

Mémoire Master

U.F.R. Psychologie,  
Sciences de l'Education  
Département des Sciences de l'Education  
Université de Provence. Aix-Marseille I  
Et Université de Montpellier

En partenariat avec  
L'IFCEES de Montpellier section  
Rééducation

MASTER Professionnel Education et formation

2<sup>ème</sup> Année

Année universitaire 2009 / 2010

**L'évaluation des Savoirs des patients lombalgiques chroniques  
au service de la qualité des soins thérapeutico-éducatifs.**

RODZIK Corinne

Sous la direction de Monsieur GATTO Franck, Maître de conférences, HDR Université de  
Montpellier III

## **Remerciements**

En préambule, je tiens à remercier mon directeur de mémoire, Franck GATTO, pour la qualité de son accompagnement, son sens du partage et sa confiance.

Mes remerciements s'adressent également à Eric PASTOR, Directeur de l'IFCEES ainsi qu'aux enseignants et formateurs qui sont intervenus au cours de ces dix-huit mois de formation universitaire.

J'exprime ma gratitude à tous les patients lombalgiques chroniques qui ont participé à ce travail de recherche.

Merci à mes confrères et amis qui ont participé à la diffusion et collecte des questionnaires.

J'adresse mes remerciements à mes confrères conseillers ordinaires pour leurs encouragements et leur soutien.

Je n'oublie pas mes collègues de promotion avec lesquels j'ai eu plaisir à échanger au fil des mois.

Je tiens à remercier Angélique, Bernard, Cécile, Fleur, Julie, Isabelle et Stanislas pour leur aide.

Merci à mes fils pour leur présence.

Merci au compagnon de ma vie qui a accepté et approuvé mon engagement avec toutes ses conséquences.

# SOMMAIRE

1. CONTEXTE .....	4
1.1. PARCOURS PROFESSIONNEL .....	4
1.2. PROJET DE FORMATION EN MASTER 2 .....	5
1.3. PROJET PROFESSIONNEL .....	5
1.4. THÈME DE RECHERCHE ET SON UTILITÉ SOCIALE .....	5
2. ÉTAT DES LIEUX DE LA RECHERCHE ET PROBLÉMATISATION.....	6
2.1. DÉFINITIONS .....	6
2.1.1. La lombalgie .....	6
2.1.2. Les types de lombalgie .....	7
2.2. ÉPIDÉMIOLOGIE .....	7
2.2.1. Coût de Santé publique.....	8
2.2.2. Données de Santé publique.....	9
2.3. MASSO-KINÉSITHÉRAPIE, ÉVOLUTION ET CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE ...	10
2.3.1. Évolution .....	12
2.3.2. Conclusions de différents travaux et actions futures .....	13
2.3.3. Contexte réglementaire.....	15
2.4. MISE EN PLACE DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ PAR LES MK.....	17
2.5. LES THÉORIES ET LES MODÈLES DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION .....	19
2.5.1. Les modèles de santé .....	19
2.5.2. Les modèles de la posture.....	20
2.5.3. Les théories de l'apprentissage.....	21
2.5.4. Les modèles de l'évaluation .....	24
3. MATRICES THEORIQUES.....	26
3.1. Modèles et Théories convoqués .....	26
3.2. Référentiel idéal théorique.....	26

4. HYPOTHESES THEORIQUES .....	28
4.1. EN LIEN AVEC LA POSTURE DU MK.....	28
4.2. EN LIEN AVEC LA FORMULATION DISCURSIVE DANS LA RELATION DE SOIN .....	28
4.3. EN LIEN AVEC LA PÉDAGOGIE EN THÉRAPEUTICO-ÉDUCATIF .....	28
4.4. EN LIEN AVEC L'AUTONOMIE ET LA COMPÉTENCE DU PATIENT.....	29
4.5. EN LIEN AVEC L'AUTO-ÉVALUATION DU PATIENT .....	29
5. RESULTATS DEJA PUBLIÉS .....	29
5.1. HAS (RAPPORT 2005).....	29
5.2. RÉSULTATS DES RECHERCHES EN DIDACTIQUE COMPARÉE DES SAVOIRS EN SANTÉ (Colloque AFREES 2005, Franck Gatto, Chantal Eymard).....	30
5.3. EN MÉDICO-KINÉSITHÉRAPIQUE.....	30
5.4. RÉSULTATS PUBLIÉS EN SCIENCES DE L'ÉDUCATION.....	31
6. QUESTION DE RECHERCHE AUTORISEES A PARTIR DES RESULTATS DEJA PUBLIES .....	32
7. OPERATIONNALISATION THEORIQUE.....	32
8. DISPOSITIF DE RECHERCHE.....	33
8.1. METHODE.....	33
8.2. POPULATION .....	33
8.3. OUTIL D'ENQUÊTE THÉORISÉ : QUESTIONNAIRE .....	33
8.3.1 Une première partie : Situation personnelle et familiale .....	33
8.3.2 Une deuxième partie : Savoirs médico-kinésithérapiques et législatifs .....	34
8.3.3 Une troisième partie : Savoirs dans les Sciences de l'Education .....	34
8.4. PROTOCOLE DE RECUEIL DES DONNÉES DU QUESTIONNAIRE THÉORISÉ ...	34
8.5. TRAITEMENT DES DONNÉES .....	50
8.5.1 Tableau de recueil des données brutes .....	50
8.5.2 Encodage des réponses .....	51

9. RESULTATS .....	52
9.1 STATISTIQUES DESCRIPTIVES.....	52
9.1.1. Identification : Présentation de la population .....	52
9.1.2. Identification : Informations générales quant à leur pathologie .....	55
9.1.3. Description de la Conformité des savoirs législatifs en Santé.....	58
9.1.4. Description des valeurs théoriques .....	59
9.2. STATISTIQUES INFÉRENTIELLES.....	63
9.2.1. Données croisées entre variables quantitatives et qualitatives. ....	63
9.2.2. Données croisées entre variables quantitatives. ....	65
10. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SCIENTIFIQUE ET RÉPONSES AUX QUESTIONS DE RECHERCHE .....	69
10.1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON.....	69
10.2. EVALUATION DES SAVOIRS, SAVOIR-FAIRE ET SAVOIR-ETRE.....	70
10.3. LIEN ENTRE LES VARIABLES.....	71
11. DISCUSSION DES RESULTATS ET CRITIQUE DU DISPOSITIF DE RECHERCHE.....	72
12 APPORTS, INTÉRÊTS ET LIMITES DES RÉSULTATS POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE À PARTIR DE CES RÉSULTATS.....	72
13. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	74
14. SOMMAIRE DES ANNEXES .....	76

Mon histoire familiale m'a conduite à la kinésithérapie, étymologiquement « soin par le mouvement ». Née dans une culture du sport de par la singulière profession de mon père « footballeur professionnel », mon projet de soulager fut motivé par la longue maladie de ma mère. L'année « catalyseur » : 1976, titulaire d'un BAC D, âgée de 18 ans, fin de cette longue maladie maternelle, j'entrais à l'école de Kinésithérapie de Nancy dont les études m'ont passionnée.

## **1. CONTEXTE**

### **1.1. PARCOURS PROFESSIONNEL**

Diplômée en 1979, j'ai choisi de faire un an de remplacement en libéral comme une quatrième année d'étude afin de m'approprier les savoirs acquis en m'immergeant dans le savoir-faire de mes pairs. Remplacer c'est se positionner dans la place, dans le faire de l'autre en appliquant ses propres savoirs et cela m'a permis d'évaluer et de réorienter mon savoir-faire. En 1980, mon trajet professionnel se fait par un retour à Nice puis par la création de mon cabinet libéral en 1982 à Antibes, où j'exerce toujours aujourd'hui.

Depuis cette installation, j'ai voulu renforcer mes savoirs et techniques kinésithérapiques de formation en formation. Le temps et la singularité de chaque patient ont progressivement orienté mon attitude dans la relation de soin. La motivation initiale de soulager le patient a gardé son intégrité, mais s'y est ajoutée une volonté croissante d'aider à son autonomie. Je trouvais indispensable d'aider le patient à optimiser le soin en appliquant en-dehors ce qu'il apprenait en séance. Ce contexte professionnel me conduisait à l'éducation à la santé.

La masso-kinésithérapie a, sans aucun doute, une place d'exception dans le parcours de soin. La relation avec le patient, le toucher, l'écoute, la communication sont indispensables pour optimiser les résultats thérapeutiques. Le statut de ma profession ne me semblait plus adapté au contexte d'exercice. Aussi en 2006, informée de la création de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (OMK), j'ai décidé de m'y investir. Éluë au niveau départemental en 2006, puis au niveau régional en 2007, j'y ai rencontré des collègues estimables, parmi lesquels, Franck Gatto.

En lisant ses livres, j'y trouvais théorisé ce que je m'appliquais à faire seule dans mon cabinet. J'ai côtoyé des conseillers ordinaires qui avaient entrepris la formation en Sciences de l'Éducation : leur enthousiasme m'a donné envie de les imiter. N'osant pas faire le pas, Franck Gatto m'a mis le pied à l'étrier et je l'en remercie.

Je me suis donc engagée dans ce Master 2 professionnel, qui s'est avéré être une réelle aventure humaine, personnelle et professionnelle engendrant des doutes, des questions, des hésitations, du travail mais également du plaisir et de la satisfaction.

## **1.2. PROJET DE FORMATION EN MASTER 2**

Le premier but de cette formation en Master 2 était de renforcer mon engagement au sein de l'Ordre, en précisant ma posture par rapport à la profession. En effet le projet d'universitarisation avec reconnaissance du niveau Licence/Master/Doctorat (LMD) et de la recherche ouverte aux Masseurs-Kinésithérapeutes (MK,) porté par l'Ordre des MK (OMK), me paraissait être une évolution juste.

