses aux questions de recherche

La moyenne des trois variables des étudiants de 3^{ème} année se révèle inférieure à celle de 2^{ème} année voire à la 1^{ère} année (sauf pour les postures d'Arduino) ce qui peut paraître contradictoire d'autant qu'il apparaît une moyenne plus élevée pour les trois variables de la 2^{ème} année sur la 1^{ère} année. Afin de tenter d'expliquer ces résultats, j'ai envoyé un mail à un formateur de l'institut qui m'a répondu je cite « *la modification de l'enseignement en KI est effectif depuis un an, nous faisons un enseignement par fonction et plus par technique* » de plus « *je suis en formation de sciences de l'éducation depuis un an et demi avec peut être une influence dans mon discours sur les étudiants.* ». Ces explications sont-elles suffisantes pour expliciter une telle différence ?

Si nous analysons les informations données par les renseignements généraux, nous observons des points susceptibles d'apporter des éclaircissements à la question :

- Une proportion de femmes plus importante en 3^{ème} année (51%) qu'en 2^{ème} année (46%) et 1^{ère} année (36%)
- Des compétences en organisation, enseignement, animation et relation inexistantes en 3^{ème} année comparativement à la 2^{ème} et surtout la 1^{ère} année

Ces constatations pourraient influencer les résultats obtenus et fournir peut-être une explication.

Compte tenu de ces résultats, j'ai préféré écarter la 3^{ème} année des tests inférenciels

• Résultats pour la 1^{ère} hypothèse

Les résultats indicatifs d'une évolution positive sur les trois variables dépendantes des étudiants en 2^{ème} année vis-à-vis des étudiants en 1^{ère} année m'ont amené à vérifier s'ils étaient du ou non au hasard.

L'analyse inférencielle **globale** pour les deux variables (posture et apprentissage) par le test du Khi 2 a montré une différence significative pour 0.1

L'analyse inférencielle par variable montre, en ce qui concerne les postures d'Arduino, une différence significative par le test du Khi 2 à 0.1 et par le test de Student 0.05.

Par contre toutes les autres analyses par les tests inférenciels ne montrent aucune différence significative.

Ces résultats, même s'ils ne sont pas tous significatifs, semblent démontrer l'incidence de la formation initiale sur l'acquisition progressive d'une compétence éducative et donc valider la 1^{ère} hypothèse. (Sauf pour les attitudes de communication)

- **Résultats pour la 2^{ème} hypothèse**

Le test de corrélation de Bravais- Pearson s'avère être significatif pour le K1 et K2. Il semble donc exister un lien entre le processus d'apprentissage et la posture des étudiants. Le résultat de valeur positive semble montrer que plus la tendance au constructivisme est marquée, plus la tendance à développer une posture de consultant l'est également, ce qui valide la 2^{ème} hypothèse.

- **Réflexion sur les résultats à propos des attitudes de communications**

Bien que les statistiques inférencielles ne permettent pas d'objectiver une différence significative de la 1^{ère} année sur la 2^{ème} année, il apparaît intéressant de noter que l'attitude dominante (voir statistiques descriptives) et ce pour les 3 années est l'attitude de compréhension ce qui semble confirmer une relation de qualité favorisant l'expression spontanée du patient.

11. Discussion des résultats et critique du dispositif de recherche

- Discussion des résultats

- **Pour la 1^{ère} hypothèse**

Les résultats sur les K1 et K2 ont permis d'objectiver un lien statistiquement significatif entre les variables de postures et d'apprentissage prises ensemble ainsi que la variable sur la posture pris isolément. Si on exclut la 3^{ème} année pour les raisons explicitées précédemment, pouvons donc en déduire que la formation dans cet IFMK semble développer une posture de consultant favorisant ainsi une plus grande autonomie pour le patient.

- **Pour la 2^{ème} hypothèse**

Les résultats sur les K1 et K2 ont permis d'objectiver un lien statistiquement significatif entre les processus d'apprentissage utilisés depuis les deux dernières années (en excluant la 3^{ème} année) et les postures d'Ardoino. Plus les étudiants utilisent un processus d'apprentissage basé sur un socle constructiviste, plus ils développent une posture de consultant. Ce qui montre l'importance de continuer à former les cadres pédagogiques ainsi que les enseignants aux modèles de la formation issus des théories constructivistes, socioconstructivistes et néo socioconstructivistes.

- **Critique du dispositif**

Le nombre de questionnaires, inférieur à 30 pour les K1 et K2, ne permet pas une analyse statistique suffisamment pertinente, il serait donc judicieux de consulter plusieurs Instituts pour augmenter de manière significative la fiabilité des résultats.

Le Test Shapiro-Wilk de conformité d'une distribution à la loi normale a permis (<http://www.viesanimales>, internet) d'identifier des anomalies de conformité pour les modèles de la posture pour les K2 et des théories d'apprentissage pour les K3 ainsi que pour les résultats obtenus pour les attitudes de communication des K1, K2 et K3. Ceci peut être dû entre autre, soit à un nombre limité d'effectifs, soit à des questions mal formulées et donc constituent un biais pour notre étude.

Le questionnaire ne renseignant que sur ce que les étudiants disent connaître et faire et pas nécessairement sur ce qu'ils connaissent et font réellement, il faudrait réaliser une observation des pratiques et/ou des entretiens avec les étudiants pour effectuer une triangulation des données afin d'affiner et de conforter les résultats.

Un biais apparaît pour la question suivante :

Êtes-vous un (e) étudiant (e) de 1^{ère} année 2^{ème} année 3^{ème} année

En effet la partie à cocher vient après la mention de l'année et certains questionnaires ont du être écarté par confusion. Il aurait été préférable de mettre la partie à cocher avant.

Un autre biais apparaît à la question n°1 :

Question n° 1

En imaginant votre future posture professionnelle, vous construiriez votre démarche thérapeutique en privilégiant : (cochez **obligatoirement deux** réponses)

- | | |
|--|---------------|
| 1. <input type="checkbox"/> La procédure élaborée par le médecin. | EXP NC |
| 2. <input type="checkbox"/> La procédure que vous mettez en place par votre compréhension de la situation. | CON C |
| 3. <input type="checkbox"/> La qualité technique du traitement. | EXP NC |
| 4. <input type="checkbox"/> La qualité relationnelle du traitement. | CON C |

En effet opposer la qualité technique et la qualité relationnelle implique un choix parfois difficile pour les étudiants d'autant plus que les deux compétences sont complémentaires, ce qui souligne la limite des matrices duelles.

Enfin, l'explication de la particularité des étudiants de la 3^{ème} année, aurait besoin d'être approfondie en interrogeant davantage les variables interindividuelles concernant l'influence non négligeable du genre, des savoirs et compétences antérieurs ainsi que l'influence des modifications apportées aux modèles pédagogique de l'institut dans lequel s'est déroulée l'enquête.

12. Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle et perspectives de recherche à partir de ces résultats

Des travaux de recherche ont montré l'importance de tenir compte des interactions entre le thérapeute et le patient car l'incidence est de taille puisqu'elle touche le processus d'autonomisation du patient. En effet selon Gatto et Bui-Xuan (1996) « *l'attitude thérapeutique qui ne prend en compte ni la subjectivité de chaque protagoniste ni l'interaction soigné-soignant, risque de provoquer des erreurs, de conserver ou de créer des obstacles d'apprentissage, de limiter le parcours d'autonomisation de chaque patient.* »

Par conséquent, les Cadres de Santé ont un grand rôle à jouer auprès des thérapeutes en exercice et des étudiants afin de sensibiliser ces protagonistes à l'importance de ces interactions complexes, en leur enseignant les concepts, les modèles et outils issus des Sciences de l'éducation. Il est nécessaire que les Masseurs Kinésithérapeutes en formation ou non réalisent que la relation qu'ils entretiennent avec leur patient sera le reflet de la relation qu'ils entretiennent avec eux-mêmes. Et ce n'est que par une prise de conscience de cette relation, qu'il pourra aider lui-même ses patients à modifier ses représentations de la pathologie, à s'y adapter si celle-ci est devenue chronique en se créant comme le souligne Ibagnez (2004, p 29) « *un nouveau mode de vie avec des limitations mais aussi des compensations et de nouveaux intérêts* ». Car « *le kinésithérapeute n'est pas comme le physicien, confronté à un objet sans conscience, ou comme un réparateur face à un objet améliorable. Il est placé, lui, devant une personne douée d'une conscience et d'une infinie complexité.* », (Gatto, 1996).

Les compétences éducatives et relationnelles, comme nous l'avons vu au cours de ce mémoire sont essentielles à notre profession afin de répondre aux problématiques de santé liés aux restrictions budgétaires d'une part, et aux limites d'une médecine issue essentiellement d'un modèle biomédical à visée curative et peu préventive. L'apport relativement récent de la Classification internationale du Fonctionnement humain (CIFH, 2001) par l'Organisation

Mondiale de la Santé (OMS) en ce qui concerne la prise en compte de la personne en difficulté de santé plutôt que de sa pathologie amène une modification de la vision du patient. En effet ce n'est plus la pathologie qui au centre des préoccupations des thérapeutes mais bel et bien la personne qui par sa complexité suppose un approfondissement de la relation thérapeutique.

Les mémoires réalisés par les étudiants en fin de cursus reflètent bien ce désir de professionnels en herbe d'approfondir la relation éducative et relationnelle puisque de plus en plus tournent autour de ces thématiques de santé sans toutefois délaisser le côté technique au cœur de notre profession de santé.

Une enquête de l'INPES menée en mars 2008 et publiée dans la brochure 'évolution' (internet) faisait l'état des lieux de la formation initiale en éducation pour la santé en France. Il apparaît que les conclusions de l'enquête rejoignent celles de ce mémoire, à savoir « *d'opérer une rupture par rapport au modèle transmissif (sous tendue par la théorie béhavioriste), modèle que les soignants vont avoir tendance à reproduire dans leurs démarches éducatives avec les patients* » et de constater également que « *les méthodes proposées pour évaluer les résultats relèvent globalement de l'évaluation sommative ; ... ; favorisent les attitudes de bachotage au détriment de celle d'écoute (compétence en communication) de réflexion et de questionnement, toutes trois nécessaires au développement d'une posture éducative* ».

Les réformes en cours au sein de la formation initiale devraient permettre aux futurs professionnels de développer les trois postures chères à Ardoino, celle de chercheur suscitant la curiosité et remise en question, celle de consultant par une attitude d'accompagnement et d'écoute auprès du patient et enfin celle d'expert si chère à nos professions.

L'accès aux formations universitaires devrait permettre aux formateurs et aux étudiants de développer les compétences nécessaires afin de favoriser une prise en soin et non plus en prise en charge des personnes en difficulté de santé, ces derniers devenant ainsi co-acteur voire co-auteur de leur santé.

A la fin de l'évocation de mon histoire professionnelle, le questionnement au sujet de la formation initiale était le suivant :

Favorise-t-elle chez les étudiants l'émergence d'une réflexivité sur l'importance d'une vision globale et causale du soin ?

Les étudiants sont-ils placés dans un processus d'auto questionnement et de remise en cause concernant leur pratique professionnelle et leur relation à l'autre ?

Quelle serait l'incidence de la formation initiale sur l'acquisition par l'étudiant d'une « compétence éducative et relationnelle » pour une meilleure qualité des soins au patient.

Un état des lieux concernant la relation soignant soigné et les témoignages recueillis font état d'une difficulté relationnelle dans l'ensemble des professions médicales et paramédicales : Difficulté qui trouve, en partie, son origine dans un cadre théorique et légal favorisant l'acquisition d'un savoir et d'un savoir faire à prédominance technique.

Les résultats de l'enquête préalable soulignaient une évolution en faveur du désir d'une meilleure qualité relationnelle et de communication dans le processus thérapeutique.

En terminant la problématique pratique, la question centrale a été posée : « Quels sont les modèles et les théories qui, au sein de la formation initiale, peuvent favoriser l'émergence d'une posture professionnelle adaptée à la relation soignant-soigné ? »

L'éclairage théorique par l'exposé des modèles sur les postures, l'apprentissage et la communication ont permis de poser les hypothèses théoriques qui peuvent se résumer en ces termes : « Les processus mis en jeu en termes d'apprentissage influencent-ils la posture professionnalisante des étudiants en fin de cursus ? » et « La formation initiale en Masso-kinésithérapie favorise l'émergence d'une compétence éducative et relationnelle »

Nous constatons à travers ce mémoire que la kinésithérapie est en pleine évolution. Le modèle positiviste et mécaniciste, donnant lieu au modèle curatif, ayant dominé la profession pendant plusieurs générations est en train de céder sa place à un modèle plus phénoménologique prenant en compte la globalité du patient.

