

Pédagogie et apprentissage :  
la composante éducative dans la prise en charge  
masso-kinésithérapique

Estelle VICQUENAULT  
Année scolaire 2009-2010

REGION DES PAYS DE LA LOIRE

## **Résumé**

L'analyse des rôles respectifs de l'enseignant vis-à-vis de l'élève et du masseur-kinésithérapeute auprès du patient permet d'établir un parallèle entre les théories de l'apprentissage et les modèles de la santé. Dans le cadre de la prise en charge de ses patients, le rééducateur-éducateur doit, d'une manière générale, faire preuve de pédagogie et les concepts et techniques issus des sciences de l'éducation peuvent par exemple être appliqués à l'éducation thérapeutique, à l'apprentissage moteur ou à la rééducation en groupe. Dans un souci d'efficacité, le masseur-kinésithérapeute peut ainsi enrichir sa pratique en développant ses compétences en sciences de l'éducation. Il ne faut cependant pas négliger la qualité des techniques utilisées, les capacités relationnelles et la participation du patient (qui doit être acteur de sa rééducation) qui jouent également un rôle dans la réussite de la rééducation.

## **Mots clés**

Pédagogie

Théories de l'apprentissage

Education

Modèles de la santé

## SOMMAIRE

Introduction.....	1
1. L'enseignant et l'élève .....	1
1.1. Pédagogie, sciences de l'éducation et didactique.....	1
1.1.1. Pédagogie et sciences de l'éducation.....	2
1.1.2. Pédagogie et didactique .....	2
1.2. L'apprentissage .....	2
1.2.1. La conception béhavioriste .....	3
1.2.2. Le constructivisme.....	4
1.2.3. Le socio-constructivisme .....	5
1.3. Enseigner.....	7
1.3.1. Les courants pédagogiques .....	7
1.3.2. La consigne.....	9
1.3.3. Les variables didactiques .....	9
1.3.4. L'évaluation.....	9
1.3.5. Le statut de l'erreur.....	11
1.3.6. Le transfert.....	11
2. Le masseur-kinésithérapeute et le patient .....	12
2.1. Les modèles de la santé.....	12
2.1.1. Le modèle biomédical.....	12
2.1.2. Le modèle global .....	13
2.2. Modèles de la santé et prise en charge masso-kinésithérapique.....	13
2.2.1. Les conceptions du handicap .....	13
2.2.2. Le diagnostic masso-kinésithérapique .....	15
2.3. Relation thérapeutique et posture .....	16
2.3.1. La relation soignant/soigné.....	16
2.3.2. Les modèles de la posture.....	16
2.4. Education du patient.....	17
2.4.1. L'apport de la loi du 4 mars 2002.....	18
2.4.2. Kinésithérapie et éducation à la santé.....	18
2.5. Prise en charge masso-kinésithérapique et modèles de santé : conclusion .....	19
3. Discussion : Le masseur-kinésithérapeute éducateur/enseignant?.....	19
3.1. Le masseur-kinésithérapeute éducateur.....	20
3.1.1. La composante pédagogique de la prise en charge kinésithérapique .....	20
3.1.2. L'apprentissage en rééducation .....	20
3.1.3. Le béhaviorisme et l'apprentissage moteur .....	22
3.1.4. Le constructivisme en rééducation .....	24
3.1.5. Le socio-constructivisme en rééducation.....	26
3.2. Pourquoi le masseur-kinésithérapeute n'est pas seulement un éducateur ? .....	27
3.2.1. L'importance des techniques .....	28
3.2.2. Les capacités relationnelles .....	28
3.2.3. La participation du patient.....	28
3.3. L'intérêt pour le masseur-kinésithérapeute d'avoir des connaissances dans le domaine de la pédagogie et des apprentissages .....	28
3.3.1. La kinésithérapie : science biomédicale ou science humaine ? .....	28
3.3.2. Recherche d'efficacité .....	29
3.3.3. L'obligation de formation continue .....	29
3.3.4. La formation initiale : le constat dans les IFMK .....	30
4. Conclusion .....	30
Références	
Annexes	

## **Introduction**

Préalablement à mon entrée à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Nantes, j'ai poursuivi des études universitaires qui m'ont permis d'obtenir, en 2001, le diplôme de Professeur des Ecoles. J'ai ensuite enseigné pendant 4 années, principalement en école élémentaire (enfants de 6 à 11 ans).

Si dans un premier temps la profession de masseur-kinésithérapeute me paraissait relativement éloignée de celle d'enseignant, j'ai progressivement, lors de ma formation et notamment au cours des différents stages, mis en évidence des analogies entre les deux métiers.

En effet, le masseur-kinésithérapeute doit mettre en place une rééducation, qui est un « *traitement visant à faire recouvrer l'usage d'une fonction lésée à la suite d'un accident ou d'une maladie* »<sup>1</sup>. De ce fait, comme l'indique J.-P. Didier [1] « *le rééducateur doit enseigner à son patient de nouvelles procédures mécaniques, cognitives ou comportementales* ». Il se place alors dans un rôle d'enseignant et doit, en conséquence, faire preuve de pédagogie dans la mise en place de sa démarche de rééducation.

Dans quelle mesure les techniques d'enseignement peuvent-elles alors s'appliquer à la prise en charge masso-kinésithérapique ? Comment transposer la pédagogie d'un enseignant vis-à-vis de ses élèves à celle d'un masseur-kinésithérapeute face à ses patients ?

Enfin, de quelle manière la maîtrise et la mise en place de ces procédés peuvent-elles aider le masseur-kinésithérapeute dans sa prise en charge ?

Avant d'approfondir une réflexion sur la manière dont l'action d'un masseur-kinésithérapeute se rapproche de celle d'un enseignant, notamment à travers des exemples de pratique concrets, il est nécessaire de définir le rôle de l'enseignant par rapport à l'élève ainsi que celui du masseur-kinésithérapeute vis-à-vis du patient.

### **1. L'enseignant et l'élève**

Dans un premier temps, il apparaît indispensable de définir les termes « pédagogie » et « didactique », issus du vocabulaire des sciences de l'éducation. Ces termes sont en effet fréquemment employés dans le langage courant, mais pas toujours à bon escient.

Par la suite, les théories de l'apprentissage seront abordées ainsi que l'application pédagogique de ces théories dans l'enseignement.

#### ***1.1. Pédagogie, sciences de l'éducation et didactique***

La pédagogie se définit, d'après Françoise Raynal et Alain Rieunier [2] comme « *toute activité développée par une personne pour développer des apprentissages précis chez autrui* ». On peut donc considérer la pédagogie comme une action qui vise à faciliter les apprentissages.

---

<sup>1</sup> Dictionnaire Hachette, 2006.

### 1.1.1. Pédagogie et sciences de l'éducation

Le terme de pédagogie est à différencier de celui de sciences de l'éducation.

En effet, les sciences de l'éducation constituent « *une discipline d'enseignement et de recherche* » [2] s'intéressant à tous les sujets relatifs à l'éducation. Le pédagogue peut en conséquence emprunter des concepts ou des modèles aux sciences de l'éducation mais il est avant tout un praticien dont le souci principal est l'efficacité de son action. Pour F. Raynal et A. Rieunier [2], « *C'est un homme de terrain, et à ce titre il résoud en permanence des problèmes concrets d'enseignement/apprentissage. La source principale de son «intuition pédagogique» reste l'action et l'expérimentation, dont il tire validation et encouragement.* »

### 1.1.2. Pédagogie et didactique

La didactique se rapporte quant à elle à l'utilisation de techniques et de méthodes d'enseignement. Selon F. Raynal et A. Rieunier [2], elle « *étudie les interactions qui peuvent s'établir dans une situation d'enseignement/apprentissage entre un savoir identifié, un maître dispensateur de ce savoir et un élève récepteur de ce savoir.* » Le didacticien, à l'opposé du pédagogue qui se base sur l'expérimentation, est avant tout un spécialiste de l'enseignement de sa discipline.

Même si le pédagogue, le didacticien et le chercheur en sciences de l'éducation ont sur l'action pédagogique des points de vue qui diffèrent, le pédagogue doit s'appuyer, dans un souci d'efficacité, sur les résultats des travaux en didactique et en sciences de l'éducation.

La pédagogie étant une action et toute action étant subordonnée à un ensemble de croyances, différents types de pédagogie se sont développées.

Mais avant de s'intéresser à ces différents courants pédagogiques et à la manière dont on peut enseigner de manière efficace, il apparaît indispensable de répondre à la question : « Comment les individus apprennent-ils ? »

## **1.2. L'apprentissage**

Depuis le XIX<sup>ème</sup> siècle, les chercheurs en psychologie ont tenté de comprendre les mécanismes mis en place lorsqu'un individu apprend quelque chose. Différentes théories d'apprentissage ont ainsi vu le jour et parmi celles-ci, trois continuent de jouer un rôle important du point de vue des apprentissages en général, et des apprentissages scolaires en particulier :

- le béhaviorisme, qui s'inspire des travaux de Watson et Skinner, entre autres ;
- le constructivisme, d'après Piaget ;
- le socio-constructivisme de Vygotski et Bruner.

### 1.2.1. La conception béhavioriste

#### ➤ Caractéristiques générales

Le béhaviorisme, terme créé en 1913 par l'américain Watson à partir du mot *behavior* (comportement), est une « *théorie psychologique qui fait du comportement observable l'objet même de la psychologie et de l'environnement, l'élément clé de la détermination et de l'explication des conduites humaines* » [2]. Pour les béhavioristes, l'individu est considéré comme une boîte noire, dont on ignore le fonctionnement mais dont on peut prévoir certains comportements. Ainsi, en proposant des stimuli particuliers en entrée, on obtient toujours les mêmes résultats à la sortie.

L'apprentissage est alors prévisible et repose sur le modèle linéaire : stimulus – boîte noire – comportement.

Le comportement est ici considéré comme « *la manifestation observable de la maîtrise d'une connaissance, celle qui permettra de s'assurer que l'objectif visé est atteint* » [3]. Ainsi, l'enseignement est un ensemble de renforcements qui amènent au comportement désiré : stimulus – réponse – feedback ; et l'apprentissage se fait par essais-erreurs : le renforcement est positif en cas de bonne réponse, négatif pour rectifier les erreurs.

Dans cette conception, les processus cognitifs sont exclus. En effet, ils sont non mesurables scientifiquement et, d'après les béhavioristes, non liés directement à l'apprentissage.

#### ➤ Principes pédagogiques

A partir de ces caractéristiques générales, des principes pédagogiques peuvent être déduits.

Ainsi, la répétition joue un rôle majeur dans l'apprentissage. Son rôle est double : elle va permettre de renforcer les comportements adéquats mais aussi de réduire les mauvaises habitudes, néfastes à l'apprentissage.

La motivation de l'élève est également totalement indispensable et garante de l'apprentissage. En effet, une forte implication de l'élève dans les situations d'apprentissage lui permettra de multiplier les comportements observables et d'ainsi favoriser l'apprentissage. C'est pourquoi les béhavioristes insistent tout particulièrement sur le rôle actif de l'apprenant.

#### ➤ Critique

Le béhaviorisme est souvent décrié, car souvent réduit au conditionnement de Pavlov. Mais il serait injuste de limiter le béhaviorisme à ce mécanisme d'apprentissage primaire. Ce système a notamment fait ses preuves dans les apprentissages techniques ou professionnels, quand l'objectif est d'obtenir la modification d'un comportement ou l'obtention d'un nouvel automatisme. Seulement, pour assurer la réussite de l'apprentissage, les tâches visées doivent être spécifiques et ciblées.

Malgré ces aspects positifs, l'approche béhavioriste présente ses limites lorsque la tâche à apprendre se complexifie. En effet, un apprentissage complexe nécessite, dans cette conception, la mise en place d'apprentissages successifs, plus simples. Mais l'apprentissage de ces différentes étapes intermédiaires ne garantit pas l'apprentissage global visé initialement.