Par ailleurs, ce cursus me permettait d'apprendre un langage universitaire et une méthodologie de recherche dont j'étais jusqu'alors dépourvue mais dont je ressentais le besoin.

Enfin, ce projet me donnait la possibilité de réorienter ma démarche d'éducation thérapeutique spontanée et de la rendre scientifique. La perte d'un certain dogmatisme né de ma pratique quotidienne au profit de discours référencés m'était indispensable.

## **1.3. PROJET PROFESSIONNEL**

Mon projet est double :

Jusqu'alors membre de la Commission « Évaluation des Pratiques Professionnelles » (EPP) du Conseil interrégional de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse (CIROMK PACA-Corse), je prévois de poursuivre mon implication en transposant les compétences acquises en Science de l'Éducation à cette commission si besoin ou à la formation continue de mes pairs dans le cadre du Développement Personnel Continu (DPC).

J'ai le projet de renforcer cette démarche d'éducation à la santé au sein de mon cabinet en insufflant un sens nouveau à ma relation de soin.

## **1.4. THÈME DE RECHERCHE ET SON UTILITÉ SOCIALE**

Les maladies chroniques sont un problème de Santé publique faisant partie des priorités politiques, économiques et sociales du fait de leur fréquence, de leurs répercussions sur la santé, la vie des patients et du coût de Santé publique conséquent. Parmi elles, se situe la

lombalgie chronique pour laquelle la kinésithérapie assure une grande partie des soins.

Malgré l'investissement et les compétences des professionnels, les résultats médico-kinésithérapiques ne sont pas scientifiquement prouvés et la nécessité des efforts de recherche est exprimée par toutes les structures officielles concernées que sont l'OMK, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Education en Santé (ANAES) aujourd'hui Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Association Française de Recherche en Kinésithérapie (AFREK).

Divers articles évoquent un « *relatif échec* » qui justifie le besoin de recherche. (AFREK 2000, HAS 2005).

Même si la kinésithérapie n'est pas encore une discipline universitaire, des travaux de recherche ont ouvert la voie en savoirs kinésithérapiques médico-éducatifs pour contribuer à répondre aux besoins des patients.

En 1986, dans la charte d'Ottawa du 21 novembre, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé, « *comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme un but de la vie. La santé est ce qui permet à un individu ou à un groupe, d'une part de réaliser ses ambitions et de satisfaire ses besoins et d'autre part d'évoluer avec le milieu ou de s'adapter à celui-ci* ». Présentant une même pathologie, chaque patient est singulier dans son appréciation, dans sa souffrance et dans ses attentes de résultat. Les critères biomédicaux améliorés pour l'un alors satisfait seront insuffisants pour l'autre qui recherchera une complète autonomie avec une meilleure qualité de vie.

Il m'a semblé judicieux d'axer mon questionnement sur l'expérience des patients lombalgiques chroniques afin d'évaluer leurs besoins pour une meilleure santé en adéquation avec le contexte législatif et de la gestion des coûts.

Le thème de ma recherche est d'évaluer les savoirs, savoir-faire et savoir-être idéaux théoriques des patients lombalgiques chroniques ayant eu un traitement de kinésithérapie au moins depuis les cinq dernières années.

## **2. ÉTAT DES LIEUX DE LA RECHERCHE ET PROBLÉMATISATION**

### **2.1. DÉFINITIONS**

#### **2.1.1. La lombalgie**

Le terme de lombalgie désigne « *toute douleur siégeant dans la partie basse du rachis qui s'étend de la charnière dorso-lombaire (D12-L1) à la charnière lombo-sacrée* ». On retrouve



cette définition dans le rapport de l'AFREK après la première conférence de consensus des 13 et 14 novembre 1998.

Définition complétée par la Société Française de Rhumatologie, qui décrit une « *douleur lombo-sacrée située à hauteur des crêtes iliaques ou plus bas, médiane ou latéralisée, avec possibilité d'irradiation ne dépassant pas le genou, mais avec prédominance de la douleur lombo-sacrée* ».

### **2.1.2. Les types de lombalgie**

Il existe deux types de classement, un selon l'étiologie et l'autre selon la durée et la persistance de la douleur :

- Selon l'étiologie, on distingue les lombalgies dites secondaires des lombalgies communes ou mécaniques :
  - Les lombalgies dites secondaires représentent 5% des cas et correspondent à des affections symptomatiques dont les causes peuvent être une tumeur, une fracture, une maladie inflammatoire ou une infection.
  - Pour ce qui concerne les lombalgies communes ou mécaniques, le problème « mécanique » présente une composante somatique multifactorielle (musculaire, ligamentaire, articulaire ou discale) ; mais une intrication de facteurs psychosociaux et comportementaux en plus des facteurs physiopathologiques complexifie le diagnostic. Il n'est pas rare que les examens para-cliniques se révèlent non déterminants. Au niveau actuel de la science les facteurs psychosociaux sont prouvés comme critères de santé.
- Selon la durée et la persistance de la douleur, on distingue les lombalgies aiguës, les lombalgies subaiguës et les lombalgies chroniques :
  - Les lombalgies aiguës ont une évolution égale ou inférieure à 4 semaines.
  - Les lombalgies subaiguës ont une évolution comprise entre 4 et 12 semaines.
  - Les lombalgies chroniques sont marquées par leur ancienneté, supérieure à trois mois.

Les experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) ont proposé d'individualiser les lombalgies récidivantes et de les définir comme « *la survenue d'au moins deux épisodes aigus à moins d'un an d'intervalle* » (ANAES, 2000). Elles restent dans la pratique associées aux lombalgies chroniques.

Le critère de diagnostic différentiel de la lombalgie chronique est donc caractéristique d'une non-guérison en moins de trois mois d'une lombalgie qui s'est « installée » dans une certaine durée. Cet élément est notable car il justifie la priorité à donner à la prévention pour éviter cette chronicité.

## **2.2. ÉPIDÉMIOLOGIE**

### **2.2.1. Coût de Santé publique**

- Coût de la lombalgie :

Parmi les traitements proposés, les actes de masso-kinésithérapie représentent une part importante de la prise en charge du lombalgique : en 1998, plus d'un million de malades ont ainsi été traités par des Masseurs-Kinésithérapeutes, ce qui représente 30% des actes, toutes pathologies confondues (Rapport HAS 2005 service communication)

La lombalgie est véritablement un problème de Santé publique dans les pays industrialisés s'accompagnant d'un problème économique majeur puisqu'elle concerne 110 000 arrêts de travail, d'une durée moyenne de 33 jours, soit 3,5 millions de journées perdues (AFREK, 2000).

D'après le rapport publié par la Direction Générale de la Santé en 2003, elle est à l'origine de 6 millions de consultations (chez un médecin généraliste à 90%).

Elle représente la troisième cause de consultation en médecine générale pour les hommes (7% des consultations) et la sixième pour les femmes (6% des consultations) ; elle représente 2,5% de l'ensemble des prescriptions médicamenteuses et de 5 à 10% des actes de radiologie.

La lombalgie est aussi à l'origine de 13% des accidents de travail.

Elle est la première cause d'invalidité chez les moins de 45 ans, la première cause d'arrêt de travail (dont la durée moyenne est de 33 jours, représentant une perte annuelle de 3 600 000 journées de travail) et la première cause des maladies d'origine professionnelle.

Le coût financier médical direct est évalué à 1,4 milliards d'Euros et représente 1,6% des dépenses de santé.

Les coûts indirects (indemnités journalières, pensions d'invalidité, perte de production) représenteraient 5 à 10 fois plus.

Par ailleurs, la lombalgie est le motif de 13,4 % des cas d'obtention d'indemnités journalières chez les artisans ou commerçants indépendants, et de 12,6 % des jours indemnisés.

Il est écrit que 5 à 10% des patients en lombalgie aiguë, par échec du traitement, deviennent lombalgiques chroniques.

- Coût de la lombalgie chronique :

La forme chronique coûte cher puisqu'elle représente 70 à 80 % des dépenses liées à la lombalgie. En ce qui concerne l'activité professionnelle : 5 à 10% de ces patients lombalgiques chroniques (PLC) sont toujours en arrêt de travail au bout de 6 mois avec des probabilités de reprise du travail de 40%, puis de 15% au bout d'un an et quasiment nulles après deux ans.

### **2.2.2. Données de Santé publique**

- Concernant la lombalgie :

La lombalgie est donc une pathologie extrêmement répandue dans la population générale avec une fréquence qui augmente avec l'âge jusqu'à un pic situé vers 45/50 ans au-delà duquel sa fréquence tend à se stabiliser, voire à diminuer. La population active est touchée.

De 1999 à 2009, en France, les travaux de recherche ont trouvé peu de différences sur les indicateurs de fréquence des lombalgies (sauf à changer de définitions et de méthodologie d'évaluation) avec des résultats similaires dans les pays industrialisés. (INSERM)

Les résultats des soins de masso-kinésithérapie publiés sont évalués sur des critères médico-kinésithérapiques et ont un niveau de preuve assez insatisfaisant pour motiver un développement de la recherche en kinésithérapie.

Prenant en compte les contraintes qui pèsent sur les finances publiques, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a saisi l'ANAES/HAS pour mettre en place un argumentaire à utiliser dans le cadre d'un Accord de Bonne Usage de Soins (ACBUS) pour une amélioration des pratiques en dialogique avec maîtrise des dépenses publiques et en application de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST).

L'EPP est devenue une étape essentielle, basée sur l'auto-évaluation du professionnel se questionnant sur sa pratique à partir de référentiels. Après évaluation, le professionnel a la possibilité d'améliorer sa pratique et d'augmenter l'efficacité de ses séances.