Une telle recherche inscrite dans le projet pédagogique institutionnel devrait permettre aux Cadres formateurs de former des professionnels plus soucieux de la qualité relationnelle en complémentarité avec leur compétence technique afin de placer le patient au cœur du soin dans une relation de partenariat où chacun profite de l'expérience de l'autre.

L'enquête préalable a permis également de montrer le désir des étudiants d'accéder à des travaux de recherches avec un cursus universitaires en Bac + 5, ainsi qu'une place plus importante en éducation et prévention. Cela devrait questionner les Cadres formateurs car acquérir les compétences nécessaires pour répondre à ces besoins demande un changement de posture allant dans le sens du passeur ou accompagnateur évoqué dans ce mémoire.

Au vu de ces premiers résultats, il serait certainement profitable d'étendre l'analyse aux étudiants de plusieurs Instituts afin de confirmer cette tendance, non seulement en questionnant les étudiants mais également les formateurs et les directeurs des institutions sans mésestimer l'influence des partenariats Universitaires.

Ce nouvel élan professionnel consolidé par le système LMD (Licence-Master-Doctorat) devrait permettre à la profession d'atteindre ses lettres de noblesse en participant activement à des travaux de recherches validés scientifiquement et de combler ainsi le déficit actuel en matière de production écrite sur l'éducation, la communication et la relation soignant soigné et ainsi permettre aux patients d'être les principaux responsables de leur guérison.

13. Références bibliographiques

Aboustait, I (2009). *Influence des Paradigmes utilisés en Formation Initiales sur les Représentations de la Posture Professionnelle d'étudiants en 3ème année de Masso-Kinésithérapie*. Master 2 Université de Montpellier 3.

Abric, J-C. (1999). *Psychologie de la communication. Théories et méthodes*. Paris : Armand Colin.

Allport, G.V. (1935). *Attitudes*, in: Murchison, *Handbook of Social Psychology*. Worcester: Mass, Clark Univ. Press.

Ardoino, J. (2000). *Les avatars de l'éducation*. Education et formation, PUF.

Bachelard, G. (2004). *La formation de l'esprit scientifique*. Paris : Librairie philosophique J. Vrin.

Bertherat, T. (1976). *Le corps a ses raisons*. Paris : Seuil.

Besse Desmoulières, V (2008) -*Repérer la place de l'éducation à la santé du patient dans l'apprentissage des étudiants en formation initiale de Masso-Kinésithérapie*. Master 1 non publié. Université de Montpellier 3.

Bonniol, JJ. (1996). *La passe ou l'impasse, le formateur est un passeur. En question*, Cahier n°1 Aix en Provence, Université de Provence, Département Sciences de l'éducation.

Canoui, P. Mauranges, A. (2001). *Le burn out. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. Paris : Masson.

Coy Landru, S. (2005). *De l'hétéronomie à l'autonomie des futurs professionnels infirmiers : influence de la posture de l'équipe pédagogique des instituts de formation en soins infirmiers*. Mémoire de Master 1 Pro, Education et Formation, Université de Provence, Aix-Marseille 1.

Dautriat, H. (1959). *Le Questionnaire*. Bordeaux : Publications de l'ISHA.

- Deat, P. (2008). Contribution de l'évaluation à l'acquisition des compétences d'autonomie en Formation initiale de Masso-Kinésithérapie. Mémoire de Master 1 Pro. Université de Montpellier 3.
- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Flammarion.
- Donnadiou, B. Genthon, M. Vial M. (1998). *Les théories de l'apprentissage, quel usage pour les cadres de santé ?* Paris : Masson.
- Eymard, C. Thuilier, O. & Vial, M. (2004). *Le travail de fin d'étude : S'initier à la recherche en soins et Santé*. Lamarre.
- Fabre, M. (1994). *Penser la formation*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Foulin, F. Mouchon E. (1998) *Psychologie de l'éducation*. Paris : Nathan.
- Gatto, F. *Masso kinésithérapie, éducation à la santé et université*. Kiné actualité, 22 avril 2004, n°937, p 6-7.
- Gatto, F. (2005). *Enseigner la Santé*. Paris : L'Harmattan.
- Gatto, F. Garnier, A. Viel, E. (2007). *Education du patient en Kinésithérapie*. Montpellier : Sauramps médical.
- Gatto, F. Bui-Xuan. *Relativité du savoir et relation thérapeutique : étude d'une population de santé en formation continue*. Revue Kinésithérapie Scientifique n°361, p.47-53.
- Giordan, A. (2004). *Apprendre !* Paris : Belin.
- Ibanez, M. (2004). *Accompagnement de l'enfant et de sa famille dans le cadre de l'hémophilie*. Diplôme Universitaire en partenariat avec le Comité Régional d'Education pour la santé Languedoc-Rousillon Université Montpellier 1 U.F.R de Médecine.
- Liégeois, M. (2003). *L'entretien de soutien psychologique*. Rueil-Malmaison : Lamarre.

- Mac Mahon, S. (2000). *Le psy de poche*. Saint Amand- Montrond : Marabout.
- Manoukian, A. Masseur, A. (2001). *La relation soignant-soigné*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre.
- Meirieu, P. (1985). *L'école mode d'emploi : des « méthodes actives » à la pédagogie différenciée*. Paris : ESF.
- Mucchielli, R. (1966). *L'entretien de face à face*. Issy-les-Moulineaux : ESF.
- New Catholic Encyclopaedia, (1967). Tome XIII, (pp. 452-454).
- Guéguen, N. (2006). *Statistique en psychologie en 27 fiche*. Paris : Dunod.
- Pastor, E. (2004). *Les pratiques identitaires des masseurs kinésithérapeutes libéraux à travers les modèles de l'évaluation, influence de la formation universitaire sur la pratique*. Mémoire de D.E.A, Université de Provence.
- Piaget, J. (1975). *L'équilibration des Structures cognitives*. PUF.
- Platon dans le "Phédon", sections 64 et 105, publié dans l'ouvrage *Great Books of the Western World* (1952) de R. Hutchins, vol VII, (pp. 223, 245, 246).
- Porter, G.H. (1950). *An introducing to therapeutic counselling*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rolland Marks, O (2008) - *Influence des pratiques éducatives d'un Institut de formation en Masso-Kinésithérapie sur l'autonomie des étudiants en fin d'études* Master 2. Université de Montpellier 3.
- Rey, A. (2004). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris : Le Robert.
- Rogers, C. (1967). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.
- Rogers, C. (1976). *Liberté pour apprendre ?* Paris: Dunod,

Skinner, B.F. (1938). *The behavior organisms*. New York: Appleton Century Crofts.

Soler, F. (2006). *L'intelligence émotionnelle : « une cadre attitude » pour l'évaluation des personnels hospitaliers*. Mémoire de Master 2 Pro, Formation et encadrement dans le secteur Sanitaires.

Vygotski, L.S. (1985). *Pensées et langage*. Paris : Sociales.

Wolton, D. (1934). *Il faut sauver la communication.*, Paris : Flammarion.

Zarifian, Ph. (2001). *Objectif compétence*. Paris : Liaisons.

Sites internet

Académie Nationale de médecine [http://www.academie-medecine.fr /upload / base / rapports 287 fichier lie.rtf](http://www.academie-medecine.fr/upload/base/rapports287_fichier_lie.rtf)

Matillon Y. Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé- rapport 2003 <http://www.sante.gouv.fr>

O.M.S. Définition de la Santé: www.ac-amiens.fr/pedagogie/svt/sante

IFCS de Montpellier <http://www.ifcsmontpellier.fr/index.php/bibliotheque>

INPES « Evolutions » <http://www.inpes.sante.fr/evolution/>

I.F.C.S Montpellier : <http://www.ifcsmontpellier.fr/index.php/bibliotheque>

Test Shapiro-Wilk : http://www.viesanimales.org/stats/Telechargement.htm#shapiro_wilk

Test Khi 2 : http://www.aly-abbara.com/utilitaires/statistiques/khi_carre.html

Test t de Student : <http://graphpad.com/quickcalcs/ttest1.cfm ?Format=SD>

Test de Bravais-Pearson : <http://www.u707.jussieu.fr/biostatgv/pearson.php>

14. Annexes

Annexe n°1 DÉCRET n° 2000-577 du 27 juin 2000, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute

Ce décret modifie le rédactionnel du précédent comme suit:

Le Premier ministre, Sur le rapport du ministre du travail et des affaires sociales, Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 4161-1, L. 4321-1, L. 4321-2, et L. 4381-2 ; Vu le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine, Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1. - La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques.

Art. 2. - Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Le Masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et techniques qui lui paraissent le plus appropriés.

Ce bilan est adressé au médecin prescripteur et, à l'issue de la dernière séance, complété par une fiche retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique, adressée également au médecin prescripteur.

Art. 3. - On entend par massage toute manoeuvre externe réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus.

Art. 4. - On entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, corrective ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. Le masseur kinésithérapeute utilise à cette fin des postures et des actes de mobilisation articulaire passive, active, active aidée ou contre résistance, à l'exception des techniques ergothérapiques.

Art. 5. - Sur prescription médicale, le masseur kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants :

a) Rééducation concernant un système ou un appareil : - rééducation orthopédique ; - rééducation neurologique ; - rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur ; - rééducation respiratoire ; - rééducation cardio-vasculaire, sous

réserve des dispositions de l'article 8 ; - rééducation des troubles trophiques vasculaires et lymphatiques ;

b) Rééducation concernant des séquelles : - rééducation de l'amputé, appareillé ou non ; - rééducation abdominale, y compris du post-partum à compter de l'examen postnatal ; - rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement ; - rééducation des brûlés ; - rééducation cutanée ;

c) Rééducation d'une fonction particulière : - rééducation de la motilité faciale et de la mastication ; - rééducation de la déglutition ; - rééducation des troubles de l'équilibre.

Art. 6 -Le masseur -kinésithérapeute est habilité à procéder à toutes évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article 5, ainsi qu'à assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance.

. Art. 7 - Pour la mise en oeuvre des traitements mentionnés à l'article 5, le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les techniques et à réaliser les actes suivants :

a) Massages, notamment le drainage lymphatique manuel ;

b) Postures et actes de mobilisation articulaire mentionnés à l'article 4 ;

c) Mobilisation manuelle de toutes articulations, à l'exclusion des manoeuvres de force, notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux ;

d) Étirements musculo-tendineux ;

e) Mécanothérapie ;

f) Réalisation et application de contentions souples, adhésives ou non, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de postures ;

g) Relaxation neuromusculaire ;

h) Electro-physiothérapie : - applications de courants électriques : courant continu ou galvanique, galvanisation, diélectrolyse médicamenteuse, le choix du produit médicamenteux étant de la compétence exclusive du médecin prescripteur, et courant d'électro-stimulation antalgique et excito-moteur - utilisation des ondes mécaniques (infrasons, vibrations sonores, ultrasons) ; - utilisation des ondes électromagnétiques (ondes courtes, ondes centimétriques, infrarouge, ultraviolets) ;

i) Autres techniques de physiothérapie :

- thermothérapie et cryothérapie, à l'exclusion de tout procédé pouvant aboutir à une lésion des téguments ;

- kinébalnéothérapie et hydrothérapie ;

- pressothérapie.

Art. 8. - Sur prescription médicale, et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment le masseur-kinésithérapeute est habilité :

a) A pratiquer des élongations vertébrales par tractions mécaniques (mise en oeuvre manuelle ou électrique) ;

b) A participer à la rééducation cardio-vasculaire de sujets atteints d'infarctus du myocarde récent et à procéder à l'enregistrement d'électrocardiogrammes au cours des séances de rééducation cardio-vasculaire, l'interprétation en étant réservée au médecin ;

c) A participer à la rééducation respiratoire.

Art. 9 - Dans le cadre des traitements prescrits par le médecin et au cours de la rééducation entreprise, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

a) A prendre la pression artérielle et les pulsations ;

b) Au cours d'une rééducation respiratoire :

- à pratiquer les aspirations rhino-pharyngées et les aspirations trachéales chez un malade trachéotomisé ou intubé, à administrer en aérosols, préalablement à l'application de techniques de désencombrement ou en accompagnement de celle-ci, des produits non médicamenteux ou des produits médicamenteux prescrits par le médecin ;
- à mettre en place une ventilation par masque ;
- à mesurer le débit respiratoire maximum ;

c) A prévenir les escarres ;

d) A assurer la prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;

e) A contribuer à la lutte contre la douleur et à participer aux soins palliatifs.

Art. 10. - En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les gestes de secours nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions doit être remis au médecin dès son intervention.

Art. 11. - En milieu sportif, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à l'établissement des bilans d'aptitude aux activités physiques et sportives et au suivi de l'entraînement et des compétitions.

Art. 12 - Le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à la réalisation de bilans ergonomiques et à participer à la recherche ergonomique.