De plus, le béhaviorisme favorise un apprentissage précis, parfois trop fermé, sans généralisation. Or pour valider totalement un apprentissage, celui-ci doit pouvoir être

applicable à d'autres situations proches, similaires. C'est ce qu'on appelle le transfert des apprentissages et qui est difficilement réalisable selon la conception béhavioriste.

### 1.2.2. Le constructivisme

Cette théorie de l'apprentissage, développée à partir des travaux de Jean Piaget (1896-1980), développe l'idée que les connaissances ne sont pas transmises par quelqu'un qui sait vers quelqu'un qui ne sait pas, mais se construisent par l'individu lui-même à travers son action dans l'environnement.

Pour Piaget, celui qui apprend n'est pas seulement en relation avec les connaissances qu'il apprend, il organise son monde au fur et à mesure qu'il apprend, en s'adaptant. Cette conception met en évidence la nature adaptative de l'intelligence et la fonction organisatrice, structurante qu'elle met en œuvre.

#### ➤ Applications en pédagogie

L'apprentissage selon la conception constructiviste consiste en un auto-apprentissage dans le sens où c'est l'apprenant qui construit son savoir, il est l'artisan de ses connaissances. Pour apprendre, il va devoir manipuler et confronter ses idées, ses conceptions et ses connaissances à l'activité proposée.

Selon les constructivistes, la mise en place d'une activité d'apprentissage nécessite :

- d'évaluer les pré-requis (en terme de savoirs et de savoir-faire) ;
- de tenir compte des représentations de l'élève, c'est-à-dire de ses conceptions, car celles-ci pourront servir, soit de base, soit d'obstacle à l'acquisition de nouvelles connaissances.

Il est important de préciser que selon la théorie constructiviste, l'erreur est nécessaire et a une fonction formative. En effet, c'est par l'erreur que la structure mentale de l'apprenant sera en mesure d'évoluer.

L'erreur est d'ailleurs exploitée dans la situation de base de la conception constructiviste : la situation-problème.

#### ➤ La situation-problème

*« Une situation-problème est une situation pour laquelle l'individu ne dispose pas de procédure de résolution : soit parce que les connaissances nécessaires au traitement font défaut [...], soit parce que les connaissances appliquées ont conduit à un échec [...]. » [2]*

Pour Gérard Barnier [3], *« une situation-problème est telle que ce que l'élève connaît et sait faire actuellement n'est pas immédiatement suffisant pour qu'il puisse répondre correctement. »*

Lors de la résolution d'une situation-problème, quatre étapes peuvent être décrites [3] :

- 1- L'élève pense qu'il va pouvoir résoudre le problème en le ramenant à des savoirs et savoir-faire qu'il maîtrise déjà.
- 2- S'il n'y parvient pas, il peut alors prendre conscience, devant cet échec temporaire, des limites et insuffisances de son mode de traitement du problème auquel il est confronté. C'est l'étape indispensable de déstabilisation et de déséquilibre, appelée conflit cognitif.
- 3- Il peut ensuite essayer d'adapter ses savoirs et savoir-faire pour les ajuster à la situation-problème.

- 4- Ceci peut alors aboutir à une amélioration dans la manière dont l'élève mobilise ses savoirs et savoir-faire pour résoudre le problème et provoquer des réajustements et des restructurations de connaissances, voire l'intégration de connaissances nouvelles : c'est l'apprentissage.

La conception constructiviste de l'apprentissage se base donc sur la production d'un conflit cognitif par confrontation d'un apprenant à une situation-problème. La déstabilisation provoquée par l'erreur, ici formative, est alors en mesure de provoquer une réorganisation des connaissances et/ou l'acquisition de nouveaux savoirs et savoir-faire.

Lors de la mise en place d'une situation-problème, il peut être difficile pour l'enseignant d'apprécier la difficulté proposée. En effet, si la situation proposée est trop facile, elle devient situation d'exécution, c'est-à-dire une situation dans laquelle « *les procédures de résolution sont connues de l'individu et applicables directement.* » [3] Or le but d'une situation-problème est de créer une réflexion et une analyse autour d'une question à résoudre.

En revanche, si la situation proposée est trop difficile, l'enseignant pourra être amené à introduire une guidance suffisante pour orienter l'élève. L'objectif à terme d'une situation-problème est que cette situation, initialement impossible à réaliser le devienne et se transforme, pour l'élève, en situation d'exécution.

Ainsi, pour un élève, traiter un problème puis s'entraîner à le résoudre, c'est « *transformer une procédure inconnue et aléatoire en une procédure connue et certaine* » [3]. Le but poursuivi à long terme et qui permettra de valider l'apprentissage, est que la résolution de ce problème en situation (contextualisé) devienne un automatisme applicable dans n'importe quel contexte (transfert des connaissances).

### 1.2.3. Le socio-constructivisme

Faisant suite au constructivisme, le socio-constructivisme introduit une nouvelle dimension : la dimension sociale. Ainsi, l'apprentissage ne résulte plus de l'action du seul apprenant mais du produit d'activités socio-cognitives liées aux échanges didactiques enseignant/élève et élève/élève.

L'approche socio-cognitive est un courant de recherches en plein développement et seuls les apports théoriques les plus caractéristiques vont être ici abordés.

#### ➤ La zone proximale de développement (ZPD) de Vygotski

Pour Vygotski, psychologue soviétique (1896-1934), l'être humain est avant tout un être social. Ainsi, le développement de ses fonctions psychiques supérieures n'est pas uniquement le fruit d'un processus biologique mais dépend aussi et surtout d'un processus culturel par le biais de médiateurs socio-culturels. L'éducation et l'enseignement apparaissent alors comme des éléments fondamentaux dans le développement de l'enfant.

Grâce à l'intervention de l'adulte et dans des conditions favorables, le développement cognitif peut subir une véritable accélération. Ainsi, la zone proximale de développement est définie comme « *l'écart entre le niveau de résolution d'un problème sous la direction et avec l'aide de l'adulte ou de pairs plus compétents, et celui atteint seul* » [3]. Vygotski [4] affirme que « *la recherche montre que la zone de proche développement a une signification plus directe pour la dynamique du développement intellectuel et la réussite de l'apprentissage que le niveau présent de développement.* »

Selon cette approche, on peut considérer que l'élève saura bientôt faire par lui-même ce qu'il est capable de réaliser actuellement avec l'aide d'autrui.

L'enseignant devient alors beaucoup plus un guide, un médiateur qu'un transmetteur de connaissances.

➤ Bruner et le processus d'étayage

Pour le psychologue américain Bruner (1915-...), la médiation de l'adulte occupe une place capitale dans les apprentissages de l'enfant. L'étayage, un dispositif d'aide et de soutien approprié, va aider l'enfant à dépasser ses découvertes spontanées et le mettre sur la voie de la résolution.

En outre, Bruner considère que certains aspects socio-affectifs et cognitifs peuvent être bénéfiques aux apprentissages. Concernant les aspects socio-affectifs, le maintien de l'intérêt et de la motivation de l'élève pour la tâche à réaliser doit être une priorité pour l'enseignant. Les aspects cognitifs concernent, quant à eux, l'aide apportée par l'enseignant qui prend en charge certains aspects de la tâche à effectuer, en la simplifiant ou en guidant l'élève sur la voie de la résolution. Ce processus aidera l'élève à « dépasser ses découvertes spontanées et faire un pas de plus vers la prise de conscience, facteur décisif de l'apprentissage. » [2]

Raynal et Rieunier [2] précisent également qu'« une fois ce niveau de guidance assuré et l'apprentissage en bonne voie [...], le médiateur, suivant un principe de désétayage, doit priver peu à peu l'apprenant des aides dont il disposait, pour lui permettre d'accéder seul à la maîtrise de la compétence. »

➤ Le conflit socio-cognitif

Tout comme Piaget, les socio-constructivistes sont convaincus que le conflit peut favoriser l'apprentissage. Cependant, ils y ajoutent une dimension interactive.

Ainsi, un conflit socio-cognitif est d'après Gilly [2] une « dynamique interactive, caractérisée par une coopération active, avec prise en compte de la réponse ou du point de vue d'autrui, et recherche, dans la confrontation cognitive d'un dépassement des différences et contradictions pour parvenir à une réponse commune ».

La confrontation avec autrui joue alors un rôle primordial : « C'est toujours une révélation pour un élève de s'apercevoir que tout le monde ne pense pas comme lui. » [5]

L'échange et l'interaction sociale vont être en mesure de favoriser l'émergence de conflits socio-cognitifs, pouvant induire des déséquilibres à l'origine de la modification des représentations personnelles. En effet, la confrontation de systèmes de représentations entre les élèves joue un rôle positif dans l'étape de déstructuration du savoir, étape indispensable à l'apprentissage de nouveaux savoirs.

A travers le béhaviorisme, le constructivisme et le socio-constructivisme, ce sont trois points de vue différents sur la manière dont les individus apprennent qui s'opposent.

Quelles influences ces théories ont-elles sur l'enseignement mis en place par le pédagogue et comment celles-ci vont-elles orienter sa pédagogie ?

### 1.3. Enseigner

D'après Gagné [2], « *enseigner, c'est organiser des situations d'apprentissage* ».

Cependant, pour un même apprentissage, cette organisation pourra varier énormément d'un enseignant à l'autre. En effet, en fonction de la théorie de l'apprentissage sur laquelle il s'appuie, de sa personnalité, des élèves, etc.... l'enseignant pourra mettre en place des situations différentes.

Ainsi, on peut distinguer différentes pédagogies de l'apprentissage, dont nous développerons ici les principales.

Dans un second temps, nous nous intéresserons à différents aspects d'une situation d'apprentissage que l'enseignant doit gérer tels que la consigne, l'évaluation, les variables didactiques, le statut de l'erreur et le transfert des apprentissages.

#### 1.3.1. Les courants pédagogiques

##### ➤ Pédagogie traditionnelle

Cette pédagogie est de loin la plus répandue. Fondée sur le béhaviorisme, elle repose sur la transmission de savoirs constitués et définis au préalable. Comme le décrit M. Altet [6], « *l'acte d'enseigner implique chez l'élève le fait de recevoir un savoir déjà structuré par l'enseignant et de le transformer en « réponses, performances, savoirs », mais pas nécessairement le fait de le construire* ».

Dans ce cas, l'enseignement correspond à la transmission de savoirs et l'apprentissage à une acquisition de ces savoirs constitués. L'appropriation est souhaitée par la répétition du cours ou des savoir-faire exposés. La relation d'autorité enseignant-élève est acceptée ainsi que le principe selon lequel « *le rôle du maître consiste à dispenser le savoir, l'élève devant s'organiser au mieux pour apprendre* » [2]. Les savoirs pré-existants des élèves ne sont pas pris en compte.

Pour Gatto [7], « *ce type de pédagogie n'invite pas à la réflexion, à la compréhension et à la production mais plutôt à la simple restitution.* »

Par la suite, d'autres pédagogies, fondées sur les théories cognitives<sup>2</sup> de l'apprentissage, ont vu le jour. Parmi ces nombreuses pédagogies, celles présentées ici sont les plus courantes et ne sont pas forcément clairement distinctes les unes des autres. La liste est donc loin d'être exhaustive et aucune intention de classement n'est revendiquée.

##### ➤ Pédagogie active

On regroupe sous ce terme l'ensemble des méthodes mises au point par des pédagogues tels que Freinet, Montessori, Claparède, qui se sont opposés à l'enseignement traditionnel et qui ont basé leur pédagogie sur l'activité propre de l'élève. « *Ces pédagogues ont tenté de développer l'autonomie des enfants, et leur capacité à « apprendre à apprendre » : fichiers autocorrectifs, enseignement individualisé, projets, etc.* » [2]

---

<sup>2</sup> Les théories cognitives (ou cognitivisme) s'opposent au modèle du béhaviorisme. L'explication donnée du comportement humain est basée sur l'hypothèse de variables internes (motivation, attentes, émotions, stratégies cognitives,...). Le constructivisme et le socio-constructivisme font partie de ces théories.

Aujourd'hui, ces méthodes actives regroupent toutes les méthodes qui impliquent réellement l'apprenant, qui devient alors acteur de ses apprentissages et capable de construire ses savoirs à travers des situations de recherche.