Le décret du 8 octobre 1996 précise que le MK peut participer à différentes actions d'éducation et de prévention. Dans ce cadre, il a un rôle majeur dans l'information et les conseils à transmettre au patient dont la reprise des activités est prouvée comme étant primordiale dans le parcours de prévention de la rechute et de la chronicité.

- Concernant la lombalgie chronique :

La prévention primaire de la lombalgie chronique, évaluée « en échec de résultat », a motivé des travaux de recherche et des consensus internationaux qui définissent la lombalgie, sa

gravité, son évolution et ses facteurs de risque, incluant les contraintes ergonomiques dans le milieu de travail.

Furent listés comme facteurs déterminants associés à la fréquence des lombalgies :

- Les antécédents personnels de lombalgie,
- La perception de la douleur,
- Le poids corporel,
- Le niveau d'éducation,
- Les contraintes physiques du travail (absence au travail),
- Les postures contraignantes,
- Les charges lourdes.

La diffusion de guides de pratique clinique n'a pas eu le résultat attendu (rapport HAS, 2005) et, quelque soit la thérapeutique choisie, on peut observer 60 % d'amélioration à court terme et 25% à long terme.

### **2.3. MASSO-KINÉSITHÉRAPIE, ÉVOLUTION ET CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE**

Le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK) a été créé par la Loi n°2004-806 du 9 août 2004 (Journal Officiel du 11 août 2004), article 108 (modifiant le Code de la Santé Publique, CSP) et article 109 (modifiant le Code de la Sécurité Sociale). Sa mission de défense de la profession se fait sur plusieurs axes avec des temps forts dont le code de déontologie et la définition officielle de « *la masso-kinésithérapie (physiothérapie) [qui] est une discipline de santé, une science clinique de l'Humain et un art. Elle est centrée sur le mouvement et l'activité de la personne. La masso-kinésithérapie exercée dans un but thérapeutique ou non, intervient à partir d'un diagnostic kinésithérapique et de l'évaluation concomitante à l'acte, notamment au moyen de techniques éducatives, manuelles et instrumentales. Elle favorise le maintien ou l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale, la gestion du handicap et le mieux être des personnes* » (CNOMK, 14.01.2009).

Cette définition n'a rien oublié de la tâche complète et complexe du MK, dans un champ de compétences plurielles à mettre au service du patient au singulier, en fonction de son projet et du contexte législatif, social et psychique.

Cette réflexivité indispensable a été notée en 2009 dans la synthèse de l'Enquête scientifique de l'EPP faite par le CIROMK PACAC-Corse : « *Les changements psycho-sociaux et les changements de norme qui les accompagnent justifient des changements de posture de la part des MK* »

En 2008, Franck Gatto et Jean Ravestein ont élaboré de manière scientifique le référentiel théorique des savoirs, savoir-faire et savoir-être conformes des Masseur-Kinésithérapeutes en adéquation avec le champ d'application de la kinésithérapie. Aux compétences bio-médicales et thérapeutico-kinésithérapiques, s'ajoutent des savoirs législatifs et des compétences en Science de l'Éducation.

Pour une meilleure efficacité, l'HAS a défini les champs d'action suivants pour le MK :

- Visée antalgique
- Recherche de mobilité
- Recherche de force
- Traitement fonctionnel
- Éviter le passage à la chronicité
- Favoriser l'engagement personnel
- Amélioration de la gestuelle et économie rachidienne
- Environnement ergonomique
- Auto-sédation du patient

Depuis la loi du 30 avril 1946 réglementant la profession de MK, les MK exercent dans le cadre des professions appelées « auxiliaires de la médecine » ou encore « paramédicales » réglementées par le CSP. Par décret, le champ des compétences du MK ne cesse de s'élargir. La loi et le contexte psychosocial place l'éducation à la santé au centre de la relation thérapeutique. Le MK, formé initialement aux savoirs essentiellement médico-kinésithérapiques, effectue cette éducation par des conseils choisis et adaptés mais pas toujours scientifiques et parfois dogmatiques (cf. Gatto.F et Eymard.C 2006 et Résultats EPP, CIROMK PACA-Corse, 2009 et, 2006).

### **2.3.1. Évolution**

Depuis 2000, le Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK) est rendu obligatoire. Il doit servir de lien, ou de langage, à la communication entre les professionnels de santé et a le mérite de mettre en mots ce qui est observé, fait et projeté.

Selon l'ANAES (AFREK texte court), les critères devant être évalués dans le bilan masso-kinésithérapique de la lombalgie chronique sont les suivants :

- Évaluation de la douleur selon l'échelle visuelle analogique.
- Mesure des capacités fonctionnelles par l'Échelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Évolution des Lombalgies (EIFEL), réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire.
- Mesure de l'état psychologique par le MPI (en français Inventaire multidimensionnel de la douleur).
- Évaluation de l'état physique par l'examen de la force, de l'endurance et de l'extensibilité des muscles du tronc et des membres inférieurs, permettant de situer le lombalgique dans la classification internationale du handicap.
- Évaluation de la situation socioprofessionnelle par le dossier du patient en ce qui concerne le métier exercé, les arrêts de travail, le dossier COTOREP, la protection sociale.

Malgré le contexte législatif, cette évaluation normée cible une évaluation-mesure complétée par une évaluation-gestion.

### 2.3.2 Conclusions de différents travaux et actions futures

- AFREK, consensus 2000 : il intègre les avis de professionnels de la masso-kinésithérapie. Toutes les interventions de ces professionnels au sujet de la lombalgie, ont mis en évidence :
  - L'extrême largeur du champ kinésithérapique, le lien de la relation et de la prise en compte des facteurs psychiques dans leur acte de déclencheur ou aggravant rendent complexe l'évaluation-mesure.
  - La prise en compte complexe du facteur humain et psychologique dans son rôle de déclencheur ou aggravant.
  - La nécessité de travaux de recherche, mise en difficulté par le fait que le statut de MK ne soit pas universitaire.
  
- Rapport HAS, 2005 :
  - Les preuves d'efficacité de certaines techniques sont faibles, voire inexistantes ; des efforts de recherche à mener dans le cadre de la prise en charge masso-kinésithérapique du patient lombalgique sont indispensables.
  - Accès à la recherche pour les MK, la recherche étant reconnue nécessaire.
  - Difficulté de valider les techniques de rééducation.
  - Méthodologie d'analyse difficile ou aléatoire.
  - Discipline multifactorielle donc complexité à évaluer l'intérêt d'une communication régulière entre le médecin et le masseur-kinésithérapeute dans le cadre de cette prise en charge afin d'adapter ou de modifier le traitement en fonction de l'évolution de la maladie.
  - Les MK doivent également être sensibilisés à l'importance de la formation continue : elle permet d'actualiser les connaissances sur les nouvelles dispositions réglementaires, les nouvelles techniques, ou les nouvelles évaluations de leur efficacité et les principales recommandations en vigueur.

Il est à constater qu'une fois de plus, le manque de recherche en masso-kinésithérapie est prouvé et regretté. D'autre part la complexité et la pluralité des techniques kinésithérapiques rendent l'évaluation-mesure habituelle difficile d'application. Elle nécessite une adaptation au champ d'élaboration de ses soins c'est à dire à la relation singulière formée MK/Patient qui pourra se faire par du questionnement aux professionnels et aux patients.

- Résultats des recherches en didactique comparée des savoirs en santé (Colloque AFREES, 2005, Franck Gatto et Chantal Eymard) :

*« Depuis quelques années, des productions scientifiques (sous forme de mémoires de Master, de thèses de doctorat, d'Habilitations à Diriger les Recherches) ont mis en évidence un axe de recherche en Sciences de l'éducation, centré sur la didactique comparée des savoirs en santé. Les travaux sont développés dans un contexte d'éducation en santé des personnes atteintes de maladies chroniques, référencé par le Haut Comité de Santé Publique Français comme une priorité de recherche et d'actions sur le plan épidémiologique.*

*L'état des lieux de la recherche dans les champs de la santé, de la psychologie et des sciences de l'éducation n'avait mis en évidence aucun résultat didactique pour éduquer, enseigner et former aux savoirs de la santé. "Au cours de la dernière décennie dans la région Européenne de l'OMS, les professionnels de santé ont été fortement incités à promouvoir l'éducation du patient en tant que complément important aux traitements pharmacologiques, physiques, etc. Néanmoins les soignants ont encore besoin des programmes éducatifs efficaces pour la gestion à long terme des maladies chroniques. Les programmes actuels ne comprennent généralement pas de méthodes éducatives ou de soutien psychologique des patients. Leur méthodologie n'a jamais été clairement définie et cela crée des difficultés pour la formation d'autres soignants. Une revue de littérature a montré que moins de 5 % des articles sur l'éducation du patient décrivent le processus pédagogique et les méthodes utilisées". Les premiers travaux de recherche en didactisation des savoirs en santé se sont intéressés à la constitution des savoirs d'expérience de patients lombalgiques, ..., aux pratiques des professionnels de santé. En effet, ces trois problématiques de santé constituent un objet d'étude socialement vif en santé publique. Vivre au quotidien avec une pathologie participe de la constitution d'un savoir incorporé, local et tacite. Dans une démarche éducative, ce savoir demande à être explicité, notamment par la description des actions concrètes, mais aussi des expériences vécues par la personne elle-même. »*

- Résultats de l'Enquête Scientifique 2009, E.P.P. des MK sur les maladies chroniques soignées en masso-kinésithérapie, OMK : Conclusions :

L'E.P.P. des MK réalisée a permis de valoriser les pratiques des MK en montrant de manière très significative dans quelles proportions celles-ci s'appuient sur des données scientifiques et réglementaires conformes en médico-kinésithérapie et en éducation.