Art. 13. - Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement. Ces actions concernent en particulier :

a) La formation initiale et continue des masseurs-kinésithérapeutes ;

b) La contribution à la formation d'autres professionnels,

c) La collaboration, en particulier avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention ;

d) Le développement de la recherche en rapport avec la masso-kinésithérapie ;

e) La pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive.

Art. 14. - Le décret n° 85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute est abrogé.

Art. 15. - Le ministre du travail et des affaires sociales et le secrétaire d'État à la santé et à la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal Officiel de la République Française

Annexe n°2: Le métier précisé dans la fiche « masseur-kinésithérapeute » du répertoire des métiers de la DHOS (2005)

La masso-kinésithérapie consiste à :

« Réaliser des soins de rééducation et de réadaptation afin de maintenir ou restaurer le mouvement et les capacités fonctionnelles et qui concourent à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et à la recherche »

Savoir faire requis :

- Evaluer les potentiels fonctionnels de la personne et identifier les situations de handicap en tenant compte des facteurs environnementaux et personnels
- Élaborer et formaliser le diagnostic kinésithérapique
- Choisir les actions masso-kinésithérapiques adaptées aux situations de soins et de prévention en respectant les protocoles d'hygiène et les règles de bonnes pratiques
- Créer une relation de confiance avec le patient et son entourage
- Éduquer, conseiller le patient et l'entourage en vue d'une démarche d'autonomisation
- Évaluer la qualité des pratiques et des résultats des actions masso-kinésithérapiques avec la collaboration du patient, de son entourage et des professionnels de santé
- Organiser son travail en fonction des priorités
- Travailler en équipe interprofessionnelle
- Utiliser les équipements et les matériels de kinésithérapie
- Analyser, synthétiser des informations sur la situation du patient
- Développement des réseaux de soins
- Développement de l'utilisation des outils informatiques
- Évaluation des pratiques professionnelles et développement des démarches qualité, et de sécurité sanitaire
- Évolution des professions paramédicales dans le cadre des transferts d'activités et de compétences
- Renforcement du partenariat avec les autres intervenants dans la prise en charge du patient, communication des actes mis en place pendant l'hospitalisation du patient
- Nécessité de renforcer les connaissances en bureautique et sur les logiciels dédiés
- Renforcement des opérations de traçabilité des soins de rééducations
- Développement des protocoles de recherche technique, para clinique
- Renforcement des connaissances en méthodologies et normes de qualité dans ce domaine
- Redéfinition des missions, des procédures de prise en charge et des responsabilités entre les médecins et entre les paramédicaux.

Connaissances nécessaires :

Techniques en kinésithérapie	Psychosociologie du handicap	Disciplines médicales et scientifiques du domaine d'activité	Démarches, méthodes, outils de la qualité	Exercice, organisation et actualités professionnelles	Santé publique	Ethique et déontologie	Techniques de communication
Connaissances approfondies	Connaissances détaillées	Connaissances détaillées	Connaissances détaillées	Connaissances détaillées	Connaissances détaillées	Connaissances détaillées	Connaissances générales

Annexe n°3: Les compétences requises dans le document « Points de Références de la kinésithérapie » adopté par la WCPT (World Confederation for physical therapy) Région Europe au congrès de Barcelone, le 4 juin 1983

*Document traduit comme document de travail par l'IFMK de Nancy (2005) (47 pages)
Extrait du document : pages 11 à 17*

A - Le kinésithérapeute en tant que praticien agréé de santé : les attentes de la profession, des employeurs et du public.

A1 - Autonomie professionnelle et responsabilité du kinésithérapeute.

Le diplômé doit être capable de :

- Comprendre les responsabilités légales et les considérations éthiques de la pratique professionnelle.
- Se conformer aux règles de la conduite professionnelle publiées par la WCPT et celles des organisations de kinésithérapie/autorités régulatrices de la profession au niveau national.
- Apprécier l'importance d'une régulation professionnelle
- Reconnaître l'existence de limites en matière de compétences professionnelles dans un environnement de santé changeant.
- S'engager dans le développement professionnel continu afin d'augmenter ses compétences à pratiquer et afin de conserver son statut de professionnel agréé.
- Participer au prolongement et à l'avancée de la profession.
- Reconnaître l'importance de l'efficacité clinique dans la pratique kinésithérapique.

A2 - Relations professionnelles

Le diplômé doit être capable de :

- Participer efficacement à l'approche interprofessionnelle des soins de santé.
- Assister les autres professions de santé dans leur pratique professionnelle.
- Reconnaître les frontières interprofessionnelles et employer de manière appropriée les procédures en matière de suites décisionnelles concernant la prise en d'accès aux soins.
- Initier et maintenir des interactions efficaces avec des organismes externes appropriés, incluant d'autres professionnels de santé.
- Déployer et gérer du personnel auxiliaire de façon efficace.

A3 - Compétences personnelles et professionnelles

Le diplômé doit être capable de :

- Faire des jugements professionnels avec assurance
- Porter des réflexions sur sa pratique professionnelle et s'engager dans un apprentissage auto dirigé.
- Démontrer des qualités de communication de haut niveau
- Préserver la dignité du patient
- Initier et répondre aux changements de façon flexible
- Agir avec un niveau convenable d'autoprotection
- Les organisations/autorités nationales de kinésithérapie peuvent inclure une déclaration concernant un suivi de l'apprentissage et de la formation.

A4 - Contexte professionnel et cadre employeur

Le diplômé doit être capable de :

- Exercer la kinésithérapie dans un contexte de soins centré sur le patient.
- Démontrer une compréhension des origines du système de soins dans leur pays et une connaissance des développements actuels dans le secteur de la santé et le secteur social.
- Comprendre la portée de la kinésithérapie dans une gamme variée de secteurs de soins.
- Reconnaître l'importance de la pratique non discriminatoire.
- Être au courant de la législation actuelle en matière de santé et de sécurité et les intégrer à la pratique kinésithérapique.
- Jouer un rôle actif dans l'éducation à la santé et dans la promotion des programmes de santé.
- Connaître la portée importante de la recherche et autres activités expertes dans le domaine de la santé et dans le contexte professionnel.

B - Aptitudes kinésithérapiques aux applications pratiques

La pratique kinésithérapique et l'application des aptitudes professionnelles sont directement liées à la connaissance et la compréhension. Le kinésithérapeute diplômé possède un large panel d'aptitudes incluant des compétences professionnelles spécifiques et des qualités génériques. Bien que les paragraphes suivants ne correspondent pas avec précision à la structure des professions de santé, il articule et situe le contexte de la section B.

B1 - Compétences spécifiques à la profession

Le diplômé doit être capable de démontrer des aptitudes dans :

- L'exercice thérapeutique :
 - prendre des décisions, établir des buts et réaliser des programmes spécifiques d'exercices qui auront un effet thérapeutique positif ou un effet d'amélioration sur la santé.
 - Planifier, effectuer et évaluer des programmes d'exercices pour des individus ou pour des groupes.
- Thérapie manuelle :
 - l'application de la mobilisation, de la kinésithérapie respiratoire, des techniques de thérapie neurologique et des techniques de massage. Différents concepts et approches participent au développement de ces techniques kinésithérapiques.
 - La facilitation et la restauration du mouvement et de la fonction
- Agents physiques :
 - l'application de nombreuses techniques s'appuyant sur l'utilisation des énergies électriques, thermiques, lumineuses, sonores et d'énergie magnétique est utilisée pour apporter des effets physiologiques et thérapeutiques dans le but de soulager les symptômes du patient et de restaurer une fonction optimale.

Cette description des compétences kinésithérapiques spécifiques et de leurs portées a certainement différents niveaux d'importance en Europe. Les organisations nationales de kinésithérapie pourront considérer utile de donner des directives plus détaillées concernant la formation et la pratique de la kinésithérapie

Les compétences identifiées doivent être considérées conjointement avec d'autres compétences décrites dans le paragraphe C.

B2 - Compétences génériques et facilitatrices.

Le diplômé doit être capable de montrer des compétences dans :

- Communication et technologie d'information :
 - La communication entre individus en utilisant les modes écrits, verbaux et non verbaux

- L'enseignement et la présentation à un individu ou à un groupe
 - L'utilisation des technologies informatiques pour identifier et accéder à l'information, enregistrer et gérer des données sur les patients, et pour traiter et analyser les résultats des travaux de recherche.
 - Le maniement des informations en tenant compte des exigences légales et éthiques.
- Evaluation :
 - L'identification et la reconnaissance des besoins physiques, physiologiques et culturels des individus et des communautés.
 - Le rassemblement et l'enregistrement d'informations provenant de diverses sources et par différentes méthodes.
 - Etablir un diagnostic basé sur le bilan kinésithérapique.
 - L'analyse et la synthèse d'informations rassemblées à partir de données d'évaluation et des procédés de résolution de problèmes cliniques.
- L'organisation du traitement :
 - Mettre le patient au centre des soins.
 - Prendre des décisions, définir des objectifs et réaliser des plans de traitement spécifiques pour les atteindre en tenant compte du contexte.
 - Appliquer la résolution de problèmes et le raisonnement clinique au résultat de bilan afin d'organiser, de déterminer des priorités et de mettre en œuvre une kinésithérapie appropriée.
- Evaluation et recherche :
 - L'utilisation de l'approche du raisonnement clinique dans la sélection, la justification et la critique des moyens thérapeutiques.
 - Le développement et l'utilisation de mesure des résultats pour l'évaluation de la kinésithérapie.
 - Faire une utilisation judicieuse des meilleures informations et preuves disponibles.
 - La formulation d'une question de recherche, le développement d'un projet de recherche et la mise en œuvre du processus de recherche.
- Développement personnel et professionnel :
 - La gestion de l'incertitude, du changement et du stress.
 - La gestion du temps et la planification d'une charge de travail.
 - L'identification des besoins de chacun en matière d'apprentissage.
 - La construction et la mise en œuvre d'un plan de développement personnel.
 - La considération et la modification de son comportement à la lumière de l'expérience et des conseils.
 - Le travail avec les autres, la négociation, la conciliation et le développement de partenariat.
 - Fixer des buts réalistes concernant l'évaluation personnelle.
 - La reconnaissance de l'importance du développement professionnel continu.
 - Le travail en groupe et les qualités de dirigeant.
 - La réalisation de jugement clinique basé sur la qualité des preuves disponibles.

C – Kinésithérapie : connaissance du sujet, compréhension et aptitude associée

Le programme de la kinésithérapie puise dans de nombreuses disciplines académiques qui sont détaillées dans les paragraphes ci-dessous. Bien que les paragraphes suivants ne correspondent pas exactement à la structure des professions de santé, ils s'articulent et composent le paragraphe C.

C1 - Base scientifique de la kinésithérapie

○ Sciences biologiques :

Le diplômé doit être capable de démontrer des connaissances et de la compréhension à propos :

- L'anatomie humaine et la physiologie, soulignant les relations dynamiques entre la structure humaine et ses fonctions, en se concentrant sur les systèmes musculo-squelettiques, cardio-respiratoires et nerveux.
- La façon dont l'application de la kinésithérapie peut provoquer des changements physiologiques et structurels.
- La croissance humaine et le développement tout au long de la vie.
- Les facteurs influençant les variations individuelles concernant les capacités humaines.

○ Sciences physiques :

Le diplômé doit être capable de démontrer des compétences et de la compréhension à propos :

- Des principes spécifiques et les théories de physique, biomécanique, sciences appliquées à l'exercice et ergonomie pouvant être appliquée à la kinésithérapie.
- Des moyens par lesquels les sciences physiques permettent la compréhension et l'analyse du mouvement et de la fonction.
- Des principes et les applications des techniques de mesure basées sur la biomécanique ou l'électrophysiologie.
- De l'application des principes anthropométriques et ergonomiques.

○ Sciences comportementales :

Le diplômé doit être capable de démontrer des connaissances et de la compréhension à propos :

- Des facteurs psychologiques et sociaux qui influencent l'individu sur sa santé et sur ses pathologies.
- De la façon dont la psychologie et la sociologie peuvent permettre la compréhension de la santé, des pathologies et des soins dans le contexte de la kinésithérapie et l'intégration de ces connaissances dans la pratique kinésithérapique.
- Des théories de la communication en kinésithérapie, la communication et les compétences en relations humaines sont indispensables à la pratique compétente et efficace à travers les interactions avec les patients, collègues, dirigeants, soignants et les autres professionnels de santé.
- Des théories d'apprentissage. Les procédés d'apprentissage sont importants à la fois pour le patient et pour le praticien. Ces théories de développement professionnel continu permettent aux kinésithérapeutes d'apprendre efficacement tout au long de leur vie. Cette connaissance prépare également les kinésithérapeutes à devenir des enseignants efficaces dans de nombreux contextes, que ce soit dans l'éducation des patients ou dans la formation des étudiants.
- Du travail d'équipe et la direction de celui-ci.