➤ Pédagogie du projet

*« Un projet permet l'activité spontanée et coordonnée d'un groupe restreint d'élèves s'adonnant méthodiquement à l'exécution d'un travail formant une globalité et choisi librement par les enfants : ils ont ainsi la possibilité d'élaborer un projet en commun et de l'exécuter en se partageant la tâche. » [2]*

Dans ce type de pédagogie (forme de pédagogie active), les élèves conçoivent un projet qui les intéresse (par exemple : réaliser un journal scolaire, fabriquer un objet) et c'est en le réalisant qu'ils apprennent les contenus de physique, français,... dont ils ont besoin pour réaliser le projet.

Le rôle de l'enseignant est avant tout un rôle d'organisation et de programmation des différents projets afin que tous les éléments du programme soient effectivement abordés.

Les pédagogies actives sont très motivantes pour les élèves et ce concept est aujourd'hui étendu à de nombreux autres domaines que celui de l'éducation : la formation professionnelle, les techniques de recherche d'emploi, les missions humanitaires,...

➤ Pédagogie différenciée

La pédagogie différenciée, introduite par Louis Legrand au début des années 1970, est inspirée de la pédagogie de la maîtrise née aux Etats-Unis dans les années 1960.

Pour les adeptes de la pédagogie différenciée, chaque élève apprend à sa manière et présente des compétences et des difficultés spécifiques. De ce fait, pour optimiser l'apprentissage il est indispensable de connaître les difficultés individuelles afin de différencier le traitement pédagogique en fonction des caractéristiques de chacun.

Comme le résumait Raynal et Rieunier [2], *« le pédagogue qui souhaite utiliser la pédagogie différenciée doit être un technicien de la pédagogie, c'est-à-dire un professionnel capable de mettre en œuvre la plupart des techniques pédagogiques, et de faire des choix dans cette panoplie, non pas en fonction d'une idéologie de l'enseignement, mais en fonction des objectifs qu'il poursuit et des caractéristiques de la population à traiter. »*

➤ Pédagogie de groupe

Il existe plusieurs modèles de pédagogie de groupe qui se sont tous développés après la Première Guerre Mondiale.

La pédagogie de groupe, qui propose d'utiliser *« la médiation du groupe comme « levier » principal des apprentissages »* [2], a marqué un tournant décisif dans les conceptions éducatives. En effet, d'après Not [2], *« C'est le passage d'une éducation individuelle orientée vers la connaissance, à une éducation solidariste tournée vers l'entraide et la coopération. »*

Nous allons désormais considérer une situation d'apprentissage et étudier les différents paramètres qui la définissent et la manière dont ceux-ci peuvent varier selon la pédagogie mise en place. La consigne, les variables didactiques, l'évaluation, le statut de l'erreur et enfin le transfert des apprentissages vont ainsi être abordés.

### 1.3.2. La consigne

On définit la consigne comme l' « énoncé indiquant la tâche à accomplir ou le but à atteindre » [2]. Concevoir une consigne de travail est une activité qui mérite une très grande attention, car de la consigne dépend en partie la qualité du travail effectué. En effet, la compréhension et l'interprétation d'une consigne peuvent varier d'un sujet à l'autre et la représentation de la tâche que chacun s'en fait peut dès lors présenter des différences. Si cette représentation n'est pas adéquate, la tâche ne sera pas exécutée correctement.

Il est donc nécessaire de s'assurer de la bonne compréhension de la consigne. Pour cela, il faut la faire reformuler, le contrôle du feed-back étant indispensable à toute bonne communication.

Selon la situation et selon l'objectif poursuivi, la consigne peut être :

- fermée (une seule réponse est attendue) ou ouverte (plusieurs réponses sont possibles) ;
- unique (une seule tâche) ou double/triple/multiple ;
- explicite ou implicite ;
- implicante ou impersonnelle.

De plus, au niveau de la forme, elle peut :

- être une phrase simple ou une phrase complexe ;
- utiliser un vocabulaire simple ou plus évolué ;
- concerner une tâche très guidée ou au contraire très autonome.

Afin de diversifier les modalités d'apprentissage, il est important d'utiliser différents types de consignes. La variation des paramètres de ces consignes peut notamment constituer un critère de progression.

### 1.3.3. Les variables didactiques

Ce terme, issu de la didactique des mathématiques et défini par Brousseau (1986) [2] comme « une variable d'un problème ou d'une situation, pouvant être modifiée par l'enseignant, et dont les modifications (même légères) peuvent infléchir sensiblement le comportement des élèves et provoquer des procédures ou des réponses différentes. »

Ainsi, c'est en jouant sur ces variables que l'on peut provoquer de nouveaux apprentissages, en visant à faire émerger chez les élèves de nouvelles connaissances.

Par exemple, le dispositif mis en place (en groupe ou individuel, le nombre d'élèves par groupe,...), le type de consigne, les aides (présentes ou non, leur nature,...), le type de support utilisé, le nombre de chiffres du diviseur pour une division, l'inclinaison d'un banc pour un parcours de motricité, etc... peuvent être considérés comme des variables didactiques. En effet, la modification de ces différents paramètres va pouvoir influencer sur le type de démarche utilisé par l'élève pour résoudre le problème proposé.

### 1.3.4. L'évaluation

On peut considérer l'évaluation comme l'estimation du degré d'adéquation entre un ensemble d'informations et un ensemble de critères relatifs à un objectif précis. L'évaluation est à distinguer de la mesure puisqu'elle va au-delà : un jugement de valeur par rapport à un cadre de référence est exprimé à la suite de la mesure.

D'après Sène [8], « *L'évaluation occupe une place essentielle dans le processus enseignement-apprentissage. Si enseigner consiste à se fixer des objectifs en tenant compte de la situation de départ des apprenants, à mettre ensuite en œuvre des stratégies didactiques appropriées pour atteindre ces objectifs, il est évident que cette action n'aurait pas de sens si on ne pouvait pas disposer d'un feed-back, soit tout au long du processus de l'action didactique, soit à la fin de cette action pour apprécier dans quelle mesure et jusqu'à quel point les objectifs assignés ont été atteints par les enseignés.* »

Selon le but poursuivi, on distingue deux types d'évaluation : l'évaluation sommative et l'évaluation formative.

➤ L'évaluation sommative

C'est l'évaluation ayant pour but de « *sanctionner (positivement ou négativement) une activité d'apprentissage, afin de comptabiliser ce résultat en vue d'un classement ou d'une sélection.* » [2]

Cette évaluation est la plus connue : ce sont les notes sur 20, les moyennes qui permettent d'attribuer des diplômes.

➤ L'évaluation formative

Raynal et Rieunier [2] définissent l'évaluation formative comme l'« *évaluation ayant pour but d'informer l'apprenant, puis l'enseignant, du degré d'atteinte des objectifs.* »

Si l'évaluation formative est bien conçue par l'enseignant, elle permet la prise de conscience par l'apprenant de ses difficultés, de ses erreurs, de ses progrès et de ses réussites. Elle favorise également son autonomie en stimulant la prise de conscience et l'analyse de ses actions.

Pour l'enseignant, l'évaluation formative constitue un instrument d'analyse lui permettant d'orienter son action pédagogique de façon raisonnée. Le feed-back obtenu devient alors un moyen pour lui de réguler et de réajuster ses pratiques, et de revenir éventuellement à des techniques de facilitation.

Elle est largement utilisée dans les pédagogies actives qui s'appuient sur les théories cognitives de l'apprentissage.

Si l'on s'intéresse maintenant à la forme de l'évaluation, on distingue l'évaluation normative de l'évaluation critériée.

➤ L'évaluation normative

L'évaluation est dite normative lorsque le résultat de chaque élève est comparé aux résultats obtenus par une population de référence. On obtient alors un classement.

Ce type d'évaluation a l'avantage de fournir des éléments de décision aux responsables d'un système éducatif par exemple mais elle a l'inconvénient de comparer un individu à une norme, ce qui peut parfois être réducteur.

➤ L'évaluation critériée

« L'évaluation critériée consiste à vérifier dans quelle mesure les objectifs assignés à une séquence d'apprentissage sont atteints. Les critères ou tâches que l'élève doit être capable de réaliser après la séquence d'instruction figuraient alors nécessairement dans les objectifs définis avant la séquence d'enseignement. » [8]

Dans ce cas, le critère est à la fois qualitatif (nature du résultat obtenu) et quantitatif (résultat chiffré, en comparaison avec un seuil).

L'évaluation critériée présente l'avantage, par rapport à l'évaluation normative, d'être moins subjective et de ne pas comparer l'élève au reste du groupe. De plus, le critère est connu de l'enseignant et de l'élève, ce qui oriente la démarche didactique.

1.3.5. Le statut de l'erreur

Concernant l'erreur, deux visions s'opposent quant à la manière de la traiter.

Pour le béhavioriste Skinner, tout doit être mis en place pour éviter l'erreur. Il conseille ainsi de proposer de toutes petites étapes à l'apprenant. Le problème étant simple, l'apprenant réussira pratiquement à chaque tentative et sera ainsi encouragé par ses succès à continuer l'activité. Pour poursuivre l'apprentissage, il suffira d'espacer progressivement les renforcements positifs.

A l'inverse, les cognitivistes ne considèrent pas l'erreur comme synonyme d'échec mais comme un élément à part entière du processus d'apprentissage. L'erreur constitue « *un événement normal dans un processus complexe de résolution de problème, c'est éventuellement le symptôme d'un dysfonctionnement cognitif ou tout simplement un état du processus de conceptualisation.* » [2] L'erreur permet alors à l'enseignant d'identifier le ou les obstacles qui entravent le processus d'apprentissage et à l'apprenant de rechercher les origines de l'erreur et de trouver les corrections possibles. Selon cette conception, l'erreur peut perdre de son aspect négatif, uniquement dans le cas où elle n'est pas suivie de punition et où l'apprenant est en mesure de la corriger pour ne pas la reproduire et découvrir la bonne réponse.

1.3.6. Le transfert

Le transfert des connaissances est un phénomène méconnu et pourtant indispensable du processus d'apprentissage. Raynal et Rieunier [2] le définissent comme « *l'application d'une solution connue à une situation que l'on n'a jamais rencontrée. Il repose sur une aptitude à la généralisation et une capacité d'abstraction.* »

Pour favoriser ce phénomène de transfert, il semble préférable, lors de l'apprentissage initial, de fournir le niveau de guidance juste suffisant pour que l'élève découvre lui-même la solution plutôt que de lui fournir directement la solution.

D'après les théories de traitement de l'information, l'aptitude de l'élève à reconnaître un isomorphisme de structure entre deux situations serait à même d'aider le processus de transfert d'une situation connue vers une situation nouvelle.

Pour Mendelsohn [2], « *le transfert doit s'enseigner en même temps que les connaissances de base que l'on souhaite voir transférer et non après.* » En conséquence, il préconise notamment de varier systématiquement et de manière aléatoire les contextes et de « *relier les procédures pertinentes à la résolution d'un problème dans un contexte donné, à celles similaires, utilisées dans d'autres contextes.* »

Nous allons désormais quitter le domaine de l'enseignement pour nous intéresser au statut du masseur-kinésithérapeute et au rôle de rééducateur qu'il exerce auprès du patient.

## **2. Le masseur-kinésithérapeute et le patient**

D'après le décret du 8 octobre 1996 (modifié le 27 juin 2000), relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute (**annexe 1**) : « *La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont 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.* »

Comment, pour parvenir à ces fins de rééducation, le masseur-kinésithérapeute s'y prend-t-il ? Quelles démarches met-il en place ?

Après une présentation des modèles théoriques de la santé et de leurs caractéristiques, nous aborderons les notions de posture et de relation thérapeutique. Enfin un paragraphe sera consacré à l'éducation à la santé.

### ***2.1. Les modèles de la santé***

Les modèles sous-jacents de santé sont les principes auxquels se réfèrent les professionnels de santé en général et les masseurs-kinésithérapeutes en particulier pour définir, expliquer et réaliser leurs pratiques.