*« Les MK maîtrisent et utilisent au cours de leurs activités le référentiel médico-kinésithérapique mais aussi le référentiel éducatif. Ils inventent, conceptualisent, régulent et réorientent dans l'action avec le patient partenaire, co-auteur, co-décideur. » (Franck Gatto)*



### 2.3.3. Contexte réglementaire.

La masso-kinésithérapie a connu des moments forts d'évolution en fonction du contexte réglementaire :

- La masso-kinésithérapie :

Article R. 4321-1 du CSP : Actes prescrits : « *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.* »

- La santé :

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé OMS (1946), qui dépasse la notion de maladie et adopte une vision plus utopique : « *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.* »

- La santé :

Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986 : l'OMS définit la santé comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but de la vie : « *La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie. Divers facteurs – politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques – peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte.* »

« *La promotion pour la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Ils doivent pouvoir identifier et réaliser leurs ambitions, satisfaire leurs besoins et évoluer avec leur milieu.* » (OMS, 1986)

- Le BDK :

Arrêté du 4 octobre 2000 : Le bilan de kinésithérapie BDK est rendu obligatoire par l'arrêté du 4 octobre 2000, modifiant la nomenclature générale des actes professionnels qui impose au thérapeute de produire une traçabilité des résultats pour augmenter l'efficacité kinésithérapique. L'HAS recommande des pratiques idéales en médico-kinésithérapie et la lecture des recommandations sous la forme d'éducation-instruction (exercices recommandés).

- Information au patient :

La loi du 4 mars 2002, loi Kouchner et ses différents décrets d'application modifient la réglementation de l'exercice des professions de santé.

- L'article L.1111-2, CSP : « *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 sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.* »
- L'article L1111-4, CSP, énonce : « *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* ».

Obligation est donc faite pour les professionnels de santé d'associer l'éducation à la santé aux soins qu'ils prodiguent. Le patient est co-auteur et co-décideur de ses soins. Le thérapeute prescrit ne sait pas à l'avance ce que le patient va lui exposer. Le MK va devoir trouver sa solution dans cet inconfort dialogique de respect des protocoles et de cette nouvelle norme qualité.

Il s'agit d'un nouveau modèle de santé auquel il faut se conformer.

- Création de l'Ordre des MK en 2006 et publication du Code de déontologie en 2007 : L'Ordre des MK (OMK), structure privée au service du public, veille à l'application par les MK du Code de la Santé Publique, prolongé par le Code de Déontologie de la kinésithérapie. L'OMK a signé une convention de partenariat avec l'HAS le 18 septembre 2008. De ses trois échelons national, régional, départemental, c'est l'échelon régional en liaison avec le national et l'HAS, qui est en charge d'organiser et de participer aux actions d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) selon l'article L. 4321.17 du Code de la Santé Publique (CSP).

*« L'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité en Santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques » (Loi du 13 août 2004).*

Cette priorité de Santé publique a le but d'améliorer la qualité des soins tant au niveau de la prévention que du traitement curatif par le double axe thérapeutique et éducatif décrit dans le référentiel de compétences F.Gatto et J.Ravestein 2008 (Annexe 2)

Ce dispositif de formation organisé par l'OMK a pour moyen pédagogique l'auto-questionnement, l'auto-évaluation du praticien en pensant et conceptualisant ses pratiques. Contribuant à sa valorisation, elle concourt à l'autonomie d'exercice et à l'amélioration de la prise en charge des patients (Gatto, 2008).

Le CNO a signé une convention avec l'HAS quant à l'organisation de l'EPP par les facilitateurs des Conseils régionaux. Cette convention prend fin en octobre 2010 et pourra être reconduite.

Loi HPST : LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Ses décrets rendent le Développement Professionnel Continu (DPC) à la place de l'EPP).

Les MK seront amenés à devoir participer à ces actions d'évaluation de leurs pratiques professionnelles dans cette démarche de développement professionnel.

- L'HAS entre dans la démarche des Agences Régionales de Santé (ARS) et participe au projet global de la loi HPST avec externalisation et délégation de ses outils et dispositifs avec partenariat avec les organisations professionnelles.

#### **2.4. MISE EN PLACE DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ PAR LES MK**

Dans les articles L111-2 et L111-4, CSP, est ordonné le changement de pratiques par l'éducation à la santé au cours des soins et de rééducation dans une démarche thérapeutique non positiviste. Cela consiste à ne pas systématiser les pratiques thérapeutico-éducatives mais à placer le patient et sa famille dans une posture de co-auteur des évaluations, des objectifs et des programmes de soins.

*« L'éducation à la santé a pour objectif d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur maladie. Le soin s'adresse à un être humain singulier, différent des autres où toutes les variables (mémoires,*

*histoires, émotions, projets...)* sont singulières et évolutives dans le sens donné par l'individu et ne sont pas contrôlables, maîtrisables, neutralisables » (Gatto, 2005).

La certification de protocoles avec traçabilité dans un but de meilleure efficacité proposée par l'HAS semble conserver une vision de la santé où le thérapeute est le seul juge mais le contexte de la loi Kouchner rajoute une finalité éducative qui selon Gatto, Garnier et Viel (2007) « ne se réduit pas à la délivrance d'une bonne information mais vise à infléchir les comportements individuels et collectifs, tout en garantissant le respect de la personne humaine et son libre choix ».

Par le respect de l'article R4321-2 du CSP, le MK s'inscrit dans un paradigme de santé non positiviste :

*« 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. »*

Franck Gatto (2005) oppose l'éducation à la santé à l'éducation thérapeutique puisque : « L'éducation à la santé ne se réduit pas à la délivrance d'une bonne information mais vise à problématiser les comportements individuels et collectifs, tout en garantissant le respect de la personne humaine et son libre choix ». L'éducation à la santé se présente comme un moyen de prévention.

Trois problématiques sont mises en évidence :

- Le manque d'efficacité dans les soins pour les maladies chroniques dont les lombalgies,
- Le manque de preuves scientifiques et l'intérêt de la recherche dans le champ de la kinésithérapie,
- La nécessité de Savoirs en Sciences de l'Education indispensables à l'éducation à la santé et au discours non dogmatique.

En application et adéquation de la loi qui met le patient au centre du projet de thérapeutico-éducatif, il est indispensable de convoquer les modèles correspondants et faire un lien avec les patients lombalgiques chroniques.

- Posture : Agent et Auteur, comment se positionne le patient par rapport à sa pathologie chronique ?
- Modèles de la Santé : Biomédical Curatif et Global Non Positiviste, sur quel modèle est vécu son traitement ?

- Théories de l'Apprentissage : Béhaviorisme/Constructivisme, Socio-Constructivisme et Néosocio-Constructivisme ?

Selon quel modèle apprend-il ses savoirs, ses gestes, ses exercices ?

- Modèles de l'Evaluation : Contrôle ou Questionnement.

Sur quels modèles des Sciences de l'Education, le patient adapte ses gestes quotidiens à sa Lombalgie Chronique ?

## **2.5. LES THÉORIES ET LES MODÈLES DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION**

Rappeler les modèles de SDE va permettre d'analyser les modalités de transposition des Savoirs, Savoir-Faire et Savoir Etre appropriés par le patient lombalgique chronique lors du traitement de kinésithérapie en fonction de ses besoins. Les différentes études médico-kinésithérapiques ne déterminent pas de techniques de preuve A. Pour améliorer la Santé des patients il est judicieux d'évaluer sur quels modèles il sera préférable bon d'intervenir dans la relation de soin en gardant en mémoire que la Science donne un modèle de référence, une forme de pensée validée à un temps T avec un niveau provisoire non stable.

Il n'y a pas de hiérarchie entre les modèles. Pendant la relation de soin il sera profitable aux deux intervenants du « couple » de soin constitués du patient et du professionnel de se distancier de façon à réguler et changer de modèle si le contexte le nécessite dans le projet visé du patient.

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

Trois modèles de santé sont décrits.

- Le modèle de Santé Biomédical Curatif (D'Ivernois et Gagnayre, 1995; Gatto, 2005)

Ce modèle datant d'avant 1945 et la création de l'assurance maladie. Il est encore très présent dans la pratique des professionnels de santé.

Il est centré sur la maladie avec la notion de mécanique à traiter. La maladie est centrée sur la région lombaire douloureuse. Le patient lombalgique chronique est avant tout souffrant de son rachis lombaire et son objectif est de recevoir un traitement le guérissant. La maladie repose sur des bases bio-mécaniques et le soignant sait comment agir. Le patient est en posture d'agent et le kinésithérapeute dans ce modèle est décideur pendant sa séance. Il détient le savoir, exécute la prescription médicale, il est lui-même acteur. Le patient est objet, dépendant et se conforme. Dans ce modèle, il faut rééduquer selon des protocoles (HAS).

- Le modèle Global de Santé Non Positiviste (Gatto, 2005).

Dans ce cas ce n'est pas la région lombaire qui a toutes les attentions, mais bien l'individu dans sa globalité. Le corps et l'esprit formant un tout, on tient compte de multiples facteurs qui influent sur la santé de l'individu. La santé est un état de bien-être physique, psychique et social et pas uniquement l'absence de maladie (OMS). Soigner n'est pas tout : la prévention et la promotion de la santé sont prises en considération. Les besoins du patient, ses demandes déterminent le projet thérapeutique, élaboré avec le masseur-kinésithérapeute. Le patient (loi du 4 mars 2002), est considéré dans sa globalité et dans son environnement. Les choix de techniques, de soins, de discours sont co-décidés au fur et à mesure de l'évolution du patient en faisant preuve de flexibilité, d'adaptabilité et de savoirs en SDE pour aider le patient à se sentir bien dans son environnement.