○ Sciences cliniques :

Le diplômé doit être capable de démontrer des connaissances et de la compréhension à propos :

- De l'évolution pathologique et des caractéristiques cliniques des conditions communément rencontrées par les kinésithérapeutes.
- Des changements résultant de la kinésithérapie, qu'ils soient physiologiques, structurels, comportementaux ou fonctionnels.
- Des bases théoriques de l'évolution et du traitement et l'évaluation scientifique de l'efficacité.
- Des principes de l'évaluation et la méthodologie de la recherche qui permettent l'intégration des principes théoriques et des preuves issues de la recherche pour la conception et la mise en place d'une kinésithérapie efficace.
- Des théories concernant la résolution des problèmes et le raisonnement clinique.

C2 - Contexte de la pratique professionnelle et de la prestation de service.

- Questions de service/d'organisation :
Le diplômé doit être capable de démontrer des connaissances et de la compréhension à propos :
 - Du contexte changeant et diversifié dans lequel évolue la kinésithérapie.
 - De l'appréciation de ce qu'impliquent les différents cadres d'organisations et méthodes de travail.
 - Des structures d'assurance qualité incluant, par exemple, l'autorité clinique, les directives cliniques et les critères professionnels.
 - De la gestion des ressources, le coût de l'efficacité, le marketing et la promotion de la profession.
 - Des indicateurs de performance et la mesure des résultats dérivés d'une gamme de méthode de mesure et d'approche scientifique.
 - Des facteurs influençant l'autogestion et la gestion d'autrui.
 - De la sécurité dans les pratiques professionnelles, incluant l'évaluation des risques.
 - De la planification de la prestation de service et des ressources humaines impliquées.

- Social et politique
Le diplômé doit être capable de démontrer des connaissances et de la compréhension à propos :
 - De l'impact des politiques sanitaires et sociales sur la pratique professionnelle.
 - Des facteurs contribuant aux différences sociales, les problèmes d'inégalité et les besoins des différents groupes sociaux.

- Dimension morale et éthique
Le diplômé doit être capable de démontrer des connaissances et de la compréhension à propos :
 - De l'éthique, les questions légales et professionnelles qui informent et encadrent la pratique kinésithérapique.
 - Des codes de pratique professionnelle et statutaire, les réglementations régissant la pratique.
 - Du code de conduite professionnel, les valeurs et convictions professionnelles.

Annexe n°4: Les compétences requises dans le document « Points de Références de la kinésithérapie » adopté par la WCPT (World Confederation for physical therapy) Région Europe au congrès de Barcelone, le 4 juin 1983

Annexe au décret n° 89-633 du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

I. - PROGRAMME HORAIRE DES ENSEIGNEMENTS THÉORIQUES ET PRATIQUES

II. - PROGRAMME DES ENSEIGNEMENTS THÉORIQUES

II.1. 1^{ère} année

• MODULE 1

Anatomie, morphologie, cinésiologie et biomécanique de l'appareil locomoteur

Objectif : l'élève doit acquérir les connaissances précises et complètes d'anatomie nécessaires à l'analyse de l'appareil locomoteur et de ses fonctions.

1. Anatomie descriptive, topographique et fonctionnelle des membres, du rachis, des ceintures et de la cage thoracique : Ostéologie, arthrologie, myologie, y compris les muscles (le la paroi abdominale du diaphragme et du plancher pelvien, innervation sensitive et motrice (trajet, rapport, distribution), vascularisation.

2. Étude élémentaire anatomique et topographique de l'ostéologie du crâne, de la face et des muscles qui s'y rapportent; du système nerveux central ; des appareils cardio-vasculaire et respiratoire des viscères.

3. Morphologie, notions d'anthropométrie

Étude systématique des formes et des points de repère préparant à la localisation et à l'exploration visuelle et manuelle en masso-kinésithérapie.

4. Cinésiologie et biomécanique :

Acquisition des notions spécifiques de mécanique statique et dynamique applicables à l'étude du corps. Ce module d'enseignement fait appel à des concepts physiques de base.

4.1. Rappel de mécanique statique et dynamique appliquée à la cinésiologie et à la biomécanique : les forces, notions de mécanique des systèmes de points matériels
principe fondamental de la dynamique ;
théorème du mouvement du centre de gravité
vecteur vitesse et d'accélération ;
notions de mécanique des fluides et de résistance des matériaux.

4.2. Méthodes, principes et matériels d'étude et d'exploration.

4.3. Analyse des structures et tissus de l'appareil locomoteur en biomécanique : peau, os, constituants de l'articulation, muscle, sang.

4.4. Organisation biomécanique et fonctionnelle de l'appareil locomoteur : membre supérieur, membre inférieur, tête et tronc, postures, mouvements, marche.

Moyens

Pour les travaux dirigés en anatomie : présentation de pièces, étude palpatoire morphologique et artistique, notions d'anatomie comparée.

• MODULE 2

Physiologie humaine

Objectifs : acquisition des connaissances nécessaires à la compréhension des grandes fonctions.

1. Données élémentaires d'embryologie. - Histologie (étude des différents tissus).
2. Physiologie générale :
 - 2.1. Le milieu intérieur : le milieu intracellulaire, le milieu extracellulaire, intercellulaire et intravasculaire.
 - 2.2. Croissance.
 - 2.3. Étude élémentaire du système nerveux central (l'étude approfondie est faite dans le 2ème cycle).
 - 2.4. Les organes des sens.
3. La peau.
4. Les grandes fonctions
 - 4.1. Respiratoire.
 - 4.2. Cardiovasculaire.
 - 4.3. Neuromusculaire.
 - 4.4. Digestive.
 - 4.5. Endocrinienne.
 - 4.6. Génito-urinaire.
5. Les métabolismes.

• **MODULE 3**

Pathologie, psycho-sociologie

I. - Psychologie, sociologie, relation thérapeutique

Objectifs : faire acquérir au futur professionnel un bagage élémentaire de terminologie courante en insistant sur les facteurs psychologiques qui permettent le dialogue avec le malade et les partenaires de l'équipe médicale.

L'aspect psychologique doit être mis en parallèle dès le début des études avec l'aspect organique afin qu'il n'y ait pas d'opposition. Le malade doit être perçu globalement.

La relation thérapeutique sera considérée comme un moment privilégié de l'apprentissage psychologique et sera ensuite complétée par un vécu quotidien dans la pratique.

1. Psychologie et abord relationnel :

1.1. Terminologie en psychologie et psychométrie.

Lexique élémentaire des termes utilisés en ce domaine, chaque terme sera accompagné d'une brève explication. (Cette partie peut être envisagée sous la forme d'un polycopié soumis à un contrôle écrit).

1.2. La perception et les mécanismes perceptifs.

Perception des formes.

Illusions perceptibles, espace, mouvement.

Les mécanismes perceptifs. - Notions générales :

Les afférences auditives

Les afférences cutanées

Les afférences proprioceptives et la kinesthésie

Les afférences visuelles ;

Les coordinations perceptivo-motrices

Les mécanismes généraux d'orientation.

Le développement perceptivo-moteur de l'enfance :

La motricité embryonnaire ;

Les facteurs de développement;

Les comportements archaïques;

L'impulsivité motrice et l'organisation progressive de la coordination motrice

Principes généraux du développement psychomoteur : corticalisation, maturation et apprentissage.

L'imaginaire :

L'image mentale.

Le contrôle de la pensée.

La mémoire (constituants, apprentissage, oubli).

1.3. Corps et psychologie.

Le corps comme instrument. Le corps comme représentation. Les étapes du développement de l'enfant et de l'adolescent en dehors de la pathologie. Le schéma corporel. Abords typologiques.
Établir le parallèle entre le développement du corps, de sa forme et son aspect moteur, sensitif et comportemental.

1. 4. Le corps comme expression de communication

La réceptivité

L'émissivité.

Au travers d'exemples choisis dans la technologie de base :

Massages ;

Postures, notion de seuil d'intensité, douleur;

Prise de conscience;

Maîtrise psychotonique

Exercice rythmique;

Exercice libre et dirigé.

Psychologie relationnelle de l'individu sain en travaux pratiques.

L'enseignant doit mettre en évidence par sa propre pédagogie le rôle du respect de l'individu.

2. Pédagogie et kinésithérapie :

L'apprentissage :

Définition, principe, lois, expérimentations.

Les différents systèmes relationnels utilisés en pédagogie

Exemples avec travail en groupe confrontés à des situations possibles.

3. Psycho-sociologie :

3.1 Les caractéristiques de la société contemporaine

le comportement social;

la connaissance des groupes.

3.2. Rôle du masseur-kinésithérapeute, attitude et comportement :

Analyse de l'institution santé ;

Place du masseur-kinésithérapeute

Place du stagiaire;

Relation de l'élève à la maladie (théorie)

Incidence affective chez l'étudiant face au malade;

Apprendre à gérer les conséquences;

La demande du patient auprès du thérapeute

Vécu de l'entourage;

Information ;

Les différents systèmes relationnels en médecine, travaux pratiques de groupes.

II. - Santé, maladie, thérapeutique

Objectifs : faire découvrir et acquérir les connaissances nouvelles pour l'étudiant sur la maladie et les soins. Cette approche globale du malade doit permettre à l'étudiant de se situer en tant que thérapeute et éducateur de santé intervenant au sein d'une communauté.

Etudier l'homme dans son environnement et les possibilités d'adaptation.

1. Le concept de santé, définitions

Le parcours des âges;

Éléments de démographie;

Éléments d'économie de la santé

Organisation de la santé en France et son financement (y compris l'hôpital et les personnels de santé) ;

Organismes internationaux.

2. Les risques et les réponses physiopathologiques :

Épidémiologie descriptive et analytique;

Agents infectieux, toxiques ;

Problèmes individuels et collectifs posés par :

le cancer;

les maladies cardio-vasculaires;

les maladies métaboliques;

les accidents.

Processus dégénératif, vieillissement, sclérose du tissu conjonctif, arthrose, athérome

Processus prolifératif bénin, malin;

Les contraintes psychologiques, physiologiques, sociales;

La douleur, l'inflammation, la fatigue.

La réparation, la cicatrisation ;

La maladie : sémiologie, examen du malade, étiologie, diagnostic, pronostic.

3. Actions spécifiques de prévention :

Vaccinations ;

Hygiène du milieu, étude des principales nuisances modernes (bruits, pollution de l'air, de l'eau);

Hygiène hospitalière

Santé et professions

Accidents.

4. Thérapeutiques curatives

4.1. Éléments de pharmacologie.

4.2. Les thérapeutiques médicales et leur polymorphisme

Techniques, effet et mode d'action

Autres techniques de soins;

Allopathie, acupuncture, homéopathie.

4.3 Les thérapeutiques chirurgicales :

Techniques, voies d'abord, délais de cicatrisation, consolidation osseuse, complications et séquelles;

Application aux différentes spécialités

Traumatologie, orthopédie, viscérale, urogénitale, vasculaire.

• **MODULE 4**

Masso-kinésithérapie (activité physique et sportive)

Objectifs : acquisition des techniques fondamentales et développement des capacités d'habileté manuelle, gestuelle et de palpation.

1. Méthodes d'évaluation et d'exploration en masso-kinésithérapie

1.1. Evaluation de la force musculaire et bilans fonctionnels.

Cotation chiffrée internationale de chaque muscle et les principales codifications des fonctions motrices.

1.2. Goniométrie et mensuration :

Matériel et méthodes conventionnels permettant d'enregistrer la mobilité articulaire, les longueurs et les diamètres des segments du corps.

2. Massage :

Les manoeuvres fondamentales de massage, leurs applications par région du corps et leurs effets physiologiques.

3. Kinébalnéothérapie, thermothérapie, cryothérapie

Les exercices thérapeutiques actifs utilisant les différentes propriétés de l'eau sans faire référence à la crénothérapie ou à la thalasso-thérapie (voir deuxième cycle, module 2). Les bains contrastés.

Les fomentations sèches et humides et les applications locales de froid en masso-kinésithérapie.

4. Méthode de facilitation neuro-musculaire proprioceptive

Exercices de base facilités par des stimulations périphériques et conduits manuellement. Utilisation de différents matériels.

5. Gymnastique médicale et postures thérapeutiques :

Maîtrise des positions fondamentales, des exercices spécifiques de tonification ou d'étirement. Conduite d'une séance et progressions. Postures localisées et globales, manuelles et avec matériel. Méthode d'entraînement spécifique et globale.

6. Renforcement musculaire et mécano-thérapie :

Relation entre les données physiologiques de la contraction musculaire et les réalisations pratiques de renforcement.

Description d'indices de référence permettant d'évaluer les résultats. Matériels.