D'après Bury [9], deux modèles sont classiquement distingués : le modèle biomédical et le modèle global.

#### **2.1.1. Le modèle biomédical**

Le modèle biomédical repose sur le paradigme positiviste selon lequel « *l'être humain est considéré comme un organisme vivant et répondant aux lois de la nature, au même titre que les plantes ou les insectes.* » [10]

Par l'observation, considérée comme l'unique source de connaissance, une relation de cause à effet est recherchée. Pour obtenir une modification de l'effet, il suffit d'agir sur la cause.

Pour d'Ivernois et Gagnayre [9], le modèle biomédical « *infère que la maladie provient principalement d'un problème organique. Il véhicule l'idée selon laquelle toute maladie a une cause qui peut-être guérie.* »

Ce modèle, prédominant depuis la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle dans le monde occidental, considère la santé comme l'absence de maladie et la médecine « *comme une discipline scientifique dont l'objet d'étude est la maladie.* » [9]

Selon Santiago-Delefosse [11], « *dans ce modèle, la maladie est la conséquence de facteurs externes ; il s'agit d'un « mal » qui vient déranger l'état stable et bénéfique de la santé.* »

L'objectif de la médecine, dans ce modèle, est d'arriver à des mesures objectives de la maladie puis de l'éradiquer, ce qui conduirait à la guérison, c'est-à-dire au retour à un état stable.

L'approche médicale qui en découle est donc essentiellement curative et elle comporte des investigations diagnostiques et des actions thérapeutiques.

A chaque maladie correspondent un programme de prise en charge et des protocoles standardisés.

### 2.1.2. Le modèle global

A l'inverse du modèle biomédical de santé, le modèle global ou biopsychosocial repose sur le paradigme phénoménologique qui « *fait partie des courants philosophiques qui réfutent l'existence d'une réalité extérieure au sujet. [...] Les sujets ne sont pas réduits à des variables, mais pris individuellement, comme un tout. On ne fait pas abstraction de la manière dont ils considèrent leur situation.* » [12]

Le modèle global « *tente de montrer que la maladie résulte d'un ensemble complexe de facteurs organiques, psychosociaux et environnementaux.* » [9]

L'individu est ici considéré dans sa globalité.

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1946) : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »

Selon Guay [13], « *la santé devient un concept positif incluant les dimensions biologiques, psychologiques, et sociales de l'être humain, mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques.* »

L'approche médicale qui en résulte prend en compte ces différents facteurs depuis la prévention jusqu'à l'accompagnement du mourant.

## **2.2. Modèles de la santé et prise en charge masso-kinésithérapique**

De ces modèles de la santé (biomédical et global) vont découler des conceptions différentes concernant le handicap, le diagnostic masso-kinésithérapique, la relation thérapeutique soignant/patient et la posture du professionnel de santé.

### 2.2.1. Les conceptions du handicap

Le dictionnaire Larousse 2009 livre la définition suivante du mot handicap : « *Infirmité ou déficience, congénitale ou acquise. Désavantage souvent naturel, infériorité qu'on doit supporter.* »

Cette définition illustre le sens courant donné à ce mot. Mais en tant que professionnel de la santé, quelle définition associe-t-on au terme « handicap » selon le modèle de santé dans lequel on se situe ?

➤ Modèle biomédical

Le modèle biomédical, dans lequel la santé est considérée comme l'absence de maladie, instaure un lien linéaire entre déficit, incapacité et handicap. Le handicap devient la conséquence d'un déficit, d'une incapacité. La Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps (CIDH ou CIH en abrégé), proposée en 1980 par l'OMS, permet de présenter le patient suivant différents aspects : ses déficiences (situées au niveau de la structure, de la fonction), ses incapacités (en rapport avec ses activités) et ses handicaps (socialisation des déficiences et incapacités).

D'après Guay [13] : « *Le patient est toujours « handicapé » par ses déficiences. Les facteurs contextuels sont niés, la notion de situation de handicap n'existe donc pas. Le patient comme être singulier n'est pas pris en compte, sa vision de la situation n'est pas interrogée.* »

Le handicap concerne donc l'impossibilité d'un individu à se conformer aux normes ou aux attentes du monde dans lequel il vit. Le handicap interdit à l'individu de s'accomplir dans un rôle considéré comme normal compte tenu de son âge, de son sexe et des facteurs socio-culturels.

➤ Modèle global

A l'inverse, dans le modèle global, on n'établit pas de relation linéaire entre les déficits du patient et sa situation de handicap. Comme le dit Guay [13], « *le handicap est un handicap de situation qui n'est pas en lien avec les déficiences du patient.* »

Le handicap est en interaction avec les émotions et l'environnement du patient, éléments qui peuvent même devenir prépondérants.

En 2001, l'OMS a publié la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé ou CIH-2) (**figure 1**), reconnue par 191 pays comme la nouvelle norme internationale pour décrire et mesurer la santé et le handicap et qui s'inscrit totalement dans cette vision globale de la santé. Le handicap y est ainsi défini : « *L'état de fonctionnement et de handicap d'une personne est le résultat de l'interaction dynamique entre son état de santé (maladies, troubles, blessures, traumatismes, etc.) et les facteurs contextuels. Ces derniers comportent à la fois des facteurs personnels et des facteurs environnementaux.* »

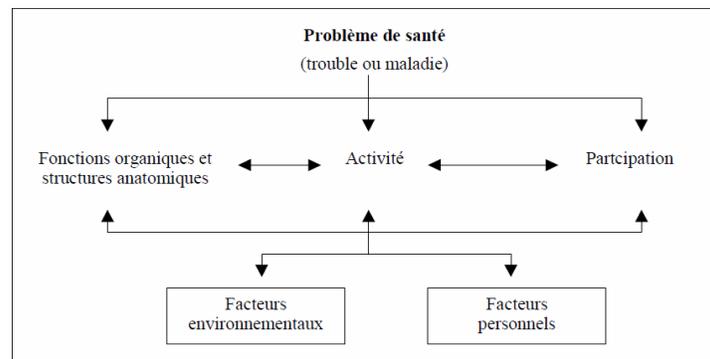


Figure 1 – Interaction entre les composants de la CIF.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Source : Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, OMS, 2000. Disponible sur <http://www.moteurline.apf.asso.fr/epidemiostatsevaluation/autresformats/CIH2versioncomplete.pdf> (consulté le 20/04/10)

Cette nouvelle classification reflète, pour Allet [14], « *le développement du statut social du handicap au cours des 30 dernières années.* » L'auteur ajoute : « *La vision traditionnelle du handicap comme caractéristique individuelle a été remplacée par une vision sociale, parfois radicale, qui a remis en question la position de la personne handicapée dans notre société.* »

### 2.2.2. Le diagnostic masso-kinésithérapique

Le décret du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute introduisait la notion de diagnostic masso-kinésithérapique, mais c'est par la version modifiée (27 juin 2000) de ce décret (**annexe 1**) que cette notion se retrouve renforcée : « *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.* » (Art. 2)

La définition donnée par l'AFREK (Association Française pour la Recherche et l'Evaluation en Kinésithérapie) est la suivante : « *Le diagnostic kinésithérapique est un processus d'analyse des déficiences et incapacités observées et/ou mesurées. C'est un processus d'évaluation du pronostic fonctionnel dont les déductions permettent :*

- *d'établir un programme de traitement en fonction des besoins constatés,*
- *de choisir les actes de kinésithérapie à mettre en œuvre.* »<sup>4</sup>

On y retrouve les différentes étapes de la démarche mise en place par le masseur-kinésithérapique lors de son diagnostic :

- le bilan : il contient des éléments recueillis (relaté, observé et mesuré) grâce à des outils fiables, sensibles et reproductibles ;
- la synthèse du bilan, qui regroupe les éléments les plus importants et les plus significatifs du bilan ;
- les objectifs de la rééducation ;
- les moyens et techniques qui vont être mis en œuvre pour réaliser ces objectifs.

En fonction du modèle de la santé auquel on se réfère, le diagnostic kinésithérapique présentera quelques variantes. Il est important de souligner que la démarche décrite (bilan, objectifs, moyens) sera identique dans les deux cas. C'est dans la manière dont vont être recherchés puis évalués<sup>5</sup> les éléments du bilan que des distinctions pourront être apportées.

#### ➤ Modèle biomédical

Selon la conception biomédicale, la démarche du diagnostic masso-kinésithérapique repose sur la CIH dans laquelle la causalité linéaire de la déficience au handicap est défendue. En conséquence, dans cette optique on cherche à établir des relations entre les éléments retrouvés au cours du bilan et les handicaps décrits.

L'évaluation mise en place est alors le plus souvent une évaluation contrôle<sup>6</sup>, pour laquelle le soignant teste, mesure, note et compare par rapport à une norme. Cela concerne par exemple la mesure des amplitudes articulaires, l'intensité de la spasticité, l'examen de la longueur du pas, etc.

---

<sup>4</sup> <http://www.afrek.com/>

<sup>5</sup> voir le chapitre consacré à l'évaluation dans la première partie (1.3.4. L'évaluation)

<sup>6</sup> L'évaluation contrôle est à rapprocher de l'évaluation normative (1.3.4. L'évaluation).

Selon cette approche, pour Guay [13], « *le projet du patient, ses attentes, ses émotions, ses savoirs de l'expérience ne seront pas interrogés.* »

➤ Modèle global

L'approche globale de la santé implique, comme on l'a déjà vu, une compréhension du handicap non linéaire. Le patient est approché dans son ensemble et le modèle du handicap est celui de la CIF.

Le bilan réalisé ne se limite pas à des mesures. La situation psychologique et sociale du patient est analysée de manière systématique. L'évaluation utilisée dans ce cas est une évaluation complexe. D'après Gatto [15], cette évaluation « *contient bien sûr le contrôle mais le dépasse en questionnant le sens de l'activité et en réorientant le projet, les objectifs et le programme si nécessaire.* »

Selon cette conception, la subjectivité de l'observateur n'est pas niée. L'auto-évaluation peut également faire partie du bilan.

## **2.3. Relation thérapeutique et posture**

### **2.3.1. La relation soignant/soigné**

Pour Hussler [16], « *un soignant est 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.* » Et d'ajouter : « *Etre soignant, c'est prendre soin d'autrui.* »

Le patient, quant à lui est une personne en perte de santé, que son état peut parfois placer en situation de dépendance.

La relation thérapeutique qui se crée entre un soignant et un patient met en jeu deux personnes à part entière, dotées d'une personnalité propre constituée de qualités et de défauts.

Les liens qui vont se créer entre eux peuvent engendrer une forme de dépendance ou encore une influence réciproque.

Cette relation, complexe et évolutive, va être différente selon l'attitude que chacun des protagonistes va adopter. Pour étudier cette relation, nous allons nous appuyer sur les travaux d'Ardoino qui a introduit le concept de posture.

### **2.3.2. Les modèles de la posture**

Pour Ardoino [17], le comportement du sujet, sa manière d'être, se décline selon le triptyque agent-acteur-auteur. Il s'agit d'attitudes ou de rôles répondant à des valeurs sociales, des opinions ou des normes, des mentalités qui influencent nos actions.

Cependant, il est important de préciser que la posture d'un sujet n'est pas immuable. Elle pourra en effet évoluer en fonction de l'expérience personnelle ou professionnelle, ou en fonction du contexte ou de la situation. Ce modèle est dynamique, chacun pouvant passer aisément d'un modèle à l'autre.

De plus, Ardoino considère qu'il n'y a « *pas de hiérarchisation, même implicite, de ces notions les unes par rapport aux autres* » [17].

➤ La posture d'agent

Dans la posture d'agent, le sujet exécute les tâches prescrites. « *Le sujet subit, il est spectateur, usager ou pire assujéti. Il n'a pas de pouvoir sur les règles du jeu qui déterminent son action. Il est en position de soumission et d'application.* » [17]

Le professionnel de santé, dans une posture d'agent, applique les procédures et les protocoles préétablis sans les remettre en cause ni les adapter. Il réalise des bilans valides et en déduit la prise en charge adéquate.