- Le modèle global complexe qui englobe et dépasse les deux premiers (Gatto, 2005 ; Gatto, 2007).

Il englobe ces deux modèles par la mise en œuvre de l'interaction de la logique positiviste et de la logique phénoménologique du soin et de l'éducation. Le masseur-kinésithérapeute, dans ce modèle, devra être créatif et s'autoriser à concevoir son programme thérapeutico-éducatif avec le patient co-décideur. Pour parvenir à cette complexité, le professionnel a besoin d'expérience, de formation et d'une grande capacité d'écoute et d'adaptation.

### **2.5.2. Les Modèles de la Posture.**

Selon le Petit Robert : « Attitude particulière du corps, Situation d'une personne favorable ou non, Position ».

Il existe, selon Ardoino (2000), trois postures « *agent-acteur-auteur* ». Il s'agit des attitudes et rôles (valeurs sociales, normes, mentalités, opinions) qui influencent les actions humaines.

En effet ce triptyque est construit autour de la notion d'attitude, emprunté au champ de la psychologie sociale.

- **La posture d'agent.**

Le patient exécute les exercices ou les conseils recommandés par son kinésithérapeute. Il se soumet avec passivité, ne discute pas et ne sort pas du cadre de sa séance et de sa prescription. Toute erreur est une faute. Cette posture s'inscrit dans un paradigme mécaniciste, où le sujet est assujéti et se soumet aux décisions du praticien qui a le savoir. C'est une posture fréquente chez le patient qui va chez son masseur-kinésithérapeute qui va le traiter.

Il n'est parfois pas prêt à participer, le professionnel doit avoir la solution pour le soigner.

- **La posture d'acteur.**

Le patient « retrouve un degré plus élevé d'intentionnalité ». Il n'est plus un simple exécutant et participe à sa séance. Dans un paradigme biologique, son implication lui permet d'ajouter une plus-value à sa séance.

- **La posture d'auteur.**

Le patient s'autorise et se questionne et questionne son praticien. Il est parfois allé consulter son médecin pour obtenir une prescription (le masseur-kinésithérapeute n'ayant pas encore l'accès direct) avec un projet personnel de besoin de sédation des douleurs, de reprise de sport ou de « retrouver un maintien ». Il se situe à la source et produit du sens. Il est engagé dans son traitement, devient co-responsable. Il participe, demande, cherche, écoute et échange en lien étroit avec son MK au fur et à mesure de l'évolution de ses séances. La responsabilité et l'autonomie sont au centre de cette posture.

Conformément

### **2.5.3. Les théories de l'apprentissage.**

Selon le petit Robert :

Apprendre : « C'est être rendu capable de connaître de savoir »

« C'est acquérir un ensemble de connaissances par un travail intellectuel ou par expérience »

Comme a dit J-Ph. Assal « Mieux un malade connaît sa maladie, moins il la craint et plus il est capable de la gérer correctement » (1990)

La mission d'apprentissage est un pivot du traitement de kinésithérapie conforme renforcé depuis la loi HPST qui met l'éducation du patient au centre des priorités.

Dans les deux phrases suivantes extraites du livre de Donnadieu, Genthon et Vial (1998) est très bien mise en évidence les deux vecteurs de l'apprentissage à transposer dans la relation de soin.

« Apprendre c'est établir une relation entre le sujet connaissant et l'objet à connaître. »

« Apprendre c'est s'approprier des savoirs pour les transformer en connaissances mettant en jeu la personne ».

La lombalgie reconnue par sa chronicité permet d'agir sur la temporalité. Le temps est là pour l'apprentissage et l'expérience vécue par le patient en soin de kinésithérapie, il co-construira la stabilité des savoirs acquis. Par l'apprentissage, la prévention se met en place et renforce le soin curatif.

Berbaum (1984) a distingué deux groupes de théories :

« celles qui font appel au conditionnement et celles qui retiennent la compréhension et le raisonnement comme mode de construction de la réponse ».

Selon l'OMS (1998) l'apprentissage est « *un processus qui engendre, par des transferts et partages de savoirs, une certaine modification, relativement permanente, de la façon de penser, de ressentir ou d'agir de l'apprenant* » (OMS, 1998).

Il existe deux théories de l'apprentissage selon Berbaum, (1984) la première centrée sur l'objet d'apprentissage (béhaviorisme, conditionnement), la seconde centrée sur l'apprenant (constructivisme et ses préfixes : socio, néo socio).

- **Le béhaviorisme**

Issu de la psychologie comportementale, est centré sur l'objet d'apprentissage.

De l'anglais « behavior » signifiant « comportement ».

Les auteurs principaux de cette théorie sont Pavlov en 1899, Watson en 1913, Thorndike en 1913 et Skinner en 1938.

Ne prend pas en compte le processus cognitif du patient, utilise les renforcements positifs et négatifs et la répétition. L'exercice de gymnastique appris chez son MK qui en surveille la bonne exécution en notant les fautes pour guider le patient lombalgique à une meilleure réalisation est un exemple. Le but dans le renforcement négatif utilisant la culpabilisation et la peur de la rechute est d'amener le sujet à modifier ses comportements.

La limite est vite atteinte, même si l'exercice est très bien exécuté en présence du MK qu'en est-il de la transposition dans les gestes quotidiens ?

D'ailleurs dès la fin de la séance, l'observation des gestes et postures du patient pour se rhabiller ne laisse que peu de doute quant à son comportement en dehors des séances.

Dans cette théorie les savoirs pré-existants ne sont pas pris en compte. « *On ne s'intéresse pas aux processus propres du sujet. Ce qui se passe dans sa tête n'est pas interrogé. Dans le modèle du conditionnement, l'activité et les opérations de réflexion, d'abstraction, de construction de représentations internes du sujet sont considérées comme inaccessibles à l'expérience et à l'observation, elles constituent le contenu de la boîte noire qui n'est pas interrogé.* » (Donnadieu, Genthon, Vial, 1998)

Cette théorie n'est pas conforme à l'application de la loi Kouchner dans le domaine de la santé.

Pour rétablir la conformité il sera privilégié le modèle néo-socioconstructiviste prenant en compte les savoirs expérientiels, cognitifs, le langage et le contexte émotionnel du patient.



- **Le néo-socio-constructivisme**

Résulte des travaux de Giordan (1998) et F. Gatto (2005).

Évolution du courant de pensée socio-constructivisme où l'apprentissage prend en compte le savoir individuel préexistant qui devient une base et un outil d'apprentissage. Dans ce courant de pensée, la connaissance est « *dans les interactions du sujet avec le monde* » (Donnadieu, Genthon et Vial, 1998).

Johsua (1993) et Vygotski s'opposaient à Piaget en affirmant : « *toutes les fonctions supérieures débutent comme des relations effectives entre êtres humains. Un processus interpersonnel se transforme en un processus intra-personnel* ».

Ce même modèle, construit sur le modèle constructiviste Piagétien, met en évidence le lien avec l'environnement. L'apprentissage se fait quand l'équilibre se fait entre « l'assimilation » où l'apprenant transforme et structure le savoir en lui-même, et « l'accommodation » où l'apprenant utilise son savoir en fonction du milieu (Donnadieu, Genthon et Vial, 1998).

Le néo-socioconstructivisme prend en compte la dimension affective de l'individu.

« on apprend à travers ce que l'on est. [...] Ses expériences passées et son projet jouent un rôle déterminant » (Giordan, 1998). Franck Gatto parle « *d'un savoir préexistant ...pas ignoré mais au contraire est activé et travaillé* », « *le savoir préexistant aide à construire le nouveau savoir et il est nécessaire d'éviter des chocs affectivo-cognitif pour permettre l'apprentissage, le changement* » (Gatto, 2005).

Il s'agira dans la relation de soin de mettre en évidence ces savoirs préexistants par l'écoute et le dialogue. En se racontant, le patient conceptualise son projet, sa demande. Le discours du masseur-kinésithérapeute est une partie du soin. L'importance de la qualité de formulation et non dogmatique est prouvée comme essentielle. Le soignant devient un formateur en santé et nécessite des savoirs spécifiques scientifiques en science de l'éducation pour adapter son discours à chaque patient et lui permettre de s'approprier l'apprentissage et de réussir son projet.

Pour répondre au projet du patient et à ses besoins, les savoirs scientifiques en évaluation sont indispensables.

#### 2.5.4. Les Modèles de l'évaluation.

« *Évaluer, c'est poser la question de la valeur en même temps que les problèmes du sens et des significations d'un acte donné* » (Ardoino et Berger, 1989).

Legendre (1993) a approfondi et va plus loin : « *Évaluer c'est comprendre, éclairer l'action de façon à pouvoir décider avec justesse de la suite des évènements* ».

Il sera évoqué les modèles d'évaluation contrôle où la priorité est mise aux procédures dans un but de mise en conformité et les modalités d'évaluation questionnement où les processus sont travaillés dans une dynamique de changement.

- **L'évaluation contrôle** : de la mesure à la gestion :

Fonctions : certifier, différencier, homogénéiser, informer l'institution, comparer/sélectionner. L'évaluation contrôle peut mesurer les effets, les impacts, la plus-value, le calibrage des produits.

« *Jusqu'à une date récente parler d'évaluation c'était tout naturellement parler d'évaluation sommative, de la note, des tests, des contrôles : de la vérification du bilan* » (Bonniol, Vial, 1997).

Même si les mesures (exemple du test de Schöber) ont leur importance en médico-kinésithérapie, elles ne sont pas suffisantes pour déterminer l'amélioration ou non de la santé du patient lombalgique.