Principes, lois de mécanique, matériel servant de base à l'utilisation d'appareils mécaniques en kinésithérapie, modalités d'application

Matériels de déambulation, description, application.

7. Mobilisation des articulations :

A partir des déplacements physiologiques des surfaces articulaires appris en biomécanique, connaître les manœuvres de mobilisation articulaire.

8. Manutention des malades. Prévention des troubles de décubitus.

Notions de base de soins courants.

Techniques de manutention et de transfert des malades et des handicapés.

Place et techniques de la masso-kinésithérapie dans la prévention des complications liées au décubitus.

Principes et techniques de soins courants. Le matériel, fonctionnement et entretien.

9. Techniques de ventilation et d'expectoration dirigées (ces manœuvres de base seront revues et développées au cours du 2^e cycle).

II.2. 2e et 3e années

• MODULE 1

Masso-kinésithérapie, technologie

Objectifs : poursuite de l'apprentissage par l'affinement du geste thérapeutique et acquisition de techniques.

Contenu :

1. Rééducation neuro-musculaire :

Connaissance théorique et pratique des techniques de facilitation et d'inhibition applicables aux différentes pathologies (auteurs de référence : Kabat, Bobath, Brunstrom, Phelps, Rood) ;

reprogrammation neuro-motrice.

Techniques à visée orthopédique (Klapp, Schrott), techniques isométriques.

Techniques de gain d'amplitude.

2. Massage :

Étude et apprentissage de techniques de massage complémentaires des bases vues en première année. Cet enseignement ne doit pas être limitatif mais doit permettre à l'élève de connaître l'étendue et les limites des possibilités des thérapeutiques manuelles.

Massage du tissu conjonctif;

massopuncture ;

Massage transversal profond, massage profond des aponévroses;

Drainage lymphatique;

Passage percutané des médicaments.

3. Appareillage :

Connaissances générales permettant de comprendre les buts et la construction des orthèses et prothèses. La description et l'application spécifique de chaque appareil seront étudiées dans les enseignements de " rééducation et réadaptation en pathologie " afin d'intégrer l'orthèse ou la prothèse aux autres traitements.

La terminologie ;

Les matériaux : technologies, usinage, préfabrication;

Les principes d'assemblage et d'adaptation au patient : les modèles d'appareils, l'alignement;

Surveillance et réglage;

Normalisation, législation.

4. Électrothérapie :

Bases physiques et l'électrologie, électricité, radiations, vibrations;

Propriétés générales d'excitabilité des tissus du nerf et du muscle;

Applications thérapeutiques du courant continu; diélectrolyse, le passage percutané des médicaments;

Applications thérapeutiques des courants excito-moteurs sur les fibres musculaires saines ; sur les fibres musculaires dénervées.

Électrothérapie de la douleur par les courants de basse fréquence et de moyenne fréquence;

Ondes électromagnétiques

Les courants de haute fréquence;
Ondes courtes, ondes centimétriques;
Les rayons infra-rouges ;
Les rayons ultra-violet; ;
Champs magnétiques.
Vibrations mécaniques; les ultra-sons;
Accidents et dangers de l'électricité.

5. Hydroclimatologie :

A. - Pratiques dans les stations thermales

a) Principes techniques :

Action de l'eau, Pélloïdes;

Vapeurs, gaz, climatologie;

Thalassothérapie :

Algues, sable, iode.

b) Différentes pratiques par affection au niveau des stations.

Détailler l'action des boues, douches, bains, rééducation en piscine, etc.

B. - Indications, contre-indications.

C. - Aspect psychologique du thermalisme et du curiste.

• **MODULE 2**

Psychologie, sociologie et réadaptation

Rééducation et psychopathologie :

Objectifs :

Acquérir les connaissances de psychologie et de sociologie nécessaires à la compréhension du processus de réadaptation ;
Connaître l'organisation des structures favorisant cette réadaptation.

Contenu :

A. - Psychologie, sociologie et réadaptation

1. Les problèmes psychologiques et de réadaptation propres aux handicapés, leur retentissement social :

Psychologie du handicapé

Handicapés dans la société

Environnement sociofamilial et handicap; le rôle de l'équipe de suite :

La vie familiale (enfants, adultes, personnes âgées)

Les aménagements urbains et architecturaux;

La vie associative, les loisirs, les clubs;

Les sports, les activités sportives utilisées pour la réadaptation.

Formation et activité professionnelle

Choix et/ou reconversion ;

La formation en milieu ouvert et protégé;

Le poste de travail et son aménagement.

2. Le vécu relationnel dans la pratique de la rééducation. Étude de cas suivi en stage, présenté et discuté en groupe.

B. - Rééducation et psychopathologie

Les grands syndromes psychiatriques;

Exposé des grands principes de thérapeutique;

Place du masseur-kinésithérapeute.

C. - Les toxicomanies

Alcoolisme, tabagisme; toxiques divers.

• **MODULE 3**

Rééducation et réadaptation en traumatologie et orthopédie

1. Les fractures :

1.1. Généralités

Les différents types de fractures (fermées, ouvertes, pathologiques) : anatomie pathologique et mécanisme, complications, principes de traitement.

1.2. Les différentes localisations des fractures :

Cette étude portera essentiellement sur la physio-pathologie, les complications spécifiques, le traitement et ses suites :

Membre supérieur : clavicule, omoplate, humérus (diaphyse et extrémités), radius (diaphyse et extrémités), cubitus (diaphyse, extrémités supérieures et Monteggia), deux os avant-bras, carpe, métacarpe, phalanges ;

Membre inférieur : fémur (diaphyse et extrémités), rotule, tibia (diaphyse et extrémités) uni et bi-malléolaires, astragale, calcanéum, métatarsiens ;

Tronc : fractures du rachis avec et sans signes neurologiques, fractures de la cage thoracique, fractures du bassin.

2. Les affections traumatiques articulaires non osseuses L'accent sera mis sur les mêmes éléments que l'étude des fractures

2.1. Membre supérieur :

Luxation de la ceinture scapulaire, luxation du coude; luxation du poignet; luxation du carpe ; entorses et luxations des métacarpiens et des phalanges.

2.2. Membre inférieur :

Luxations traumatiques de la hanche, lésions des ménisques du genou; entorses et luxations du genou ; luxation de l'appareil extenseur du genou; entorses et luxations de la tibio-tarsienne et de la sous-astragalienne.

2.3. Tronc :

Entorses et luxation du rachis cervical.

3. Autres affections chirurgicales de l'appareil locomoteur

3.1. Plaies et contusions des parties molles.

3.2. Traumatismes des nerfs périphériques

Neurapraxie, axonotmésis, neurotémésis ;

Leurs principales localisations, leur réparation

Le syndrome douloureux des traumatismes des nerfs périphériques.

3.3. Traumatisme des vaisseaux et leurs conséquences

Ischémie, anévrisme et leurs principales localisations

Syndrome de Wolkman au membre supérieur;

Syndrome de la loge antéro-externe à la jambe.

3.4. Les amputations :

Causes, sièges, niveaux, techniques, principaux types d'appareils, rééducation.

3.5. Tumeurs bénignes et malignes des os et des parties molles.

3.6. Infections :

Ostéites, arthrites, ostéomyélites.

3.7. Les déformations acquises du squelette et leur retentissement

Exemple : rachis, pied.

3.8. Les principales ruptures tendineuses chez l'adulte

(biceps, tendon quadricipital d'Achille, fléchisseurs et extenseurs des doigts).

4. Les techniques chirurgicales des affections de l'appareil locomoteur :

Cette étude doit porter sur les modalités opératoires, les complications spécifiques possibles, les précautions à prendre en rééducation postopératoire.

4.1. Principales interventions

Ostéo-articulaires : arthroplasties, arthrodèses, ostéotomies

Les greffes : osseuses, tendineuses, nerveuses, vasculaires

Notions sur la micro-chirurgie, l'arthroscopie.

4.2. Principales applications :

La chirurgie en rhumatologie (arthrose, maladie de Dupuytren, PR.);

La chirurgie du rachis;

La chirurgie en neurologie;

La chirurgie des raideurs et ankyloses post-traumatiques.

5. Les brûlés

Le traitement des pertes de substances cutanées, la cicatrisation, le pansement

Masso-kinésithérapie précoce
Traitement des cicatrices : délais, chirurgie
Rééducation, massage, crénothérapie.

- **MODULE 4**

Rééducation et réadaptation en neurologie :
Anatomie et physiologie du système nerveux central

A. - Anatomie et physiologie du système nerveux central

Objectifs : acquérir des notions élémentaires d'anatomie du système nerveux central, développer des connaissances en neurophysiologie, notamment dans le domaine de la perception et de l'organisation motrice, pour :
Comprendre le retentissement des principaux syndromes neurologiques sur l'organisation sensori-motrice de l'individu;
En déduire les techniques de rééducation et de réadaptation.

Contenu :

I. - Anatomie et morphologie du système nerveux central

Généralités :

Embryologie, organisation générale du système nerveux central.

Étude anatomique de la moelle épinière :

Morphologie, rapports configuration externe/conformation interne, racines, nerfs, méninges, liquide céphalorachidien et sa circulation.

Étude élémentaire et topographique de l'encéphale : hémisphères cérébraux, cortex, substance blanche, noyaux gris centraux, hypothalamus, hypophyse, tronc cérébral, cervelet, vascularisation.

II. Notions relatives à l'histologie

A. Le neurone : morphologie, propriétés métaboliques et électrophysiologiques, influx nerveux.

Les cellules gliales;

Communications entre neurones, la jonction neuro-musculaire, circuits neuronaux, vascularisation.

B. Les récepteurs sensitifs et sensoriels : classification, spécificité, fonctionnement, intensité, organisation spatiale, récepteurs de la somesthésie, système de contrôle, réponses du neurone sensoriel.

III. - Les grandes voies de la conduction

La moelle centre de réflexes : définition, caractères généraux, les réflexes mono-synaptiques, les réflexes poly-synaptiques, leurs systèmes de régulation, moelle segmentaire, moelle intersegmentaire;

La moelle, voie de passage nerveux : voies motrices et sensitives;

Tronc cérébral : voies de la sensibilité, voies pyramidales et extrapyramidales, voies cérébelleuses et notions sur les nerfs crâniens.

IV. Physiologie des centres nerveux

Le tronc cérébral, afférence, efférence, centres, rôle et description, les formations réticulées;

Le cervelet : description, afférences, efférences, rôle

Le labyrinthe ; anatomie, canaux, nerfs vestibulaires, physiologie du déplacement de la tête et positionnement ;

Le diencéphale : le thalamus, les noyaux gris centraux, l'hypothalamus;

Les hémisphères cérébraux et le corps calleux : le cortex, les différentes aires corticales, la perception, gnose, activité gestuelle (praxie) centre du langage, schéma corporel.

V - Le système nerveux de la vie végétative

Définition, anatomie succincte des centres et des voies ;

Le système nerveux sympathique et parasympathique, la médullo-surrénale, les médiateurs adrénaline et acétylcholine, les neurones pré et post-ganglionnaires, pharmacologie, parasympathique pelvien et sacré.

Ex. : fonctionnement sphinctérien, contrôle de la tension artérielle.

VI. - Le mouvement et son contrôle

Développement de la motricité : du stade fotal à six ans, évolution de la posture et de la motricité, la saisie manuelle et l'organisation oculomanuelle, la dextérité, la latéralisation;

Le contrôle sensoriel de la motricité, le rôle de la proprioception, réaction d'équilibre et de posture ;

Les systèmes de contrôle du mouvement;

Organisation du mouvement, exemples : la locomotion, la préhension, les mouvements balistiques, le mouvement contrôlé et guidé ;

Le schéma corporel : évolution de l'image du corps, organisations temporelles et spatiales ;

La mémoire motrice, conditionnement, apprentissage, habitude.

VII. Bases neuro-physiologiques de la douleur

Définition des différents types de douleur ;

Structures anatomiques concernées par la douleur. - Genèses du message nociceptif. - Transmission. - Systèmes de contrôle ;

Bases neuro-chimiques de la douleur. - Médiateurs allogènes périphériques - Neurotransmetteurs ;

Traitements de la douleur. - Causal. - Périphérique. - Central. - Autres traitements.

Moyens : cours magistral, enseignement dirigé, partiels.

B. - Neurologie

1. Les étiologies en neurologie :

Vasculaire, ventilatoire, tumorales, infectieuses, inflammatoires et dégénératives.

2. Examen du malade en neurologie :

Connaissance de l'examen clinique et des examens complémentaires : à titre d'exemples :

radiologique - tomodensotométrie. - Électrophysiologique - ophtalmologique ;

la ponction lombaire. Examens isotopiques...