Le patient, positionné dans une posture d'agent, doit suivre et appliquer la prescription du masseur-kinésithérapeute pour espérer une amélioration de son état. Son vécu, son discours et ses savoirs ne sont pas pris en compte et ne peuvent modifier le programme mis en place.

➤ La posture d'acteur

Selon Ardoino [17], « *L'acteur est reconnu comme co-producteur de sens, il est pourvu de conscience et d'initiative, capable de stratégies* ».

Le sujet acteur possède une certaine marge de manœuvre et peut se permettre d'interpréter les prescriptions et les recommandations pour sélectionner les protocoles adaptés.

➤ La posture d'auteur

Le sujet auteur invente, innove. Il est prescripteur, décideur, responsable et autonome. L'auteur est « *celui qui réussit à se situer lui-même, comme étant à l'origine, à la source de son propre devenir* » [17].

Il est au-delà de la simple exécution et s'engage de manière active et volontaire, notamment au niveau de la formation professionnelle. Le professionnel de santé s'inscrit dans une prise en charge globale du patient et le guide dans le choix des objectifs.

Le patient auteur est considéré comme un partenaire ; son vécu et son discours sont essentiels.

➤ Postures et modèles de santé

Gatto [17] propose les relations suivantes entre postures et modèles de santé :

- Dans le modèle biomédical de la santé, le professionnel de santé est agent ou éventuellement acteur. Le patient est agent.

- Au contraire, dans le modèle global, le professionnel de santé est acteur/auteur. Le patient, quant à lui, est co-auteur.

## **2.4. Education du patient**

Pour Gatto [7], « *L'éducation à la santé consiste à aider le patient à augmenter son pouvoir de connaissance, de décision et d'action sur sa santé pour pouvoir continuer à s'engager dans le contexte dans lequel il vit et améliorer ou maintenir sa qualité de vie.* »

Quant à Green (cité par Gatto et Viel) [18], il en donne la définition suivante : « *toute combinaison de méthodes d'apprentissage destinée à faciliter l'adoption volontaire de comportements conduisant à la santé.* »

#### 2.4.1. L'apport de la loi du 4 mars 2002

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé traduisait une volonté de la société de faire évoluer le contexte global de la santé.

Elle place notamment le patient au cœur du système comme l'énonce l'article L.1111-2 de la Loi du 4 mars 2002 publié dans le code de la santé publique : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que les autres solutions possibles et sur les conséquences en cas de refus.[...] Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.* »

L'acte de soins ne se limite donc plus aux seuls gestes techniques. Les actions éducatives font désormais partie de l'arsenal thérapeutique.

Pour Gatto [7], « *Notre action est donc thérapeutico-éducative* ».

#### 2.4.2. Kinésithérapie et éducation à la santé

L'éducation à la santé, en prenant compte à la fois des dimensions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles du patient et en plaçant celui-ci au cœur du système, s'inscrit dans le modèle global de la santé.

Elle a pour objectif d'aider le patient à mieux prendre en charge sa santé et à améliorer ses relations avec son corps, avec les soins et avec la maladie. De meilleures connaissances concernant sa maladie contribueraient ainsi à améliorer sa santé présente et à venir [7]. De même, pour Gatto et Viel, « *mieux un malade connaît sa maladie, moins il la craint et plus il est capable de la gérer correctement.* » [18]

La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) du 21 juillet 2009 inscrit l'éducation thérapeutique du patient au sein du parcours de soin : « *Elle (l'éducation thérapeutique) a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.* »<sup>7</sup>

Cependant, l'éducation à la santé ne se réduit pas à la simple délivrance d'informations. Le libre choix du patient est respecté et l'objectif est d'obtenir l'appropriation de ces informations. Pour le kinésithérapeute qui s'inscrit dans cette démarche, le but est d'accompagner le patient à modifier certains comportements. Il doit en conséquence être capable de transmettre les savoirs indispensables à la modification des comportements souhaitée et de convaincre le patient de les appliquer. En effet, si le patient n'a pas compris et intégré des conseils d'hygiène de vie, il est peu envisageable que ceux-ci soient suivis.

Pour parvenir à cela, il est important, comme nous le verrons par la suite<sup>8</sup>, de prendre en compte les représentations et les savoirs expérientiels du patient.

---

<sup>7</sup> Article L1161-1 du Code de la santé publique

<sup>8</sup> voir 3.1.4.

## **2.5. Prise en charge masso-kinésithérapique et modèles de santé :**

### **conclusion**

On a montré que, selon le modèle de santé dans lequel le masseur-kinésithérapeute se place, sa prise en charge présentera des différences.

De plus, il existe un parallèle entre les modèles de santé et les théories d'apprentissage. Ainsi, un masseur-kinésithérapeute s'inscrivant dans un modèle biomédical de la santé aura tendance à privilégier des techniques d'apprentissage basées sur le béhaviorisme<sup>9</sup>. En effet, selon le paradigme positiviste, le professionnel de santé se réfère à la norme ; le déficit, cause d'un handicap, doit être corrigé. L'erreur est difficilement acceptable. Ainsi, une boiterie, une technique de transfert peu « académique » ou la mauvaise compréhension des consignes doivent être combattus. L'apprentissage par le patient (ici placé dans une posture d'agent) de nouveaux savoir-faire se fera donc principalement par essais-erreurs, la répétition y jouera un rôle primordial et le but visé sera de se rapprocher de la norme.

A l'inverse, si la conception de la santé du masseur-kinésithérapeute est plutôt globale, les théories cognitives (constructivisme et socio-constructivisme) seront dominantes. Ainsi, après avoir identifié les représentations du patient, ses croyances et ses connaissances vis-à-vis de la maladie, le thérapeute, auteur, tentera de transformer les savoirs et savoir-faire du patient à partir de situations rencontrées dans l'environnement. L'objectif est d'amener le patient à gagner en autonomie de compréhension (notamment grâce à l'éducation à la santé) et d'action.

Pour conclure cette deuxième partie, nous proposons de résumer, sous la forme d'un tableau (**annexe 2**), les relations mises en évidence entre les deux modèles de santé et les éléments suivants : les conceptions de la Santé et du handicap, le diagnostic masso-kinésithérapique, les postures du masseur kinésithérapeute et du patient et les théories de l'apprentissage.

Les relations entre les théories relatives aux professions d'enseignant et de masseur-kinésithérapeute ont été explicitées. Un parallèle a en effet été mis en évidence entre modèles de la santé et théories de l'apprentissage. En outre, la part de plus en plus importante accordée à l'éducation à la santé impose au rééducateur de se positionner également en tant qu'éducateur.

Ce lien reste cependant théorique et il est donc indispensable de s'interroger sur la part que prend réellement la composante éducative dans la prise en charge masso-kinésithérapique et comment tout cela s'articule au sein de la pratique.

### **3. Discussion : Le masseur-kinésithérapeute éducateur/enseignant?**

La dimension éducative du rééducateur est souvent vécue de manière intuitive. En effet, le kinésithérapeute assume pleinement le fait de donner des conseils d'hygiène de vie, d'apprendre à un patient à marcher à réaliser des transferts, d'évaluer, etc.

---

<sup>9</sup> voir 1.2.1. La conception béhavioriste

Cependant, la plupart du temps, cette approche demeure du domaine du ressenti, chacun mettant en place ces différentes activités selon sa personnalité, son expérience.

Est-il possible de faire de toutes ses intuitions quelque chose de plus construit, de plus conceptualisé ? Le kinésithérapeute peut-il alors être considéré comme un éducateur ? Dans cette optique, quelles compétences se doit-il de développer ?

### **3.1. Le masseur-kinésithérapeute éducateur**

Afin de montrer que le masseur-kinésithérapeute a aussi un rôle d'éducateur à jouer, nous allons tout d'abord démontrer l'importance de la pédagogie et de l'apprentissage dans la rééducation.

Dans un second temps, nous nous intéresserons à la manière dont les théories de l'apprentissage (béhaviorisme, constructivisme et socio-constructivisme) et les outils pédagogiques (variables didactiques, consignes, évaluation) s'appliquent à la prise en charge masso-kinésithérapique.

#### **3.1.1. La composante pédagogique de la prise en charge kinésithérapique**

Nous avons défini la pédagogie<sup>10</sup> comme toute activité mise en place par une personne pour favoriser des apprentissages précis chez autrui. Le pédagogue est considéré comme un « praticien » et il est admis que l'expérimentation joue un rôle primordial dans sa pratique. Par ses activités de rééducation, le masseur-kinésithérapeute doit donc notamment être un pédagogue.

La pédagogie intervient lorsqu'un « *problème concret d'enseignement/apprentissage* »<sup>11</sup> survient. Le « rééducateur-pédagogue » doit alors trouver des solutions lorsqu'il est confronté à une situation d'apprentissage non satisfaisante (par exemple : le patient ne réalise pas ce que le rééducateur souhaitait, la situation mise en place est trop simple ou trop compliquée, la consigne n'est pas comprise, le patient se trouve en situation d'échec et se démotive, le patient ne suit pas les conseils d'hygiène de vie prodigués, etc.)

Il appartient alors au masseur-kinésithérapeute de réagir et de modifier la situation mise en place afin qu'elle remplisse son rôle d'apprentissage. Pour y parvenir, il peut, en reprenant les éléments qui ont été développés dans la première partie, faire varier différents paramètres : la consigne (être plus ou moins directif, simplifier ou complexifier la consigne,...), les variables didactiques<sup>12</sup>, l'évaluation (feed-back, encouragements ou réprimandes,...) ou encore la théorie d'apprentissage sous-jacente (béhaviorisme ou cognitivisme).

#### **3.1.2. L'apprentissage en rééducation**

Selon J.-P. Didier [1], l'apprentissage constitue « *un principe de base du processus de rééducation et de réadaptation.* »

En effet, l'enseignement par le rééducateur de nouvelles procédures mécaniques, cognitives ou comportementales va permettre au patient d'apprendre à exploiter des capacités différentes de celles qui auraient été les siennes si la lésion (congénitale ou acquise) n'était pas

---

<sup>10</sup> voir 1.1. Pédagogie, sciences de l'éducation et didactique

<sup>11</sup> voir 1.1.2. Pédagogie et didactique

<sup>12</sup> voir 1.3.3. Les variables didactiques

intervenue. L'objectif poursuivi est de faciliter l'intégration du patient à la société en lui offrant la meilleure qualité de vie possible. Cet apprentissage concerne par exemple : la mobilisation d'un corps doté de nouvelles propriétés mécaniques, l'utilisation de nouveaux matériels adaptés à ses nouvelles capacités ou encore la gestion d'une douleur chronique. Deux aspects de l'apprentissage en rééducation vont désormais être abordés : la participation des fonctions cognitives et la neuroplasticité.

➤ Participation des fonctions cognitives

L'apprentissage en rééducation nécessite la participation de certaines fonctions cognitives qui devront être stimulées autant que le moteur et le sensitif. Cependant, ces fonctions cognitives varient d'un patient à l'autre et leur état influence la prise en charge rééducative.

En effet, le rééducateur doit prendre en compte l'âge du patient, la nature et la gravité des lésions cognitives constatées, pour mettre en place une rééducation adaptée aux capacités du patient.

Plus l'enfant est jeune ou plus les troubles cognitifs sont importants, plus l'intervention des fonctions cognitives dans l'apprentissage sera négligeable. La communication, souvent autre que verbale (tactile, gestuelle) deviendra primordiale et l'apprentissage devra reposer sur des principes différents de ceux évoqués dans la première partie. C'est par des moyens tels que le jeu, des activités motivantes pour le patient que la mise en action sera possible et que l'apprentissage pourra alors, uniquement, survenir.

En revanche, dans le cas où les fonctions cognitives sont intactes ou faiblement atteintes et qu'elles sont en mesure d'intervenir dans le processus d'apprentissage, le rééducateur se doit de les solliciter.