Le contrôle peut aussi évoluer en une évaluation gestion qui vise à la maîtrise des objectifs, on le retrouve dans la maîtrise des dépenses de santé.

Pour Ardoino (1986), « *C'est une recherche d'efficacité encore inspirée du modèle industriel Taylorien. C'est la notion de cible à atteindre au meilleur rapport coût/efficacité* ».

C'est un premier pas vers la phénoménologie : l'attention se décentre du produit attendu vers le produit évalué. Mais si la posture devient plutôt acteur, l'évaluation reste normative, délaissant la dimension psychosociale du patient.

L'HAS en préconisant l'utilisation de la grille de recueil des données appelé protocole de l'audit clinique ciblé en vue d'un « *audit de pratique Lombalgie Chronique* » en est un exemple. Le projet est une meilleure efficacité des soins aux patients lombalgiques.

Les modalités préconisées sont les suivantes :

- Utiliser une grille par dossier évalué.
- Numéroté chaque grille par ordre chronologique.
- L'évaluateur est chargé de veiller au respect de la confidentialité des données.

- Répondre à chaque critère par OUI ou par NON.
- Utiliser la case « commentaires » pour justifier certaines pratiques ou expliquer une réponse négative.
- Un guide pour la lecture des critères est proposé pour aider au recueil des données ou préciser certains points.

- **L'évaluation questionnement.**

Elle concerne le processus, l'élan, l'envie, la motivation et permet le développement des potentialités du patient. Elle prépare le patient lombalgique chronique à considérer sa santé comme un équilibre dynamique et évolutif entre elle et son environnement (F. Gatto, 2007).

Il pourra agir sur ses processus et par là acquérir une autonomie quant à sa pathologie. Le patient va travailler avec le kinésithérapeute sur ses erreurs et ses questions. Il s'approprie les savoirs adaptés à son besoin et sa demande et reprend confiance en ses potentialités au fur et à mesure de son évolution.

Le passage d'une posture à une autre permet d'adapter les évaluations selon les besoins et les situations.

Franck Gatto (2005) a écrit « *La pensée et la régulation complexe consistent à conjuguer, à articuler, à mettre en lien deux logiques contradictoires : la logique de contrôle dont le but est de vérifier, d'attester, de prouver, et la logique d'évaluation dont le but est d'aider au développement des capacités et de la démarche ainsi qu'à la promotion du sens* ».

### 3. MATRICES THEORIQUES

#### 3.1. MODELES ET THEORIES CONVOQUES

<b>Référentiel de médico-kinésithérapie</b>	HAS Résultats des enquêtes scientifiques précédentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conforme</li> <li>• Non conforme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• C</li> <li>• NC</li> </ul>
<b>Modèles de Santé</b>	Gatto, Bury, Deccache ; D'Ivernois et Gagnayre, Green, Leriché	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biomédical Curatif</li> <li>• Global Complexe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BMC</li> <li>• GC</li> </ul>
<b>Modèles de la Posture</b>	Ardoino, Dubar, Gatto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agent</li> <li>• Auteur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ag</li> <li>• Aut</li> </ul>
<b>Théories de l'apprentissage</b>	Taylor, Watson, Skinner, Pavlov, Piaget, Vygotski, Genthon, Vial, Donnadiou, Gatto, Joshua, Bruner, Ardoino	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behaviorisme</li> <li>• Constructivisme, socio et néosocio- constructivisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behav.</li> <li>• NSC</li> </ul>
<b>Modèles de l'Évaluation</b>	Vial, Bonniol, Gatto, Hadji, Eymard, Legendre, Ravestein	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrôle</li> <li>• Questionnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ctrl</li> <li>• Quest</li> </ul>

#### 3.2. REFERENTIEL IDEAL THEORIQUE

Un référentiel est un "*ensemble d'éléments écrits sur lequel il convient de s'appuyer pour conduire une activité d'évaluation qui aidera à la prise de décision*". (S. De Chambine et All., 2002).

Le référentiel du patient lombalgique énonce les savoirs, savoir-faire et savoir-être idéaux théoriques dans le domaine anatomique, biomécanique, médico-kinésithérapique, thérapeutico-éducatif et législatif.

Il a été élaboré à partir de diverses sources scientifiques un référentiel patient lombalgique chronique.

### Légende des variables théoriques et des sources scientifiques sources du référentiel.

Champs étudiés	Variables théoriques	Abréviations
<b>Médecine et Masso- Kinésithérapie</b>	- Conforme Haute Autorité de Santé et Non conforme Haute Autorité de Santé - Conforme Encyclopédie Médico- Chirurgicale (EMC)et Non-conforme à l'EMC - Conforme ou non conforme à l'anatomo-physiologie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HAS</li> <li>• Encyclopedia Universalis</li> <li>• Référentiel des activités du MK F.Gatto et J.Ravestein</li> <li>• EMC</li> <li>• Doctissimo internet</li> </ul>
<b>Législation</b>	La Charte d'Ottawa, la loi du 4 mars 2002 La Loi HPST, Les Recommandations de la Haute Autorité de la Santé	OTTAWA LOI KOUCHNER LOI BACHELOT HAS
<b>Référentiel en SDE</b>	Du MK	F. Gatto et J. Ravestein
<b>Modèles de Santé</b>	Biomédical Curatif Global Non Positiviste	BMC/NC GNP/C
<b>Modèles de la Posture</b>	Agent Auteur	Ag/NC Aut/C
<b>Théories de l'apprentissage</b>	Constructivisme Socio-constructivisme Néo-socio-constructivisme Béhaviorisme	Const/C   Behav./NC
<b>Modèles de l'Evaluation</b>	Contrôle Questionnement	Ctrl/NC Quest/C

C'est à partir de ce référentiel du patient Lombalgique Chronique que s'évalueront les savoirs préexistants et que le patient et le MK pourront co-construire le programme thérapeutico-éducatif.

## **4. HYPOTHESES THEORIQUES**

### **4.1. EN LIEN AVEC LA POSTURE DU MK**

- « Le MK possède des connaissances, des savoir-faire et des savoir-être, issus du référentiel de compétences médico-kinésithérapique et éducatif. En permanence le MK au cours de son activité conceptualise et développe de la créativité et de l'inventivité en construisant avec le patient partenaire les évaluations, les objectifs, les programmes thérapeutiques et en les réorientant dans la mise en œuvre en fonction de l'évaluation concomitante à l'acte » (Gatto, 2009).

### **4.2. EN LIEN AVEC LA FORMULATION DISCURSIVE DANS LA RELATION DE SOIN**

- « En s'appuyant sur les théories qui soutiennent que le discours constitue un indicateur intermédiaire des pensées et des comportements, une formulation discursive dogmatique a plutôt tendance à inhiber l'apprentissage de nouveaux savoirs, de nouvelles pratiques et à contribuer au renforcement des obstacles » (Gatto, 1999; 2004)
- « Alors qu'une formulation non dogmatique est plus favorable au questionnement, à la déstabilisation des obstacles et à l'évolution des savoirs, des pensées et des pratiques de l'apprenant » (Gatto, 1999; 2004).

### **4.3. EN LIEN AVEC LA PÉDAGOGIE EN THÉRAPEUTICO-ÉDUCATIF**

- Bachelard (1938) décrit des obstacles à l'apprentissage : « la cohérence d'un système de pensée, ses succès antérieurs, la force de l'habitude peuvent venir figer la pensée dans un certain cadre et l'empêcher d'imaginer que certains éléments du système pourraient être différent de ce que l'on a considéré jusque là ».
- « Une pédagogie traditionnelle positiviste et behavioriste ayant recours majoritairement à l'évaluation contrôle empêche souvent la déconstruction des savoirs et des pratiques préexistants » (Gatto, 1999, Gatto, 2004)
- Certains savoirs et certaines pratiques du patient se constituent en « *obstacles à l'apprentissage d'un nouveau savoir possible et de nouvelles pratiques possibles.* » (Bachelard, 1983, Joshua et Dupin 1993, Brousseau, 1998, Gatto 2004)

#### **4.4. EN LIEN AVEC L'AUTONOMIE ET LA COMPETENCE DU PATIENT**

- « *La compétence est définie comme l'ensemble des caractéristiques individuelles (connaissances, attitudes, aptitudes) qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome, de perfectionner sans cesse sa pratique, et de s'adapter à un environnement en mutation* ». (Matillon, 2003)
- « La compétence ne peut être que compétence en situation, toute compétence est finalisée ou fonctionnelle ou contextualisée » (Le Boterf 2004).

#### **4.5. EN LIEN AVEC L'AUTO-ÉVALUATION DU PATIENT**

- « Évaluer, c'est mettre en relation des éléments issus d'un observable (ou référé), et un référent, pour produire de l'information éclairante sur l'observable, afin de prendre des décisions » (Hadji, 1990).

### **5. RESULTATS DEJA PUBLIÉS**

#### **5.1. HAS (RAPPORT 2005)**

La chronicité étant source d'incapacités et de handicaps, d'altération de la qualité de vie et d'isolement social et professionnel, la maladie chronique dont la lombalgie est à éviter en priorité.