3. Conscience. - Vigilance. - Coma. - Kinésithérapie et coma.

4. Le syndrome neurogène périphérique.

Atteintes du membre supérieur et du membre inférieur : plexuelle et tronculaire.

paralysie faciale ;

polyradiculonévrite - polynévrite ;

poliomyélite (module IV B pédiatrie)

neuropathies métaboliques.

5. Les myopathies. - La myasthénie. - Les myosites (cf. module IV B).

6. Le syndrome pyramidal. Paraplégie, tétraplégie, hémiplegie.

7. Le syndrome extra-pyramidal. - La maladie de Parkinson. - Le syndrome choréïque.

8. Le syndrome cérébelleux.

9. Le syndrome méningé.

10. Les affections associant plusieurs syndromes : la sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique.

11. Les troubles des fonctions supérieures : apraxies, aphasies, agnosies, activités intellectuelles, mémoire, personnalité.

12. Tumeurs et hypertension intra-crâniennes.

13. Les épilepsies.

14. Traumatismes crâniens

• MODULE 5

Rééducation et réadaptation en rhumatologie

1. Généralités

Les affections rhumatismales en tant que fléau social.

L'inflammation (articulaire, périarticulaire) et ses conséquences.

La dégénérescence du cartilage articulaire

2. Pathologie articulaire

2.1. Arthropathies rhumatismales

Rhumatismes articulaires inflammatoires :

le rhumatisme articulaire aigu ;

la polyarthrite rhumatoïde (avec ses différentes localisations, en insistant sur les atteintes de la main) ;

la spondylarthrite ankylosante ;

le rhumatisme psoriasique ;

la pseudo-polyarthrite rhizomélisque ;

les arthrites des maladies de système : périarthrite noueuse, lupus érythémateux disséminé, sclérodermie, dermatomyosite.

Rhumatismes dégénératifs :

étude des principales localisations de l'arthrose : coxarthrose, gonarthrose, arthroses vertébrales, rhizarthrose, etc. :
étude de la détérioration structurale du disque intervertébral et de ses conséquences neurologiques : conflits disco-radiculaires (névralgie cervico-brachiale, névralgie sciatique, cruralgie, etc.).

N.B. - Les malformations congénitales du rachis pourront être étudiées dans ce chapitre en tant que facteurs déclenchants ou aggravants des rachialgies (canal étroit. anomalies transitionnelles ...).

2.2. Arthropathies métaboliques

Goutte.

Chondrocalcinose.

2.3. Arthropathies de cause nerveuse

Algo-neuro-dystrophies.

Para ostéo-arthropathies.

Autres arthropathies.

2.4. Arthropathies hémophiliques

3. Pathologie ab-articulaire

Seront étudiées par région les affections rhumatologiques atteignant les tendons et leur gaine synoviale, les bourses séreuses, les capsules, les aponévroses, les nerfs périphériques (syndromes canaux).

Une attention particulière sera portée aux affections suivantes :

à l'épaule :

syndrome du conflit acromio-tubérositaire (tendinites, tenosynovite du biceps, rupture de la coiffe des rotateurs)

capsulose rétractile

au coude :

épicondylite.

au poignet et à la main

tenosynovites du pouce, des extenseurs, des fléchisseurs - syndrome du canal carpien - maladie de Dupuytren.

au membre inférieur :

périarthrite de la hanche, tendinite du genou et du pied, maladie de Ledderhose, etc.

4. Pathologie osseuse

4.1. Ostéopathies métaboliques

Ostéoporose, ostéomalacie.

4.2. Ostéonécroses

Tête fémorale, condyle fémoral, etc.

4.3. Maladie de Paget

4.4. Malformation congénitales du rachis (voir 2-1)

5. Rhumatismes et psychalgies

• MODULE 6

Rééducation et réadaptation en pathologie cardio-vasculaire

1. Pathologie cardiaque

La tension artérielle normale et ses variations à l'effort : épreuves d'efforts.

Variations pathologiques de la tension.

Insuffisances cardiaques.

Angor-péricardites et douleurs thoraciques.

Infarctus.

Pertes de connaissance d'origine cardiaque, anoxie.

Troubles du rythme.

Valvulopathies. - Endocardites.

Cardiopathies congénitales (cf. IV B pédiatrie).

2. Pathologie vasculaire

Exploration fonctionnelle vasculaire.

Maladie athéromateuse. - Arthériopathies.

La maladie thrombo-embolique.

Oedème. - Lymphoedème.

Troubles vaso-moteurs.

Varices.

Syndrome du défilé thoraco-brachial. 3. Chirurgie cardio-vasculaire

Indications : pathologies congénitales, valvulaires, coronariennes et l'implantation de stimulateur cardiaque, chirurgie des gros vaisseaux, amputation.

Techniques : voies d'abord. - Délais de cicatrisation.

Complication

- **MODULE 7**

Rééducation et réadaptation en pathologie respiratoire : réanimation

Broncho-pneumopathies chroniques obstructives :

bronchite chronique et emphysème ;

dilatation des bronches ;

cysticfibrosis (mucoviscidose)

asthme.

Pneumopathies interstitielles, fibrose pulmonaire et pneumoconioses.

Pathologie infectieuse respiratoire :

bronchites, pneumopathies aiguës et pneumonies, abcès du poumon et complications pulmonaires des troubles de la déglutition.

Pathologie de la paroi et des plèvres

atteintes neuro-musculaires ;

traumatismes thoraciques (plaie du diaphragme, volets costaux...

pleurésies;

insuffisances respiratoires chroniques obstructives et restrictives

réadaptation à l'effort ;

insuffisances respiratoires aiguës atelectasie, réanimation, ventilation assistée et oxygénothérapie.

Le poumon de l'opéré

suites opératoires et broncho-pneumopathies chroniques obstructives.

Chirurgie thoracique :

voies d'abord pulmonaires et oesophagiennes;

gestes opératoires résections et exérèses

suites opératoires

complications : hémithorax, fuites aériennes, complications circulatoires.

Poumon du prématuré, immaturité pulmonaire et troubles de la ventilation et de la perfusion.

- **MODULE 8**

Kinésithérapie en médecine chirurgie et gériatrie

A. - Rééducation, réadaptation en pathologies diverses

Médecine : les obésités (notions sur la diététique et les régimes alimentaires).

Cancérologie : les fractures pathologiques. - Les troubles neurologiques, respiratoires liés aux métastases et à la thérapeutique, les séquelles, locomotrices.

Oto-rhino-laryngologie : chirurgie maxillo-faciale. Paralyse faciale (cf. IV A 2), vertiges. - Structures mandibulaires.

Chirurgie abdominale : intervention sur la paroi : éventration. - Hernies sur les viscères : ablation. Réductions, libérations et dérivations internes ou externes : temps de cicatrisation ; conséquences des interventions : douleur. - Transit. - Ventilation drainage.

Gynécologie-obstétrique : la statique pelvienne; modification ostéo-musculaire, ligamentaire et circulatoire au cours de la grossesse au cours de l'accouchement : la respiration. - Les modifications du plancher pelvien. - Les lésions périnéales et leur traitement ; les prolapsus et leur traitement ; les incontinences urinaires d'effort passives et leur traitement ; rééducation périnéo-abdominale.

B. - Gériatrie

Aider le sujet à assumer son vieillissement et ses conséquences : étude anatomo-physiologique du vieillissement, connaissance de la pathologie. Rôle du masseur-kinésithérapeute dans le domaine de la prophylaxie et de la thérapeutique.

1. Étude anatomo-physiologique

Modifications biologiques du vieillissement.

Retentissement psychologique.

2. Pathologies liées au vieillissement
Appareil locomoteur (ostéoporose).
Pathologies associées.

3. Kinésithérapie et personnes grabataires

4. Géro-psycho-geriatrie

• **MODULE 9**
Pathologie infantile

1. Développement et croissance de l'appareil locomoteur

2. Examen morphologique, examen neuro-moteur

3. Neurologie

3.1. Pathologies cérébrales

Causes : traumatique, infectieuse, métabolique, anoxique, génétique, vasculaire, malformative, tumorale.

Les syndromes : moteurs (I.M. O.C.). - Mentaux (troubles des fonctions supérieures).

Autres (épilepsie, troubles sensoriels).

Pathologie limitée ou différentielle :

M.B.D. (Minimal Brain Damage); D.M.C. (Damage Minimal Cérébral) (à développer)

Troubles psychomoteurs (apprentissage du geste, troubles temporo-spatiaux).

3.2. Les dégénérescences spino-cérébelleuses

Les pathologies médullaires;

Malformatives : myélo-méningocèle ;

Autres : traumatique, vasculaire, tumorale.

3.3. Les pathologies du système nerveux périphérique

Atteinte de la corne antérieure (PAA, Wernig. - Hoffmann).

Atteinte obstétricale du plexus brachial.

4. Les dystrophies musculaires progressives

5. Orthopédie, traumatologie

5.1. Rachis et thorax

5.1.1 Déviations latérales et sagittales du rachis

Troubles statiques réductibles ; scolioses structurales ; déviations d'origine dystrophique (maladie de Scheuermann).

5.1.2 Malformations. - Torticolis congénital.

5.2. Membres

Déviations : genu-valgum, varum, pied plat, pied creux;

Dystrophies : épiphysites de la hanche, du genou, du pied, épiphysolyse

Malformations : pied-bot, amputation congénitale, maladie luxante de la hanche, maladies constitutionnelles ;

Inégalités des membres inférieurs;

Traumatologie : les fractures de l'enfant. - Les traumatismes du cartilage de croissance : décollements épiphysaires.

5.3. Les séquelles orthopédiques des maladies neurologiques

(à autonomiser si non détaillées en B 3 (neurologie de l'enfant).

6. Les rhumatismes chroniques

Arthrite rhumatoïde

Maladie de Still.

7. Pathologie respiratoire

En néonatalogie;

Mucoviscidose. - Asthme. - D.D.B.

8. Pathologie cardiaque

Cardiopathies congénitales.

9. Hémophilies

• **MODULE 10**

Prévention, promotion de la santé, ergonomie

A. - Prévention, promotion de santé

Objectifs : A l'issue de cet enseignement, l'élève devra :

Connaître les objectifs et les priorités de la politique de prévention

Être capable d'apporter aux patients une meilleure connaissance du fonctionnement de leur corps dans le sens d'une économie de l'appareil locomoteur, d'une hygiène de vie et d'une diététique ;

D'apprécier les conditions de travail des intéressés et leurs retentissements psycho-physiologiques;

De susciter une participation active de l'individu en tenant compte des impératifs du cadre de vie ;

De participer à des actions de prévention et d'éducation pour la santé, à l'école, dans l'entreprise, les centres sociaux... ainsi qu'à la recherche sur les maladies professionnelles et les accidents du travail.

Contenu :

1. Prévention et promotion de la santé

Éducation pour la santé : méthodologie, objectifs et évaluation.

Thème de promotion de la santé

Sommeil; alimentation ; accidents ; sexualité et reproduction humaine ; maladies sexuellement transmissibles;

Toxicomanies (tabac, alcool, drogue, médicaments)

Rythmes de vie;

Éducation respiratoire

Santé dans les pays en voie de développement.

2. Prévention et masso-kinésithérapie

Prévention des surcharges imposées au squelette et participation aux actions de dépistage précoce des anomalies de position vertébrale chez l'enfant, en particulier d'âge scolaire. Prévention d'attitudes répétitives potentiellement dangereuses. Alimentation et santé de l'adulte, habillement, prévention du vieillissement ostéo-articulaire. Prévention de la lassitude au poste de travail par une éducation articulaire et musculaire générale.

Prévention de la dégradation des facultés mentales du sujet âgé par un programme d'activités physiques adaptées. -

Conseils. - Alimentation et santé (cf. Module IV - C. Gériatrie)

B. - Ergonomie

Objectifs : L'enseignement doit permettre à l'élève d'apprécier et de corriger un poste de travail en insistant surtout sur l'amélioration des données anthropométriques, sans négliger l'ambiance de travail.

Contenu :

1. La tâche

1.1. La charge mentale : les rythmes de travail. - le travail posté. - le travail répétitif. - Conséquences physiologiques.

1.2. Le travail informationnel : prise d'information. - Surveillance-Système commande/réponse.

1.3. Le travail musculaire : adaptation cardio-respiratoire, facteurs aggravants et favorisants.

1.4. Anthropométrie : méthodes de mesure. - les aires de travail. - l'espace de travail.

2. Les ambiances de travail

2.1. Les poussières :

2.2. L'ambiance thermique : mesures. - Critères de tolérance. - Régulation. - Accidents.

2.3. L'ambiance acoustique : mesures. - Traumatismes. - Protections.

2.4. Éclairagisme : mesures. - Acuité visuelle. - Ambiance lumineuse. 4. Méthodologie en ergonomie et recherche en ergonomie.