Par exemple, pour les enfants présentant une Infirmiété Motrice Cérébrale (IMC)<sup>13</sup>, la rééducation, renommée « *éducation thérapeutique* » par M. Le Métayer [19], a une visée fonctionnelle : la mise en place de compensations visant la réduction d'un déficit ou l'utilisation d'un savoir-faire différent. Le kinésithérapeute doit aider et guider l'enfant à développer et à étayer son potentiel moteur en organisant des compensations à partir des automatismes cérébro-moteurs présents.

Les fonctions cognitives sollicitées dans ce cas concernent : les fonctions neuro-visuelles (réception et interprétation des informations), les fonctions exécutives (organisation des connaissances et des actions), et les fonctions nécessaires aux apprentissages (mémoire, attention, intentionnalité).

Au cours des situations d'apprentissage mises en place (séances individuelles ou en groupe), le kinésithérapeute dirige ou provoque les réponses motrices de l'enfant en fonction des objectifs fonctionnels recherchés. L'enfant est acteur de son développement et l'apprentissage est centré sur l'enfant, sur son environnement et sur l'interaction des deux. Ce mode d'apprentissage est à rapprocher de la théorie de Piaget<sup>14</sup> qui défend l'idée selon laquelle les connaissances se constituent par l'individu lui-même à travers son action dans

---

<sup>13</sup> Le terme Infirmiété Motrice Cérébrale (IMC) regroupe les atteintes cérébrales survenues durant la période périnatale qui entraînent des troubles de la posture et du mouvement sans caractère évolutif. Ces atteintes cérébrales ont suffisamment préservé les facultés intellectuelles pour permettre une scolarisation.

<sup>14</sup> Voir 1.2.2. Le constructivisme

l'environnement. L'objectif poursuivi à terme par l'éducation thérapeutique est de faciliter le transfert des acquisitions dans des situations nouvelles, ce qui constitue, comme abordé précédemment<sup>15</sup>, le stade ultime de l'apprentissage. Cette situation d'apprentissage s'oppose clairement à la théorie de la « boîte noire » des behavioristes, puisque l'automatisation nécessaire au transfert des acquisitions nécessite l'intervention de fonctions cognitives telles que la mémorisation perceptive, gnosique et praxique. C'est en effet la mémorisation du comportement moteur dans un premier temps qui va permettre, à terme, son utilisation spontanée et automatique.

Dans l'exercice de son métier, le masseur-kinésithérapeute doit donc s'adapter aux capacités cognitives de ses patients et, lorsque cela est possible, les stimuler et les développer. En effet, comme on a pu le voir à travers l'exemple de la rééducation des enfants porteurs d'une IMC, les fonctions cognitives interviennent dans l'apprentissage de nouveaux savoir-faire.

➤ La neuroplasticité

Michel Lacour [20] définit la neuroplasticité comme étant la « *propriété que possèdent les cellules nerveuses et les ensembles neuronaux de pouvoir modifier leur forme (aspect structural), leur réseau de connectivité et/ou leur mode de fonctionnement (aspect fonctionnel), en réponses à des changements intrinsèques ou extrinsèques* ». La neuroplasticité correspond donc à la capacité du système nerveux à se modifier lui-même. En conséquence, en cas de lésion du système nerveux, il existe une possibilité de réaliser des apprentissages moteurs et donc d'apprendre une nouvelle conduite motrice. Ce phénomène de récupération est exploité par exemple dans la rééducation des patients victimes de lésions cérébrales, comme nous le verrons par la suite.

### 3.1.3. Le behaviorisme et l'apprentissage moteur

L'apprentissage moteur se constate, d'après A. Durny [21], par un changement comportemental dans le temps, c'est-à-dire l'exécution plus rapide, plus précise d'un geste voire même l'exécution d'un geste plus complexe.

Différentes théories tentant de comprendre et d'expliquer l'apprentissage moteur sont actuellement avancées [21]. Le but n'est pas ici de les développer. En conséquence, seuls les aspects théoriques ayant un lien direct avec la pédagogie mise en place par le rééducateur seront abordés.

➤ La quantité de pratique, centrée sur la tâche à accomplir

Pour R. Sultana [22], la rééducation de tous les patients en neurologie centrale sans problèmes orthopédiques importants a pour objectif « *d'améliorer les activités d'indépendance et de loisir du patient* ». Pour parvenir à cela, il cite Bertsch : « *Plus le sujet accomplira d'essais dans une tâche, plus son apprentissage sera important.* »

Les techniques de rééducation devront donc être fonctionnelles (on apprend à marcher en marchant) et répétitives.

---

<sup>15</sup> voir 1.3.6. Le transfert

On se rapproche alors de la théorie béhavioriste : le rôle de la répétition est primordial et la motivation de l'élève, indispensable à l'apprentissage, est obtenue par l'aspect fonctionnel de la rééducation. Les activités proposées, en rapport avec les activités de la vie quotidienne ou les activités ludiques et sportives, ont en effet du sens pour le patient.

➤ La pédagogie dans l'apprentissage moteur

Malgré l'apparente simplicité de ce type d'apprentissage, le rôle du rééducateur-pédagogue est primordial.

Il doit ainsi notamment trouver un équilibre entre l'auto-organisation du mouvement et la directivité gestuelle [22]. L'auto-organisation du mouvement est définie comme étant l'apprentissage par essais-erreurs sans intervention du pédagogue. L'amélioration de la motricité, réalisée de manière indépendante par le patient, est obtenue par une diminution du coût énergétique et de la demande attentionnelle ainsi que par une amélioration de taux de réussite. A l'opposé, le rééducateur placé dans une optique de directivité gestuelle impose au patient une manière de procéder lors de la réalisation gestuelle d'une activité.

La directivité gestuelle, si elle est systématique, peut parfois être inefficace voire néfaste au patient. Par exemple, vouloir corriger à tout prix une boiterie qui n'est pas conforme aux critères de la biomécanique n'est pas toujours la meilleure solution. En effet, si la correction proposée demande plus d'énergie au patient ou si elle lui provoque des douleurs, il pourra éventuellement, s'il est coopérant, l'adopter lors de la séance mais l'abandonnera dès qu'il se retrouvera seul.

Dans le cas de l'auto-organisation du mouvement, le patient est libre de choisir ses stratégies motrices et le rôle du rééducateur se situe davantage au niveau de l'aide, de la sécurité et de l'encouragement.

Selon le type de rééducation (auto-organisation ou directivité gestuelle), le rééducateur utilisera des consignes<sup>16</sup> différentes. En ce qui concerne l'auto-organisation, elles seront plutôt ouvertes et non-directives : seul le résultat final souhaité est précisé. Pour la directivité gestuelle, les consignes seront au contraire fermées et directives et la tâche demandée sera extrêmement guidée.

Il appartient donc au rééducateur, dans le cadre des apprentissages moteurs, de varier les approches et de ne pas s'enfermer dans un mode d'apprentissage (auto-organisation ou directivité gestuelle). L'objectif est en effet de parvenir à une nouvelle stratégie motrice, plus ou moins proche de la norme mais avant tout adaptée et acceptée par le patient. Le rééducateur devra donc proposer des situations variées, en lien avec l'environnement et les centres d'intérêt du patient, et pour lesquelles les consignes énoncées seront plus ou moins directives.

---

<sup>16</sup> voir 1.3.2. Les consignes

### 3.1.4. Le constructivisme en rééducation

Pour les constructivistes<sup>17</sup>, le sujet, pour apprendre, doit manipuler et confronter ses idées et ses conceptions à l'activité proposée. Cette théorie peut être appliquée à la prise en charge masso-kinésithérapique : en éducation à la santé notamment, et en rééducation de manière générale, comme nous allons le voir à travers l'exemple d'une situation-problème menée en rééducation de l'équilibre.

#### ➤ L'éducation à la santé : les représentations et les savoirs expérientiels

Chez les pédagogues, les représentations regroupent les connaissances, savoirs et conceptions d'un apprenant. Préalablement à un apprentissage, l'enseignant doit évaluer ces représentations, et si celles-ci ne sont pas en adéquation avec le savoir enseigné, il doit les prendre en compte sans aller contre. En effet, « apprendre, c'est modifier ses représentations ».

Cette notion de représentations est à rapprocher de celle de savoirs expérientiels, définis par Gatto [15] comme « *l'ensemble des savoir-être, savoir-faire et compétences qu'un individu a développés au cours de ses expériences.* » Il ajoute que « *ces savoirs peuvent être en concordance ou en opposition aux savoirs savants.* »

A travers l'éducation à la santé, on cherche à transmettre au patient des connaissances concernant sa maladie, dans l'optique de parvenir à une meilleure prise en charge de la pathologie au quotidien et à une modification de ses comportements. Cependant, l'approche est complexe et il est difficile d'obtenir de nouveaux comportements [23]. Mais des travaux [18] ont montré l'intérêt de l'utilisation de concepts, de pratiques et de méthodes issues du champ des sciences de l'éducation dans l'éducation à la santé.

La plupart du temps, les conseils d'hygiène de vie par exemple sont prodigués au patient de manière directe : on lui dit comment faire et le cas échéant, on lui explique les raisons qui motivent ce conseil. Mais rarement le thérapeute s'enquiert en première intention des connaissances du patient. La pédagogie mise en place est transmissive<sup>18</sup>, le patient a un rôle passif.

Au contraire, le fait de recueillir les représentations du patient sur la maladie, c'est-à-dire ses savoirs expérientiels, va permettre une individualisation de la prise en charge (ce qui se rapproche de la pédagogie différenciée<sup>19</sup>). L'objectif va être de lui faire prendre conscience de l'insuffisance de certaines de ses connaissances pour pouvoir ensuite construire de nouveaux savoirs et savoir-faire adaptés à ses problèmes de santé. L'erreur est ici formative<sup>20</sup>. Elle n'est pas culpabilisante et pourra être plus facilement rectifiée.

#### ➤ La rééducation à l'équilibre : une situation-problème

J'ai eu l'occasion de prendre en charge, au cours de mon parcours de stage, plusieurs patients âgés présentant des troubles de l'équilibre. Parmi ces patients, Mme M., 82 ans, présentait les troubles de l'équilibre suivants : un équilibre monopodal non validé, une rétropulsion en position assise et debout et une incapacité à résister à toute forme de déstabilisation modérée

---

<sup>17</sup> voir 1.2.2. Le constructivisme

<sup>18</sup> voir 1.3.1. Pédagogie traditionnelle

<sup>19</sup> voir 1.3.1. Pédagogie différenciée

<sup>20</sup> voir 1.3.5. Le statut de l'erreur

(intrinsèque ou extrinsèque). En observant la stratégie mise en place, on constate que la stratégie de hanche n'est pas du tout utilisée. Seule une stratégie de cheville est mise en place, mais, au vu de la limitation d'amplitude articulaire en flexion dorsale, celle-ci est inefficace.

Dans un objectif d'amélioration des capacités d'équilibration de la patiente et de diminution du risque de chute, une situation-problème visant à faire passer la patiente d'une stratégie de cheville inefficace à une stratégie de hanche plus adaptée aux déséquilibres importants et aux déficits propres de la patiente (limitation de flexion dorsale) est mise en place.

Une situation-problème, rappelons-le, est une situation pour laquelle ce que sait faire le sujet n'est pas suffisant pour lui permettre de répondre correctement<sup>21</sup>.

La situation proposée consiste, pour la patiente, à maintenir l'équilibre debout suite à des déstabilisations provoquées par des poussées soit sternales, soit dorsales. On veillera évidemment à la sécurité de la patiente et à ce qu'elle se sente rassurée.