Plusieurs pistes sont choisies :

- Les objectifs thérapeutiques individualisés constituent un concept nouveau qui répond à l'application de la loi 2002 où le patient est au centre.
- Recommandations : application systématique de certains processus pour contrôler l'obtention de résultats intermédiaires prédictifs d'une bonne conformité de prise en charge et audit de pratiques.
- Réalisation du bilan clinique, la prise en compte de spécificités du patient et la coordination des soins.
- L'EPP aujourd'hui DPC est devenue un « passage obligé » pour les professionnels de santé quel que soit leur lieu d'exercice.
- Cet audit de pratiques permet d'évaluer la stratégie clinique (étiologie et gravité), la stratégie d'imagerie et la stratégie thérapeutique

## 5.2. RÉSULTATS DES RECHERCHES EN DIDACTIQUE COMPARÉE DES SAVOIRS EN SANTÉ (Colloque AFREES 2005, Franck Gatto, Chantal Eymard)

Il a été rapporté les travaux de recherche en didactisation des savoirs en santé et des savoirs pré-existants de patients chroniques dont des lombalgiques. Cela a conduit à la constitution des savoirs expérientiels des personnes vivant avec une maladie (chapitre tiré de Eymard & coll. - 2006) reconnaissant l'apprentissage par l'expérience et les théories qui les élaborent.

## 5.3. EN MÉDICO-KINÉSITHÉRAPIE

- Les contraintes biomécaniques au travail :
  - Manutention de charges lourdes avec la double contrainte du poids de la charge et de la posture.
  - Vibrations.

Conséquences sur les disques intervertébraux en compression et sur les muscles para-vertébraux en tension réactionnelle :

- L'exploration des facteurs de risque psycho-sociaux au travail met en évidence une augmentation des plaintes de lombalgies malgré la diminution des contraintes mécaniques de force améliorées par l'automatisation et l'ergonomie des postes de travail.
- Des corrélations ont été démontrées entre travail monotone et lombalgie ainsi qu'entre mauvaises relations sociales et lombalgie.
- Cela tend à considérer les contraintes au travail de nature psycho-sociale ou « stress au travail », classées en trois catégories avec des facteurs relatifs :
  - A la demande et contrôle du travail (monotonie /contrôle/flux tendus/responsabilités)
  - Au support social (collègues /hiérarchie)
  - Aux symptômes de stress (anxiété/états de tension/fatigue/peur/fatigue)
- Il n'y a pas de corrélation prouvée ou significative sur les critères :
  - du sexe
  - de l'âge
  - des activités physiques hors travail
  - de la taille ou obésité



#### 5.4. RÉSULTATS PUBLIÉS EN SCIENCES DE L'ÉDUCATION

- **Eric Pastor (2004)** a conclu de ses travaux à une corrélation positive entre le niveau de formation (professionnel/universitaire) et le modèle déclaré de la pratique évaluative au cours des soins (contrôle/questionnement), et de la posture soignante (Agent/ Acteur/Auteur).
- Le contexte d'exercice influe sur la pratique des soins.
- **Franck Gatto (1999)** a conclu de ses travaux auprès de kinésithérapeutes en formation continue une tendance à inhiber par le discours et les intentions pédagogiques l'apprentissage du patient.
- Certains savoirs et techniques transmis aux patients et aux étudiants sont contraires aux savoirs scientifiques et aux pratiques recommandées.
- Une formulation non dogmatique est plus favorable au questionnement, à la déstabilisation des obstacles et à l'évolution des savoirs, des pensées et des pratiques de l'apprenant » (Gatto, 1999, 2004).
- Les résultats de ces recherches conduites auprès de patients atteints de pathologies chroniques confirment la présence d'obstacles stables à l'apprentissage certainement créé par des causes différentes qui sont :
  - La transmission d'un savoir « académique » et de pratiques erronées par les professionnels.
  - Le mode d'installation plus ou moins dogmatique des savoirs et des pratiques des patients construits par l'expérience et/ou par l'information.
  - Des activités de soins basées sur un socle théorique behavioriste, un management directif et un modèle d'évaluation contrôle (Franck Gatto et Jean Ravestein 2003).
- Les soins basés sur un modèle de Santé Global Non Positiviste, la théorie néo-socio-constructiviste et le modèle de l'évaluation complexe améliorent les résultats sur le plan thérapeutique (indicateurs fonctionnels, indicateurs douloureux, indicateurs médicamenteux, santé perceptuelle) et sur le plan éducatif (construction de savoirs, de pratiques et de compétences nouvelles bénéfiques à la santé).
- La majorité des professionnels transmettent des savoirs et des techniques en utilisant un paradigme de traitement dogmatique de l'information, s'appuient sur un socle théorique behavioriste et sur le modèle de l'évaluation contrôle empêchant toute déstabilisation des obstacles de la part des patients, tout apprentissage de

comportements plus favorables à leur santé. Ils positionnent le patient en qualité d'agent prescrit.

- Les messages thérapeutiques des étudiants, des enseignants et des soignants sont souvent formulés et écrits de manière dogmatique, sans tenir compte des savoirs et pratiques préexistants, des savoirs et pratiques construits par l'expérience, des obstacles et empêchent tout apprentissage de savoirs et de pratiques nouvelles.

## **6. QUESTIONS DE RECHERCHE AUTORISEES à PARTIR DES RESULTATS DEJA PUBLIES.**

Quels sont les Savoirs, Savoir-faire et Savoir être des patients lombalgiques chroniques ayant eu au moins un traitement de kinésithérapie depuis les cinq dernières années ?

Ces savoirs sont-ils conformes à l'idéal théorique sur les différents champs médico-kinésithérapiques, législatifs et des sciences de l'éducation ?

Peut-on déduire de cette évaluation des patients au travers de leur expérience une évaluation des pratiques professionnelles de leur praticien ?

Et dans ce cas comment répondre aux éventuels déficits de conformité ?

## **7. OPERATIONNALISATION THEORIQUE**

À partir du référentiel idéal théorique (Annexe1), il a été recherché si :

Les Savoirs, Savoir-faire et Savoir être des patients lombalgiques chroniques sont conformes ou non conformes, acquis ou non acquis en ce qui concerne :

- leur anatomie et biomécanique.
- leur lombalgie chronique
- leurs savoirs concernant la législation.
- leur posture dans la relation de soin.
- leurs comportements et leur mode de vie compte tenu de leur pathologie chronique.

Il a été donné la possibilité au patient lombalgique chronique d'analyser et d'exprimer son expérience. Cela fut déjà une véritable démarche éducative.

## **8. DISPOSITIF DE RECHERCHE**

### **8.1. METHODE**

Enquête scientifique réalisée par l'utilisation et la désagrégation de variables théoriques convoquées.

### **8.2. POPULATION**

**Patients lombalgiques chroniques ayant reçu un traitement de kinésithérapie au moins dans les cinq dernières années.**

### **8.3. OUTIL D'ENQUETE THEORISE : QUESTIONNAIRE**

**Questionnaire à choix multiples conceptualisé à partir du référentiel idéal théorique présenté aux patients concernés (exemplaire Annexe 3)**

**Ci-après questionnaire théorisé avec référence de conformité**

**Message d'introduction :** L'enquête à laquelle vous avez accepté de participer fait l'objet de mon travail de mémoire en Master 2 en sciences de l'éducation, dans le cadre d'un partenariat de formation entre l'Université d'Aix-Marseille 1 et l'IFCEES-Rééducation de Montpellier.

Ce questionnaire est individuel et sera traité de façon anonyme. Il vous est remis au cabinet ou à domicile par votre kiné. Les résultats se retrouveront dans mon mémoire de fin d'année.

#### **Comment remplir ce questionnaire**

Chaque question est importante.

Répondez en cochant les cases vous correspondant le plus.

Merci de bien respecter le nombre de réponses demandées dans la consigne.

Sinon le questionnaire ne sera pas exploitable.

Je vous remercie, par avance, pour votre contribution à cette étude.

Corinne Rodzik

#### **8.3.1. Une première partie : Situation personnelle et familiale**

Partie générale décrivant la population étudiée.

-Q1 à Q7 : concerne des questions personnelles qualitatives.

-Q8 à Q13 : concerne les questions sur leur ressenti sur leur pathologie.

### **8.3.2. Une deuxième partie : savoirs médico-kinésithérapiques et législatifs**

-Q14 à Q16 : concerne les questions sur leurs savoirs anatomiques et médico-kinésithérapiques.

-Q17 : Une question à quatre items sur la législation.

### **8.3.3. Une troisième partie : savoirs dans les sciences de l'éducation**

Questions à quatre items dont 2 conformes 2 non conformes en fonction du référentiel des savoirs idéaux théoriques du patient lombalgique chronique.

Q18 à Q35 : explorant la conformité des savoirs du patient dans les Modèles de la Santé

Q36 à Q40 : explorant la conformité des savoirs du patient dans les Modèles de la Posture

Q41 à Q45 : explorant la conformité des savoirs du patient dans les théories de l'Apprentissage

Q46 à Q50 : explorant la conformité des savoirs du patient dans les Modèles de l'Évaluation.

## **8.4. PROTOCOLE DE RECUEIL DES DONNÉES DU QUESTIONNAIRE THÉORISÉ**

**Le questionnaire** d'abord présenté à mon directeur de mémoire Franck Gatto, a été testé par deux patientes et deux amis rentrant dans les critères.

En fonction des remarques, il a été modifié en reformulant certaines questions et en supprimant quelques items.

**Le temps** de remplissage est selon les patients de 20mn à 45mn.

Commentaires des patients « recrutés sur la base du volontariat » et en garantissant le complet anonymat : difficulté au premier abord, langage différent, peur de ne pas savoir, longueur du questionnaire. Pour ceux, l'ayant rempli à mon cabinet, a succédé après cette phase de démarrage une application certaine. Impossible de savoir si elle venait de leur seul intérêt ou celui aussi de me faire plaisir.

### **Critères de la population étudiée :**

Personne souffrant de lombalgie chronique ayant eu un traitement de kinésithérapie au moins dans les cinq dernières années.