Moyens :

Les cours comprennent des études de postes de travail, des visites d'entreprises commentées par l'enseignant et les responsables de l'ergonomie et de la sécurité dans l'entreprise.

• **MODULE 11**

Kinésithérapie et sports

Objectifs : faire acquérir les connaissances nécessaires à l'intervention des masseurs-kinésithérapeutes aux tests d'aptitudes et de surveillance, au traitement et aux premiers soins des sportifs.

Contenu :

Physiologie du mouvement. - Adaptation aux gestes sportifs;
Physiologie de l'effort. - Application à l'entraînement et à la diététique, dopage ;
Examens morphologiques, statiques et dynamiques spécifiques ;
Matériel et méthodes d'exploration ;
Profil psychologique du sportif ;
Échauffement et récupération (massage, rééducation)
Pathologies spécifiques aux différents sports
Rééducation
Contention ;
Sports pour handicapés;
Réadaptation à l'entraînement sportif (période intermédiaire avant la reprise des compétitions. - Collaboration avec les entraîneurs)
Prophylaxie ;
Premiers soins sur le terrain
Lésions de l'appareil locomoteur ;
Fractures de fatigue ;
Arrachements apophysaires ;
Retentissement du sport sur les épiphyses de croissance
Lésions ostéocartilagineuses de surmenage ;
Claquages. - Contusions et ruptures musculaires.

• **MODULE 12**

Législation. -Déontologie. - Gestion.

A. - Législation professionnelle :

Notions sur les travailleurs indépendants ; les professions libérales; l'exercice salarié;
L'exercice de la médecine; l'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute
L'exercice des autres professions de santé
Le traité de Rome et la profession ;
La profession de masseur-kinésithérapeute en France et à l'étranger;
Le syndicalisme ;
Le secret professionnel
La responsabilité médicale (en médecine privée, collective)
La responsabilité administrative
La responsabilité pénale;
Le conseil supérieur des professions paramédicales.

B. - Législation sociale :

Législation applicable aux handicapés;
Les régimes de sécurité sociale et leurs différentes branches
Assurance maladie ; assurance vieillesse ; accidents du travail et maladies professionnelles ; allocations familiales
Les nomenclatures : des actes professionnels ; des prestations sanitaires
Les règles principales (entente préalable)
La cotation des actes des auxiliaires médicaux ;
Le régime conventionnel ;
La mutualité ;
Les systèmes de retraite

C. - Déontologie

Genèse ; définition et éthique professionnelle
Le code de déontologie médicale et son adaptation à la profession
Devoirs du masseur-kinésithérapeute envers le malade
Le corps médical, les confrères;
La complémentarité des professions de santé,

D. - Gestion professionnelle et informatique,

a) Gestion :

Orientation

Conditions d'emploi ;

Installation;

Livres comptables

Charges professionnelles

Gestion du cabinet;

Associations de gestion agréées ;

Les différents régimes fiscaux

b) Informatique :

algorithmique; langage informatique; notions sur le matériel, les circuits ; utilisation ; programme type de statistique de gestion

Analyse clinique

Annexe n°5 tri à plat pour les MK1

	Genre		Age	Diplômes						Compétences				
	H	F		B.C	Bac S	L3	M2	L2	L1	Org	Ens	Ani	Rh	
1	0	1	24	1	1	1	1			1	1	1		
2	1	0	24	1	1			1		1	0	0		
3	0	1	20	1	1					0	1	1		
4	1	0	21	1	1					1	0	0		
5	0	1	21	1	1					1	0	0		
6	1	0	20	1	1					0	0	0		
7	1	0	21	1	1					1	0	0		
8	1	0	21	1	1					1	0	0		
9	1	0	21	1	1					1	0	0		
10	1	0	21	1	1					0	1	0		
11	1	0	22	1	1					1	0	0		
12	1	0	21	1	1					1	0	0		
13	0	1	20	1	1					1	0	0		
14	0	1	20	1	1					0	0	0		
15	1	0	21	1	1					0	0	0		
16	1	0	20	1	1					1	0	0	1	
18	0	1	22	1	1					1	0	0		
20	1	0	21	1	1					1	0	0		
21	1	0	21	1	1					1	0	0		
22	0	1	21	1	1					1	0	0		
23	1	0	22	1	1				1	1	0	1		
24	1	0	21	1	1					1	0	0	1	
25	0	1	22	1	1					1	0	0		
26	0	1	22	1	1					0	0	0		
27	1	0	22	1	1					0	0	0		
M	0,64	0,36	21	1	1	0,04	0,04	0,04	0,04	0,72	0,12	0,12	0,08	0

Tri à plat pour les MK1 : Postures

Postures K1																											
Quest 1					Quest 2					Quest 3					Quest 4					Quest 5					TG	MG	
1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	TG	MG	
0	0,5	0	0,5	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	2,5	0,5	
0	0,5	0	0,5	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	3	0,6	
0	0,5	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	3	0,6	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	3	0,6	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7		
0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	3	0,6	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	2,5	0,5	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	3	0,6
0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	2,5	0,5	
0	0,5	0	0,5	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	3	0,6	
0	0,5	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	2,5	0,5	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7		
0	0	0	0,5	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	1,5	0,3	
0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	4,5	0,9	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	3	0,6	
0	0	0	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	2	0,4	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	2,5	0,5	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	3	0,6	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	3	0,6	
0	0,5	0	0,5	1	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	2	0,4	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0	1	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	2	0,4	
0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	3	0,6	
0	0,38	0	0,24	0,62	0,32	0	0,32	0	0,64	0	0,26	0,22	0	0,48	0	0,34	0	0	0,34	0	0,3	0,02	0,48	0,8	2,88	0,576	

Tri à plat pour les MK1 : Apprentissage

Apprentissage K1																											
Quest 6					Quest 7					Quest 8					Quest 9					Quest 10					TG	MG	
1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	TG	MG	
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7	
0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	2,5	0,5
0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	2,5	0,5
0,5	0	0,5	0	1	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	4	0,8	
0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	3,5	0,7
0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	3,5	0,7	
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	3,5	0,7	
0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0	0	0	0	2	0,4	
0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	3	0,6	
0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0,5	2,5	0,5	
0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	3	0,6	
0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0	0	0,5	0,5	3	0,6	
0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	3	0,6
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	2,5	0,5	
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	3	0,6	
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	4	0,8	
0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7	
0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	2,5	0,5	
0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	3,5	0,7	
0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	3	0,6	
0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0,5	3	0,6	
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0	0	0,5	0,5	4	0,8	
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0	1	0	0	0	0,5	0,5	2,5	0,5	
0,5	0	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	2	0,4	
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	3,5	0,7	
0,24	0	0,14	0	0,38	0	0,34	0,02	0,44	0,8	0,4	0	0,16	0	0,56	0	0,26	0,42	0	0,68	0	0,38	0	0,26	0,64	3,06	0,61	

Tri à plat pour les MK1 : Communication

Communication K1																								
Sit 1					Sit 2					Sit 3					Sit 4					Sit 5				
sol	sou	eva	com	int	sol	sou	eva	com	int	sol	sou	eva	com	int	sol	sou	eva	com	int	sol	sou	eva	com	int
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0

Tri à plat pour les MK1 Communication

COMMUNICATION K1									
T sol	M sol	T sou	M sou	T eva	M eva	T com	M com	T int	M int
0	0	1	0,2	0	0	3	0,6	1	0,2
0	0	1	0,2	0	0	2	0,4	2	0,4
0	0	1	0,2	0	0	2	0,4	2	0,4
1	0,2	0	0	0	0	2	0,4	2	0,4
0	0	0	0	0	0	3	0,6	2	0,4
0	0	1	0,2	0	0	2	0,4	2	0,4
0	0	0	0	0	0	3	0,6	1	0,2
0	0	2	0,4	0	0	2	0,4	1	0,2
1	0,2	0	0	0	0	3	0,6	1	0,2
1	0,2	1	0,2	1	0,2	0	0	2	0,4
1	0,2	1	0,2	1	0,2	0	0	2	0,4
0	0	0	0	0	0	3	0,6	2	0,4
1	0,2	1	0,2	0	0	1	0,2	2	0,4
0	0	1	0,2	0	0	1	0,2	3	0,6
0	0	2	0,4	1	0,2	1	0,2	1	0,2
0	0	0	0	2	0,4	2	0,4	1	0,2
1	0,2	0	0	0	0	2	0,4	2	0,4
1	0,2	1	0,2	1	0,2	2	0,4	0	0
0	0	0	0	1	0,2	2	0,4	2	0,4
1	0,2	0	0	0	0	2	0,4	2	0,4
1	0,2	0	0	0	0	4	0,8	0	0
0	0	1	0,2	0	0	1	0,2	3	0,6
0	0	0	0	0	0	4	0,8	1	0,2
0	0	0	0	0	0	3	0,6	2	0,4
0	0	0	0	0	0	4	0,8	1	0,2
	0,072		0,112		0,056		0,432		0,32

Annexe n°6 tri à plat pour les MK2

	Genre		Age	Diplômes								Compétences				
	H	F		B.C	Bac S	L3	M2	L2	Bnssa	Pod	inf	Org	Ens	Ani	Rh	
17	1	0	21	1	1							1	0	0	0	
19	0	1	21	1	1							1	1	0	0	
23	1	0	22	1	1							0	0	0	0	
1	1	0	21	1	1							1	0	0	0	
2	0	1	22	1	1							0	1	0	0	
3	1	0	35	1	1	1					1	1	0	0	0	
4	0	1	22	1	1							1	0	0	0	
5	0	1	21	1	1							1	0	0	0	
6	0	1	24	1	1							0	0	0	0	
7	1	0	21	1	1							1	1	0	0	
8	1	0	21	1	1							1	0	1	0	
9	1	0	23	1	1							1	0	0	1	
10	1	0	23	1	1							1	1	1	0	
11	0	1	24	1	1							1	0	0	0	
12	0	1	23	1	1					1		1	1	0	0	
13	1	0	23	1	1							0	0	0	0	
14	0	1	23	1	1							1	1	1	0	
15	1	0	22	1	1				1			0	1	0	1	
16	1	0	20	1	1							1	0	0	0	
17	1	0	23	1	1							1	0	0	0	
18	0	1	21	1	1							0	1	0	0	
19	0	1	22	1	1							1	0	0	0	
20	0	1	22	1	1							1	0	0	0	
21	0	1	22	1	1							0	0	0	0	
22	1	0	20	1	1							1	0	0	0	
23	1	0	22	1	1							0	1	0	0	
M	0,54	0,46	22,46	1,00	1,00	0,04	0,00	0,00	0,04	0,04	0,04	0,69	0,35	0,12	0,08	0,00

Tri à plat pour les MK2 : Postures

Postures K2																											
Quest 1					Quest 2					Quest 3					Quest 4					Quest 5					TG	MG	
1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	TG	MG	
0	0,5	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	2	0,4		
0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	2,5	0,5	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	2,5	0,5	
0	0,5	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	3	0,6	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	3,5	0,7		
0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	3	0,6	
0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	4	0,8	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	4	0,8	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	3,5	0,7	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0,5	3,5	0,7	
0	0,5	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0,5	3	0,6		
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	4	0,8	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	4	0,8	
0	0,5	0	0,5	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	4	0,8	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	4	0,8	
0	0	0	0,5	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	2	0,4	
0	0,5	0	0,5	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	4	0,8	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	4	0,8	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7
0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0,5	1,5	0,3	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	4,5	0,9	
0	0	0	0,5	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	2,5	0,5	
0	0,5	0	0,5	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7	
																										0,67	

Tri à plat pour les MK2 : Apprentissage

Apprentissage K2																											
Quest 6					Quest 7					Quest 8					Quest 9					Quest 10					TG	MG	
1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	TG	MG	
0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	3,5	0,7	
0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	4	0,8	
0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	2	0,4	
0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	2,5	0,5	
0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	2,5	0,5	
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	4,5	0,9	
0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	3,5	0,7	
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	4,5	0,9	
0,5	0	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7	
0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	2,5	0,5	
0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	2	0,4	
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	3	0,6	
0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	4	0,8	
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	3	0,6	
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	3,5	0,7	
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	4,5	0,9	
0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0	1	0	0	0	0	0	1,5	0,3	
0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	4	0,8	
0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	5	1	
0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	3	0,6	
0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	2,5	0,5	
0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0	0	1,5	0,3	
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	4	0,8	
0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	3	0,6	
0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	2,5	0,5	
0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	2,5	0,5	
																										0,63	

Tri à plat pour les MK2 Communication

Communication K2																								
Sit 1					Sit 2					Sit 3					Sit 4					Sit 5				
sol	sou	eva	com	int	sol	sou	eva	com	int	sol	sou	eva	com	int	sol	sou	eva	com	int	sol	sou	eva	com	int
0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0