Cette situation peut être considérée comme une situation-problème puisque la patiente, dans l'état actuel, n'est pas en mesure de maintenir l'équilibre : la stratégie de cheville mise en place n'est pas satisfaisante et le déséquilibre inévitable. La patiente, après avoir tenté de résoudre la situation en utilisant une stratégie de cheville et constaté son échec (la stratégie de cheville n'est en effet efficace que pour des déséquilibres de faible amplitude), prend conscience de l'insuffisance de sa stratégie actuelle : c'est le conflit cognitif. Il va donc falloir qu'elle mette en place une autre stratégie, plus efficace et en mesure de satisfaire à l'épreuve proposée. L'erreur est alors formative car elle va pousser la patiente à acquérir un nouveau savoir-faire. Cependant, la patiente n'est pas nécessairement capable de trouver par elle-même la nouvelle stratégie à mettre en place et dans ce cas, il appartient au rééducateur d'apporter une guidance suffisante pour l'orienter. Par exemple : « Et si vous essayiez de vous pencher un peu vers l'avant avant que je vous pousse ? » Une fois que la stratégie efficace a été découverte, en l'occurrence la stratégie de hanche, il sera nécessaire, pour que cette situation impossible à réaliser à l'origine se transforme en situation d'exécution, de procéder à de nombreuses répétitions. Finalement, on tentera de transférer cette nouvelle stratégie hors de son contexte d'origine en l'appliquant à des déstabilisations infligées (extrinsèques ou intrinsèques) au cours de la marche ou d'activités quotidiennes.

L'élément le plus important lors de la mise en place d'une telle situation d'apprentissage est de parvenir au conflit cognitif. Les patients en général, et les personnes âgées en particulier, sont souvent peu enclins à modifier leurs manières de faire. Le seul moyen de les convaincre de la nécessité d'acquérir et d'utiliser de nouveaux savoir-faire est de les confronter à l'inefficacité de leurs stratégies face à une situation fonctionnelle. Le patient adhérera alors à la rééducation et l'apprentissage n'en sera que plus important. Ce principe est par ailleurs applicable à la plupart des situations proposées au cours d'une rééducation, même si celles-ci ne collent pas tout à fait à la définition d'une situation-problème.

---

<sup>21</sup> voir 1.2.2. La situation problème

### 3.1.5. Le socio-constructivisme en rééducation

Par le socio-constructivisme<sup>22</sup>, la dimension sociale est introduite dans le processus d'apprentissage.

En rééducation, l'interaction sociale est présente :

- dans la rééducation en groupe, pour laquelle les échanges favorables à l'apprentissage ont lieu entre patients ;
- dans la rééducation individuelle par l'interaction entre le patient et le kinésithérapeute.

#### ➤ La notion de groupe

La rééducation, lorsqu'elle est proposée à un groupe de patients, présente de nombreux avantages. Ainsi, cela permet d'obtenir une émulation, favorable aux éléments les moins motivés. Les échanges entre patients présentant un ressenti et des problématiques plus ou moins analogues, permettent de stimuler la communication, l'aspect relationnel et la cohésion du groupe. De plus, dans le cas où des patients présentent des troubles cognitifs, l'imitation peut favoriser et faciliter leur participation. Le fait, pour un patient, de comparer ses performances à un autre patient, peut également être source de motivation.

La rééducation en groupe peut être mise en place dans différents domaines de la rééducation : en rééducation cardio-vasculaire, pour des lombalgiques ou encore en gériatrie, à travers les ateliers d'équilibre [24].

Ce type d'atelier, que j'ai eu l'occasion d'encadrer au cours d'un stage réalisé en gériatrie, regroupe des patients présentant des troubles de l'équilibre, consécutifs à des pathologies variées (maladie de Parkinson, troubles vestibulaires, syndromes cérébelleux, etc.). L'objectif de ces ateliers d'équilibre est de maintenir et/ou d'améliorer la fonction d'équilibration et la marche afin d'éviter la réduction des activités et la perte des automatismes (facteurs favorisant la chute). A travers les différents exercices, on recherche, en plus de tous les objectifs généraux d'une rééducation en groupe, à stimuler les différentes entrées sensorielles, à améliorer les réactions d'équilibration et le relever du sol.

Cependant, pour que ce type d'ateliers soit efficace et remplisse tous ses objectifs, il appartient au rééducateur de veiller à respecter quelques principes concernant l'organisation pédagogique. Ainsi, le niveau des patients doit être homogène afin que les différents exercices soient réalisables par tous les patients avec un minimum d'aménagement, ceci pour éviter toute exclusion. Concernant le nombre de participants, il doit être déterminé de manière à obtenir un juste équilibre entre un temps de participation suffisant et des temps de repos indispensables. Enfin, l'adaptation des exercices à chaque patient est incontournable. En effet, chaque patient est unique et ses objectifs en matière d'apprentissage lui sont propres. Le rééducateur doit donc avoir une très bonne connaissance de ses patients et aménager chacune des situations proposées afin que celles-ci remplissent les objectifs spécifiques à chaque patient. Les moyens mis à disposition concernent : l'organisation matérielle (nombre ou hauteur des obstacles, aides techniques présentes ou non, type de plan instable), le ratio temps d'activité/temps de repos, le nombre de répétitions, le type de consignes, la présence ou non de distracteurs, d'une double tâche, etc. Ces différents éléments peuvent être considérés

---

<sup>22</sup> voir 1.2.3. Le socio-constructivisme

comme des variables didactiques<sup>23</sup>, dans le sens où la modification de ces paramètres par le rééducateur peut provoquer la mise en place de comportements différents de la part des patients. Par exemple, pour une situation de franchissement d'obstacles représentés par des barres réglables en hauteur, l'augmentation de la hauteur va pouvoir modifier la stratégie mise en place par les patients.

➤ Applications des concepts de zone proximale de développement et d'étayage/désétayage

Les concepts de zone proximale de développement (ZPD) et d'étayage, introduits par les socio-constructivistes Vygotski et Bruner, placent l'enseignant dans un rôle de guide et de soutien. Pour ces auteurs, l'élève saura bientôt faire seul ce qu'il est capable de réaliser actuellement avec l'aide d'autrui<sup>24</sup> et dans cette optique, l'adulte joue un rôle essentiel : en proposant tout d'abord à l'élève une aide appropriée (étayage) puis en les supprimant peu à peu (désétayage), ce dernier parviendra à la maîtrise de nouvelles compétences<sup>25</sup>. Ces concepts, concernant initialement les apprentissages cognitifs, peuvent également s'appliquer aux apprentissages moteurs.

Dans la prise en charge masso-kinésithérapique, l'aide peut ainsi être :

- manuelle : en servant par exemple de guide aux changements de position et aux déplacements [22] ;
- technique : cannes anglaises, cadre de marche, etc. pour la marche
- verbale : encouragements, indications sur la marche à suivre.

On peut alors rapprocher la notion d'étayage de celles de « guidance » ou de « facilitation » de Bobath. Selon R. Sultana [22], « *en progression, cette aide doit devenir moins importante* ». En accord avec le principe de Bobath (cité par Sultana [22]) : « *le moins de facilitation possible pour avoir le maximum d'activité propre du patient* », le but est d'arriver à l'exécution de l'activité sans aucune aide ni facilitation (désétayage).

On vient donc de montrer que l'action du masseur-kinésithérapeute auprès des patients d'âge et de pathologies variés comprend souvent une part de pédagogie et d'éducation-enseignement. Mais la rééducation ne se limite pas à cela. Quelles autres compétences le masseur-kinésithérapeute se doit-il de mettre en œuvre pour parvenir à ses objectifs rééducatifs ?

### **3.2. Pourquoi le masseur-kinésithérapeute n'est pas seulement un éducateur ?**

La réussite d'une rééducation repose sur de nombreux éléments dont : les techniques employées, l'aspect relationnel entre le thérapeute et le patient et la participation, indispensable et décisive, du patient.

---

<sup>23</sup> voir 1.3.3. Les variables didactiques

<sup>24</sup> voir 1.2.3. La zone proximale de développement de Vygotski

<sup>25</sup> voir 1.2.3. Bruner et le processus d'étayage

### 3.2.1. L'importance des techniques

Dans l'exercice de son métier, le masseur-kinésithérapeute choisit les « *actes et techniques qui lui paraissent les plus appropriés* » (**annexe 1**).

Un rééducateur se doit de maîtriser et d'appliquer des techniques adaptées et efficaces pour traiter le patient qui lui est confié. La maîtrise gestuelle et la diversité des méthodes et techniques employés sont les garants de la réussite de la rééducation.

Le masseur-kinésithérapeute se doit donc d'être un bon technicien.

### 3.2.2. Les capacités relationnelles

La communication, qu'elle soit verbale ou non-verbale, est un élément important de la prise en charge rééducative.

Le psychosociologue Porter (cité par R. Hussler [16]) a distingué 6 attitudes différentes que le thérapeute peut adopter vis-à-vis de son patient : interprétation, aide/conseil, évaluation, soutien/sympathie/consolation, questionnement/investigation, compréhension. Dans le cadre de la prise en charge du patient dans sa globalité, la meilleure attitude à adopter est celle de compréhension, qui consiste à reformuler pour essayer de comprendre sans interpréter [25]. Le rééducateur se place alors dans une situation d'écoute active dans laquelle le patient joue un rôle prépondérant, il devient acteur. Cette attitude de compréhension permet également l'installation d'une distanciation qui évite la passage d'une relation empathique vers une relation sympathique et donc non-professionnelle.

### 3.2.3. La participation du patient

La prise en charge du patient dans sa globalité impose, comme précédemment abordée, une participation active du patient.

De plus, quelles que soient les techniques employées, « *la collaboration du patient garantit l'efficacité du traitement* » [16] : les techniques passives requièrent un minimum de confiance et de relâchement du patient, informé des objectifs et des modalités de l'exercice ; la participation et les efforts du patient sont quant à eux indispensables à la mise en place de techniques actives.

Pour Gedda [25], « *l'échange qui s'instaure avec le praticien transforme le patient en partenaire* ». Le patient se trouve alors réellement impliqué dans un traitement mutuellement acceptable. « *L'interaction alors instaurée dépasse le consentement pour atteindre la responsabilité. [...] le patient est plus que jamais acteur de sa santé.* » [25]

Le fait de responsabiliser et d'impliquer le patient dans sa rééducation va avoir un effet positif sur sa motivation, son intérêt et son attention pour les activités proposées. Or, comme on l'a vu précédemment, ces éléments sont indispensables à l'apprentissage.

## **3.3. *L'intérêt pour le masseur-kinésithérapeute d'avoir des connaissances dans le domaine de la pédagogie et des apprentissages***

### 3.3.1. La kinésithérapie : science biomédicale ou science humaine ?

Selon Viel (cité par Plantin [12]), « *La question de savoir à quelle branche de la connaissance appartient la kinésithérapie a souvent été objet de débat [...] l'ambiguïté*

*persiste, et les articles de nature différente apparaissent : soit sciences humaines, soit sciences dites « dures » comme la biomécanique. »*

La dimension scientifique est évidemment un élément primordial de la kinésithérapie, mais *« le fait de cotoyer des patients durant de longues périodes, le fait que les résultats soient « opérateur dépendants », de par le facteur de motivation que peut apporter le praticien à son patient tendent à faire pencher la balance du côté des sciences humaines. »* [12]

Il apparaît donc important de ne pas négliger l'aspect relationnel et humain dans la prise en charge rééducative. Le masseur-kinésithérapeute, de la même manière qu'il apprend puis perfectionne ses techniques, se doit en conséquence de développer et d'améliorer des compétences relationnelles et transversales dont la pédagogie fait partie.

### 3.3.2. Recherche d'efficacité

Différentes études citées par Plantin [12] montrent que d'une manière majoritaire les étudiants et les professionnels, en s'inscrivant dans un modèle biomédical, privilégient le béhaviorisme dans leur prise en charge masso-kinésithérapique. Pourtant, d'après une étude de Peron-Magnan (2005) [12], le modèle de santé strictement curatif semble insuffisant pour le patient et l'utilisation de la théorie socio-constructiviste de l'apprentissage semble plus favorable au patient.

Sans vouloir donner la primauté à un modèle ou à un autre, le masseur-kinésithérapeute, dans un souci d'efficacité doit être en mesure de passer d'un paradigme (positiviste ou phénoménologique) à un autre. Les deux démarches qui en découlent (**annexe 2**) sont complémentaires et peuvent être articulées pour développer le modèle global de la santé, dont l'objectif principal est l'autonomie du patient.