Tri à plat pour les MK2 Communication

COMMUNICATION K1									
T sol	M sol	T sou	M sou	T eva	M eva	T com	M com	T int	M int
0	0	0	0	1	0,2	3	0,6	1	0,2
2	0,4	0	0	0	0	2	0,4	1	0,2
0	0	0	0	0	0	3	0,6	2	0,4
0	0	0	0	2	0,4	2	0,4	1	0,2
0	0	1	0,2	0	0	1	0,2	3	0,6
0	0	1	0,2	0	0	3	0,6	1	0,2
2	0,4	1	0,2	0	0	1	0,2	2	0,4
0	0	1	0,2	0	0	4	0,8	0	0
0	0	0	0	0	0	2	0,4	3	0,6
0	0	1	0,2	0	0	1	0,2	3	0,6
1	0,2	0	0	0	0	4	0,8	0	0
1	0,2	0	0	0	0	3	0,6	1	0,2
0	0	0	0	0	0	4	0,8	1	0,2
2	0,4	0	0	0	0	1	0,2	2	0,4
0	0	1	0,2	0	0	2	0,4	2	0,4
0	0	2	0,4	0	0	2	0,4	1	0,2
0	0	0	0	0	0	2	0,4	3	0,6
0	0	0	0	0	0	4	0,8	1	0,2
0	0	0	0	0	0	4	0,8	1	0,2
0	0	0	0	0	0	5	1	0	0
0	0	0	0	0	0	2	0,4	3	0,6
2	0,4	1	0,2	0	0	1	0,2	1	0,2
0	0	1	0,2	0	0	1	0,2	3	0,6
1	0,2	0	0	0	0	2	0,4	2	0,4
1	0,2	1	0,2	1	0,2	1	0,2	1	0,2
1	0,2	1	0,2	0	0	2	0,4	1	0,2
0,50	0,10	0,46	0,09	0,15	0,03	2,38	0,48	1,54	0,31

Annexe n°7 tri à plat pour les MK3

	Genre		Age	Diplômes						Compétences				
	H	F		B.C	Bac S	D.I	AFGSU			Org	Ens	Ani	Rel	
1	1	0	23	1	1					0	0	0	0	
2	1	0	24	1	1					0	0	0	0	
3	1	0	24	1	1					1	0	1	0	
4	1	0	23	1	1					1	0	1	0	
5	0	1	22	1	1					1	1	0	0	
6	0	1	23	1	1					0	0	0	0	
7	1	0	23	1	1					1	0	1	0	
8	0	1	22	1	1					1	0	0	0	
9	1	0	22	1	1					1	1	1	0	
10	1	0	22	1	1		1			1	0	1	0	
11	0	1	25	1	1	1				1	0	0	0	
12	0	1	22	1	1					1	1	0	0	
13	0	1	23	1	1					0	1	1	0	
14	1	0	28	1	1	1				1	1	1	0	
15	1	0	24	1	1		1			0	0	0	0	
16	0	1	24	1	1					0	1	0	0	
17	0	1	22	1	1					0	1	0	0	
18	1	0	23	1	1					1	1	0	0	
19	1	0	22	1	1					1	0	1	0	
20	1	0	23	1	1					1	0	1	0	
21	0	1	24	1	1					1	0	0	0	
22	1	0	28	1	1					1	1	1	0	
23	0	1	23	1	1					1	0	1	0	
24	0	1	23	1	1					1	1	0	0	
25	1	0	21	1	1					1	0	0	0	
26	0	1	23	1	1					1	1	0	0	
27	1	0	23	1	1					0	0	1	0	
28	1	0	24	1	1					0	0	1	0	
29	1	0	22	1	1					1	0	0	0	
30	0	1	22	1	1					0	1	0	0	
31	1	0	23	1	1					1	0	1	0	
32	0	1	22	1	1					1	0	0	0	
33	0	1	22	1	1					1	0	0	0	
34	1	0	24	1	1		1			1	0	0	0	
35	0	1	25	1	1					1	0	1	0	
36	0	1	23	1	1					1	1	0	0	
37	0	1	22	1	1					1	0	0	0	
38	1	0	22	1	1		1			0	1	0	0	
39	0	1	21	1	1					0	0	0	0	
40	0	1	23	1	1					1	0	1	0	
41	0	1	22	1	1		1			1	0	0	0	
	0,49	0,51	23,07	1,00	1,00	0,05	0,12	0,00	0,00	0,71	0,34	0,39	0,00	0,00

Tri à plat pour les MK3 : Postures

Postures K3																												
Quest 1					Quest 2					Quest 3					Quest 4					Quest 5					TG	MG		
1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	TG	MG		
0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0	1	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	2,5	0,5
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	4	0,8	0,8	
0	0,5	0	0,5	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	4	0,8	0,8	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	3	0,6	0,6	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	3,5	0,7	0,7	
0	0,5	0	0,5	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	2	0,4	0,4	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0,5	2,5	0,5	0,5	0,5	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	3	0,6	0,6	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7	0,7	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	4,5	0,9	0,9	
0	0,5	0	0,5	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	3	0,6	0,6	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	3	0,6	0,6	
0	0,5	0	0,5	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7	0,7	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0,5	2,5	0,5	0,5	
0	0,5	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	3	0,6	0,6	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0,5	1,5	0,3	0,3	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	3	0,6	0,6	
0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	2	0,4	0,4	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	3	0,6	0,6	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7	0,7	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	4	0,8	0,8	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	2	0,4	0,4	
0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	3,5	0,7	0,7	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	3	0,6	0,6	
0	0,5	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7	0,7	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	4	0,8	0,8	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	3	0,6	0,6	
0	0,5	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	2	0,4	0,4	
0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	3	0,6	0,6	
0,5	0	0,5	0	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	4,5	0,9	0,9	
0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	3,5	0,7	0,7	
0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	1,5	0,3	0,3	
0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0,5	1	3,5	0,7	0,7	
0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	1	0	0,5	0	0,5	1	3	0,6	0,6	
0	0	0	0,5	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0	1	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	2,5	0,5	0,5	
0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	1	0,2	0,2	
0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	3	0,6	0,6	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	2,5	0,5	0,5	
0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	2,5	0,5	0,5	
0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0,5	0,5	2	0,4	0,4	
																											2,95	0,59

Tri à plat pour les MK3 : Apprentissage

Apprentissage K3																										
Quest 6					Quest 7					Quest 8					Quest 9					Quest 10					TG	MG
1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	1	2	3	4	T	TG	MG
0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	4	0,8
0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0	0	0,5	0,5	4	0,8
0,5	0	0,5	0	1	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0,5	3	0,6
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	4	0,8
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	4,5	0,9
0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0	0	0	0	3	0,6
0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0	0	0,5	0,5	2,5	0,5
0,5	0	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	3	0,6
0,5	0	0,5	0	1	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	4	0,8
0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	2	0,4
0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	2,5	0,5
0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	3	0,6
0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	3	0,6
0,5	0	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	3	0,6
0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	2,5	0,5
0,5	0	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	2,5	0,5
0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	3	0,6
0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	3	0,6
0,5	0	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7
0,5	0	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	2,5	0,5
0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	2,5	0,5
0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	2	0,4
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	3	0,6
0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	2,5	0,5
0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	2,5	0,5
0,5	0	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	2,5	0,5
0,5	0	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	2	0,4
0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0	0,5	2	0,4
0,5	0	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	2,5	0,5
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0	1	0	0	0	0,5	0,5	3	0,6
0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	2	0,4
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	3,5	0,7
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	1	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0	0	0,5	0,5	3,5	0,7
0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	3,5	0,7
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	2,5	0,5
0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	0	1	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0,5	1	4	0,8
0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	2,5	0,5
0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	2,5	0,5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	0,5	0	1	2,5	0,5
																									2,94	0,59

Tri à plat pour les MK3 Communication

COMMUNICATION K3									
T sol	M sol	T sou	M sou	T eva	M eva	T com	M com	T int	M int
1	0,2	0	0	0	0	2	0,4	2	0,4
1	0,2	0	0	0	0	3	0,6	1	0,2
2	0,4	0	0	0	0	2	0,4	1	0,2
1	0,2	1	0,2	0	0	2	0,4	1	0,2
0	0	0	0	0	0	3	0,6	2	0,4
0	0	1	0,2	0	0	2	0,4	2	0,4
0	0	1	0,2	1	0,2	1	0,2	2	0,4
0	0	1	0,2	0	0	0	0	4	0,8
1	0,2	1	0,2	0	0	2	0,4	1	0,2
0	0	0	0	0	0	3	0,6	2	0,4
0	0	1	0,2	0	0	2	0,4	2	0,4
1	0,2	0	0	0	0	2	0,4	2	0,4
1	0,2	0	0	0	0	3	0,6	1	0,2
0	0	1	0,2	0	0	4	0,8	0	0
0	0	2	0,4	0	0	1	0,2	2	0,4
0	0	1	0,2	0	0	3	0,6	1	0,2
0	0	0	0	0	0	2	0,4	3	0,6
0	0	1	0,2	0	0	3	0,6	1	0,2
1	0,2	1	0,2	1	0,2	0	0	2	0,4
2	0,4	1	0,2	0	0	0	0	2	0,4
0	0	1	0,2	0	0	4	0,8	0	0
0	0	2	0,4	0	0	1	0,2	2	0,4
0	0	2	0,4	0	0	0	0	3	0,6
1	0,2	0	0	0	0	2	0,4	2	0,4
1	0,2	1	0,2	0	0	2	0,4	1	0,2
0	0	0	0	1	0,2	3	0,6	1	0,2
2	0,4	1	0,2	0	0	1	0,2	1	0,2
0	0	1	0,2	0	0	1	0,2	3	0,6
1	0,2	0	0	0	0	3	0,6	1	0,2
0	0	1	0,2	0	0	1	0,2	3	0,6
0	0	0	0	1	0,2	1	0,2	3	0,6
0	0	3	0,6	0	0	1	0,2	1	0,2
0	0	2	0,4	1	0,2	1	0,2	1	0,2
0	0	0	0	0	0	4	0,8	1	0,2
0	0	2	0,4	1	0,2	0	0	2	0,4
0	0	2	0,4	0	0	0	0	3	0,6
1	0,2	0	0	0	0	3	0,6	1	0,2
2	0,4	0	0	0	0	1	0,2	2	0,4
0	0	1	0,2	0	0	2	0,4	2	0,4
1	0,2	1	0,2	0	0	2	0,4	1	0,2
1	0,2	0	0	0	0	3	0,6	1	0,2
0,51	0,10	0,80	0,16	0,15	0,03	1,85	0,37	1,68	0,34

RÉSUMÉ

Les professionnels de santé sont, de fait, confrontés à la complexité de la relation soignant-soigné. Ont-ils acquis la compétence nécessaire pour gérer les situations parfois conflictuelles issues de cette relation complexe ? C'est de cette question qu'est né ce travail de recherche qui tente de mettre en relief d'une part les difficultés relationnelles éprouvées par certains professionnels et, d'autre part, d'évaluer la pertinence des connaissances acquises lors de la formation initiale sur ce thème. Le choix de l'outil d'enquête scientifique par le questionnaire a permis de questionner 92 étudiants en Masso-Kinésithérapie sur les différents concepts d'apprentissage et de communication afin de dégager leur posture de futurs professionnels auprès du patient.

Il ressort de cette analyse que le profil des étudiants de cet Institut se situe plutôt dans une logique de type phénoménologique (62%) et que les compétences éducatives et relationnelles se construisent au fur et à mesure de leur professionnalisation. L'institution ne se contente plus de former uniquement des experts techniciens en rééducation mais également des professionnels développant une posture de consultant ou d'accompagnateur, qui facilite l'écoute compréhensive du patient et son autonomisation, contribuant en cela à une meilleure qualité et efficacité des soins.

Mots clefs : Communication, compétence, compréhension, posture, relation soignant-soigné,

SUMMARY

The professionals of health, in fact, are confronted with the complexity of the relation look after-need. Did they acquire competence necessary to manage the situations sometimes conflict exits of this complex relation? It is of this question that was born this research task which tries to highlight on the one hand the relational difficulties had by certain professionals and on the other hand to evaluate the relevance of the knowledge obtained during the initial formation on this topic. The choice of a differential survey made it possible to question students in Physiotherapy on the various concepts of training and communication in order to release their posture of future professionals near the patient.

It comes out from this analysis that the students of this institute are located rather in logic of a phenomenological type, (62%) developing progressively educational and relational skills and thus in favour of a posture adapted to the quality of the relation look after-need. These results resulting from a small sample of students would thus let predict that this institute is not satisfied any more to train only expert's technicians in rehabilitation but also of the professionals developing a posture of consultant or guide more with the understanding listening of the patient, contributing to a better quality and efficiency of the care.

Key words: Communication, competence, comprehension, posture, relation look after-need,