Le masseur-kinésithérapeute a, selon le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de sa profession (**annexe 1**), le choix de ses techniques et moyens. L'approche pédagogique mise en place fait partie de ces choix. Une meilleure connaissance des mécanismes impliqués lui permet de se donner les moyens de faire réellement des choix. De même, il doit être capable de varier les approches en fonction du patient (âge, niveau de compréhension et de communication, état psychologique – besoin confiance/peur échec...) et de la pathologie. Et en cas d'échec, le thérapeute doit être capable de modifier ses techniques d'où la nécessité de disposer de plusieurs choix.

Pour résumer, citons Gatto [7] : *« Il n'existe pas de meilleures méthodes pédagogiques ou de meilleures théories. L'important pour le thérapeute est de savoir quelle méthode il utilise et dans quel paradigme il se trouve au cours de ses discours et de ses actions. [...] Il pourra alors choisir ce qui lui semble le plus pertinent. »*

### 3.3.3. L'obligation de formation continue

Le métier de masseur-kinésithérapeute est un métier complexe, diversifié, en constante évolution d'où la nécessité de compléter et d'actualiser ses compétences, de repenser ses démarches, de mener une réflexion sur ses pratiques professionnelles.

Comme tout professionnel de santé qui souhaite maintenir l'état de ses connaissances à niveau ou qui désire acquérir de nouvelles compétences, le masseur-kinésithérapeute est dans

l'obligation de faire appel à la formation continue<sup>26</sup>. Dans cette optique, des connaissances dans le domaine des sciences de l'éducation peuvent permettre à tout masseur-kinésithérapeute d'élargir le champ de ses compétences.

#### 3.3.4. La formation initiale : le constat dans les IFMK

D'après les textes officiels<sup>27</sup> définissant le programme des enseignements théoriques et pratiques au sein des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie, un chapitre est consacré à la pédagogie (l'apprentissage et les différents systèmes utilisés en pédagogie) dans le Module 3 (Pathologie, Psycho-sociologie) de la première année. A l'IFMK de Nantes, la grille d'évaluation permettant la validation des stages comporte un item destiné à évaluer les compétences pédagogiques des étudiants. Au-delà de ces quelques références aux théories de l'apprentissage, le contenu réel de l'enseignement dispensé lors de la formation initiale en IFMK dans ce domaine est peu conséquent.

#### 4. Conclusion

A travers les exemples proposés, on a vu que le masseur-kinésithérapeute, dans l'exercice de son métier, pouvait être amené à se positionner en tant qu'éducateur vis-à-vis de son patient. A travers l'éducation thérapeutique ou les situations de rééducation et d'apprentissage qu'il met en place, la pédagogie joue en effet un rôle important.

S'il veut permettre au patient de devenir acteur de son traitement, le masseur-kinésithérapeute doit adapter en permanence la rééducation aux spécificités du patient. De la même manière qu'il choisit ses techniques et ses méthodes de rééducation, il est en mesure de choisir la pédagogie à mettre en place pour parvenir aux objectifs visés.

Cependant, être kinésithérapeute et éducateur ne s'improvise pas et cela passe nécessairement par l'acquisition de compétences dans le domaine des sciences de l'éducation.

Il est donc possible de considérer la pédagogie comme une « technique » supplémentaire à la disposition du masseur-kinésithérapeute. Mais comme aucune technique ne se suffit à elle-même et que l'efficacité scientifique de la pédagogie est difficilement démontrable, celle-ci ne peut prendre sens qu'au sein d'une prise en charge globale, diversifiée et pertinente. Les compétences relationnelles (en lien étroit avec la pédagogie) constituent en effet un aspect important de la prise en charge masso-kinésithérapique et il serait par ailleurs inconcevable de négliger la part déterminante de la technicité du thérapeute (en terme de quantité, de qualité et de précision) dans la réussite d'une rééducation.

Le développement des compétences du masseur-kinésithérapeute dans le domaine des sciences de l'éducation contribue donc à placer le rééducateur dans une approche globale qui considère le savoir, les besoins, les projets et l'environnement du patient comme essentiels.

---

<sup>26</sup> Article L4382-1 du Code de la Santé Publique, modifié par la loi du 13 août 2004

<sup>27</sup> Annexe au décret n° 89-633 du 5 septembre 1989 modifiant le décret du 29 mars 1963

## Références

### ▪ *Références bibliographiques :*

- [1] DIDIER J.-P. *L'apprentissage, une technique de rééducation : mais apprendre quoi, comment et en évitant quoi ?* Kinésithérapie Scientifique, 2007. n°482, p 39-44.
- [2] RAYNAL F., RIEUNIER A. *Pédagogie : dictionnaire des concepts clés*. ESF Editeur, Paris, 2007.
- [4] VYGOTSKI L. *Pensée et langage*, 1934, traduction française. Ed. Sociales/Messidor, Paris, 1985. p. 270.
- [5] GIORDAN A. *Apprendre !* Belin, Paris. 1998.
- [6] ALTET M. *Les pédagogies de l'apprentissage*. PUF, Paris. 1998.
- [7] GATTO F., GARNIER A., VIEL E. *Education du patient en kinésithérapie*. Suramps médical, Montpellier. 2007.
- [9] D'IVERNOIS J.-F., GAGNAYRE R. *Apprendre à éduquer le patient*. Maloine, Paris, 2008.
- [10] CAILLETEAU-HAMEL V. *Amélioration de la qualité des soins par l'éducation à la santé et la formation*. Mémoire Master 2 Sciences de l'Education. Montpellier, Institut de Formation des Cadres de Santé, 2008, 76 p.
- [11] SANTIAGO-DELEFOSSE M. *Psychologie de la santé : perspectives qualitatives et cliniques*. Pierre Mardaga éditeur, Sprimont. 2002
- [12] PLANTIN V. *Les déterminants de la relation thérapeutico-éducative de la kinésithérapie pour lombalgie*. Mémoire Professionnel Master 2 Education et Formation. Aix-Marseille, UFR Psychologie Sciences de l'Education, Université de Provence, 2008, 82 p.
- [13] GUAY V. *Contribution à la qualité de l'accompagnement thérapeutique et à l'autonomie de la personne hémiplégique par accident vasculaire cérébral*. Mémoire Master 2 Sciences de l'Education. Corte, Université de Corse, 2008, 183 p.
- [14] ALLET L. *La CIF : un enjeu pour la physiothérapie et l'enseignement*. Kinésithérapie la revue 2009, 85-86, 37-39.
- [15] GATTO F. *Les savoirs expérentiels et l'éducation en santé du sportif vieillissant*. Kiné scientifique 2006, 468, 41-46.
- [16] HUSSLER R. *La formation initiale en masso-kinésithérapie contribue-t-elle à l'émergence d'une compétence relationnelle ?* Mémoire Master 1 Diplôme Cadre de Santé. Aix-Marseille, Université de Provence, 2007, 99 p.
- [17] ARDOINO J. *Les avatars de l'éducation : problématiques et notions en devenir*. PUF, Paris. 2000.
- [18] GATTO F., VIEL E. *Pédagogie et éducation à la santé*. Ann. Kinésithér., 2001, t. 28, n°1, 11-19.
- [19] LE METAYER M. *Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant : éducation thérapeutique*. Masson, Paris. 1999.
- [20] LACOUR M. *La neuroplasticité cérébrale : des théories aux applications cliniques*. In DIDIER J.-P. *La plasticité de la fonction motrice*. Springer-Verlag France, Paris, 2007. p. 25-54.

- [21] DURNY A. *Les différentes théories de l'apprentissage moteur : de l'expertise à la vulgarisation pratique*. Kiné scientifique 2007, 474, 29-33.
- [22] SULTANA R., MESURE S. *Ataxies et syndromes cérébelleux : Rééducation fonctionnelle, ludique et sportive*. Elsevier Masson, Paris. 2008.
- [23] FOUCAUD J. et al. *L'éducation thérapeutique : le discours du patient asthmatique*. Kinésithérapie, les cahiers, 2005, 47-48, 59-68.
- [24] BRAIZE C., LEVY A. *Les ateliers d'équilibre: Réponse adaptée à la prévention de la chute chez la personne âgée autonome vivant à domicile*. Kinésithérapie, les annales, 2002, 10, 19-20.
- [25] GEDDA M. *Pas de kinésithérapie sans éducation thérapeutique*. Kiné scientifique 2008, 492, 41-44.
- [26] CLEACH A. et al. *Education thérapeutique, éducation à la santé*. Kiné scientifique 2005, 456-457, 43-45 56-57.
- [27] GATTO F. *Kinésithérapie et éducation à la santé*. Kiné scientifique 2002, 426-427, 42-43 56-57.
- [28] HESS R., WEIGAND G. La relation pédagogique comme rencontre adultes/jeunes In : *La relation pédagogique*. Armand Colin, Paris. 1994, 70-75.
- [29] COLLIN J.-F. *Place de l'éducation thérapeutique dans la politique de santé publique*. Soins 2009, 734, 17-20.
- [30] IGUENANE J., GAGNAYRE R. *L'éducation thérapeutique du patient : le diagnostic éducatif*. Kinésithérapie les cahiers 2004. 29-30, 58-64.
- [31] BLANC P. *L'éducation thérapeutique comme dynamique de l' « apprendre »*. Ethique et santé 2009. 6, 92-96.
- [32] CARCANO Y. et al. *Kinésithérapeute donc éducateur, place de l'éducation dans un centre de rééducation (réhabilitation respiratoire)*. Kinésithérapie, les annales 2004. 31, 39-43.

▪ **Autres sources :**

- [3] Compte-rendu de la conférence de BARNIER G. *Théories de l'apprentissage et pratiques d'enseignement*. 2002.  
Disponible sur : [http://www.aix-mrs.ufm.fr/etu2/doc/Theories\\_apprentissage.pdf](http://www.aix-mrs.ufm.fr/etu2/doc/Theories_apprentissage.pdf) (consulté le 20/04/10)
- [8] Compte-rendu de la conférence de SENE B. 2003 *L'évaluation pédagogique*.  
Disponible sur [http://sfc.education.sn/IMG/doc/L\\_EVALUATION\\_PEDAGOGIQUE.doc](http://sfc.education.sn/IMG/doc/L_EVALUATION_PEDAGOGIQUE.doc) (consulté le 20/04/10)
- [33] <http://www.meirieu.com/COURS/listedes cours.htm> (consulté le 20/04/10)  
Site de Philippe Meirieu : liste des cours de pédagogie
- [34] <http://www.ac-noumea.nc/eps/concours/sitprob.htm> (consulté le 20/04/10)  
Situation problème en EPS

## Annexes

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

**Annexe 2** Matrice théorique de comparaison des deux modèles de la santé.

## Annexe 1

### Décret n°2000-577 du 27 juin 2000, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute.

#### 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,

Décrète :

- 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, correctrice 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 ergothérapeutiques.
- 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 musculuo-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 ;
    - kinébaïnothérapie 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 2

Matrice théorique de comparaison des deux modèles de la santé.

	MODELE BIOMEDICAL	MODELE GLOBAL
Paradigme	<b>Positiviste.</b> L'être humain est un organisme vivant répondant aux lois de la nature.	<b>Phénoménologique.</b> Les sujets ne sont pas réduits à des variables, mais pris individuellement, comme un tout.
Conception de la santé	La santé est l' <b>absence de maladie.</b>	La santé est un état positif basé sur le <b>bien-être physique, social et mental.</b>
Conception du handicap	Le handicap est la <b>conséquence d'un déficit, d'une incapacité</b> et le patient est toujours handicapé par ses déficiences.	Le handicap est un <b>handicap de situation</b> qui n'est pas uniquement en lien avec les déficiences du patient.
Diagnostic MK	Repose sur la <b>CIH.</b> Le projet du patient, ses attentes, ses émotions, ses savoirs de l'expérience ne sont pas interrogés.	Repose sur la <b>CIF.</b> Evaluation complexe, centrée sur le patient dans sa réalité bio-psycho-sociale.
Posture du MK	<b>Agent ou acteur</b>	<b>Acteur/auteur</b>
Posture du patient	<b>Agent</b>	<b>Co-auteur</b>
Théories de l'apprentissage	<b>Béhaviorisme</b>	<b>Constructivisme, Socio-constructivisme</b>