### **Mode de distribution**

- Par mes soins en main propre aux patients connus.
- Par internet précédé d'un message
- Par courrier à des collègues et amis qui se sont chargés de distribuer aux patients présentant les critères avec enveloppe de retour.

### **Message de présentation pour questionnaires par mails**

Pour les questionnaires adressés par internet, le mail d'introduction était :

*Bonjour,*

*Devant écrire un mémoire de recherche au sujet de la lombalgie chronique (douleur dans la partie basse de la colonne vertébrale pouvant irradier parfois, se manifestant par des douleurs fréquentes parfois quotidiennes ou par des crises récurrentes. Premières douleurs ayant démarré depuis plus de trois mois).*

*Je me permets de solliciter votre participation.*

*Si vous êtes dans ce cas-là et que vous avez suivi au moins un traitement de kinésithérapie depuis les 5 dernières années MERCI de participer.*

*En pièce jointe, vous trouverez mon questionnaire à remplir. Il est ANONYME.*

*Cette étude étant anonyme 4 solutions*

*1. Passer à mon cabinet pour remplir*

*2. Remplir questionnaire (pièce jointe) et me le déposer boîte aux lettres cabinet (ou par courrier)*

*3. Plusieurs et me les adresser par mail pièces jointe (anonymat)*

*4. Dans la confiance, votre questionnaire, en pièce jointe, rempli et de retour sur ma boîte mail sera immédiatement imprimé et remis dans une caisse avec tous les autres pour respecter l'anonymat.*

*A votre convenance .*

*Dans tous les cas de figures plus vous êtes nombreux plus mon étude a du sens.*

*Vous n'êtes pas jugés par vos réponses car il s'agit d'évaluer les savoirs existants et les besoins de la population "lombalgique " dans un ensemble.*

*Merci aussi de le proposer à vos proches qui se trouvent être dans ces critères.*

*Ces questionnaires doivent me parvenir dans les 8 /10 jours.*

*Je suis à votre disposition si vous avez des questions par mail ou tel .cabinet 04.93.95.07.09*

*Avec ma reconnaissance.*

*Cordialement*

*Corinne Rodzik*

### **Autre mode de distribution**

Directement au patient :

Pour ceux que j'ai personnellement distribués, j'ai insisté sur la garantie de l'anonymat des réponses et précisé mon projet.

Indirectement par des confrères à leurs patients :

Pour les questionnaires distribués par des collègues et/ou amis, je les ai chargés de transmettre le même message et de les rassurer quant à la « crainte des patients de ne pas savoir répondre juste ».

### Questionnaire Théorisé

L'enquête à laquelle vous avez accepté de participer fait l'objet de mon travail de mémoire en Master 2 en Sciences de l'éducation, dans le cadre d'un partenariat de formation entre l'Université d'Aix-Marseille 1 et l'IFCEES-Rééducation de Montpellier.

Ce questionnaire est individuel et sera traité de façon anonyme. Il vous est remis au cabinet ou à domicile par votre kiné. Les résultats se retrouveront dans mon mémoire de fin d'année.

### Comment remplir ce questionnaire

Chaque question est importante. Je vous demande de bien vouloir le remplir en respectant le nombre de réponses attendues sinon le questionnaire ne sera pas valide donc non exploitable.

Je vous remercie, par avance, de votre contribution à cette étude,  
Corinne Rodzik

## Première Partie

### Situation personnelle et familiale

**Merci de répondre aux questions portant en cochant la case correspondant au mieux à votre cas.**

1. Vous êtes :  Une femme  Un homme
2. Age  Plus de 86 ans  De 66 ans à 85 ans  De 46 à 65 ans  
 De 26 à 45 ans  Moins de 25 ans
3. Votre situation familiale :  Vivant seul  En famille  En institution  
 En couple sans enfant
4. Votre niveau d'étude :  Primaire  Secondaire  Supérieur
5. Vous habitez
  - Habitation  En appartement  En maison individuelle
  - Environnement  Ville  À la campagne
6. Votre situation : Loisir et sport : plusieurs réponses possibles  
 Sans  Jardinage  Sport  Bricolage  Tv  Internet  Autre

## 7. Votre situation professionnelle :

- **Sans emploi**

- Etudiant ou scolarisé

À la recherche d'un emploi

Femme ou homme au foyer

Pensionné(e)

Retraité(e) ou Préretraité(e)

Rentier(ère)

- **Chef d'entreprise**

- **Commerçant**

**Secteur Tertiaire**

Employé

Maîtrise

Cadre

- **Industrie**

Statut ouvrier

Agent de maîtrise

Cadre

- **Secteur Agricole**

Exploitant(e)

Employé(e)

Cadre

- **Artisan**

- **Fonctionnaire**

Activité physique

Employé

Cadre

Activité bureau

Employé(e)

Cadre

- **Secteur de la santé**

Employé(e)

Cadre  Libéral (e)

- **Profession Libérale**

## 8. Vous présentez une lombalgie chronique

Diagnostiquée par un médecin

Puisque depuis plus de trois mois vous présentez des douleurs lombaires sans rapport avec une maladie organique .Ces douleurs sont quasiment journalières ou par crises plus ou moins invalidantes avec retentissement psychosocial. (HAS 2005)

## 9. Avez-vous été soigné en kinésithérapie au cours des 12 derniers mois pour cette lombalgie chronique?

OUI

NON

## 10. Combien de séances de kinésithérapie avez-vous effectué pour ces rachialgies dans les 5 dernières années ?

Moins de 15 séances

De 15 à 30 Séances

plus de 30 Séances

**11. Prenez-vous des médicaments pour traiter cette lombalgie ?**

- Non jamais                       Oui seulement si le médecin l'a prescrit  
 Oui en crise                       Oui dès les premiers signes de douleur

**12. Cette lombalgie par sa chronicité (2 réponses)**

- a changé votre vie :  Oui       Non
- perturbe votre vie lorsque vous êtes en crise :  Oui       Non
- vous fatigue :  Oui       Non
- vous perturbe psychologiquement :  Oui       Non
- vous handicape beaucoup trop :  Oui       Non
- vous réussissez à vivre bien avec elle :  Oui       Non

**13. Votre savoir sur votre lombalgie chronique vient ? (2 réponses)**

- Votre médecin       Votre masseur-kinésithérapeute.       Internet.  
 Les dictionnaires, revues, émissions spécialisées.       Amis, entourage

**Deuxième Partie****CONNAISSANCES MEDICO-KINESITHERAPIQUES**

Merci de répondre aux questions sur vos connaissances au sujet de votre lombalgie chronique.

CONFORME C /1

NON CONFORME NC /0

Merci de donner 2 réponses en cochant 2 cases

**14. Que diriez-vous au sujet de votre lombalgie ?**

- Elle est chronique car son début date de plus de trois mois  C/1
- Elle concerne vos vertèbres lombaires seulement  /0
- Elle est surtout due à un manque de muscles abdominaux  /0
- Elle peut être améliorée en adaptant les gestes et les postures  C/1

**15. Que diriez-vous de vos douleurs ?**

- Elles varient toujours selon vos positions  C/1
- Elles ne s'aggravent jamais au repos  /0
- Leur intensité est proportionnelle à la gravité de vos clichés radiologiques  /0
- Elles sont moins fréquentes quand vous faites les exercices appris chez votre kiné régulièrement  C/1



## 16. Que diriez-vous ?

- C'est le disque intervertébral qui fait mal dans la lombalgie chronique  /0  
 La lordose lombaire ou cambrure est anormale  /0  
 Pour ménager sa colonne lombaire il est utile d'avoir des membres inférieurs souples solides  C/1  
 La dernière vertèbre lombaire forme avec le sacrum la charnière lombo-sacrée  C/1

<b>Question 17 : La législation en vigueur</b>
--

Merci de cocher la case correspondante

### - Vous savez que

- **La Charte d'Ottawa (OMS 1986).**

Promotion de la santé qui a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.

- OUI / CONFORME/1  
 NON / NON CONFORME / 0  
 Ne sais pas / 0

- **Les Recommandations de la Haute Autorité de la Santé (HAS).** L'HAS est une autorité publique indépendante à caractère scientifique chargée de :

- Faire de la qualité un élément clé de la régulation du système de santé
- Améliorer avec les professionnels la qualité et la sécurité des soins
- Impliquer les patients dans la qualité en santé

- OUI / CONFORME / 1       NON / NON CONFORME / 0       Ne sais pas / 0

- **La Loi 2002-303 du 4 mars 2002 LOI KOUCHNER** est relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.

- OUI / CONFORME / 1       NON / NON CONFORME / 0       Ne sais pas / 0

- **La Loi HPST du 21 Juillet 2009 ou loi Bachelot** qui impose l'éducation du patient comme priorité nationale. (conformité au 1<sup>er</sup> janvier 2011).

- OUI / CONFORME / 1       NON / NON CONFORME / 0       Ne sais pas / 0

<b>Troisième Partie</b>
-------------------------

Question d'enquête en lien avec les modèles théoriques. Les données doivent être conformes à la loi et à la science.

<b>Modèle théorique</b>	<b>Variable théorique</b>	<b>abréviation</b>
<b>Conformité</b>	<b>Conforme</b>	<b>C</b>
<b>Conformité</b>	<b>Non conforme</b>	<b>NC</b>
<b>Posture</b>	<b>Agent</b>	<b>Ag</b>
<b>Posture</b>	<b>Auteur</b>	<b>Au</b>
<b>Modèle de la Santé</b>	<b>Biomédical curatif</b>	<b>BM</b>
<b>Modèle de la Santé</b>	<b>Global Non positiviste</b>	<b>GNP</b>
<b>Théorie de l'apprentissage</b>	<b>Behaviorisme</b>	<b>BEHAV.</b>
<b>Théorie de l'apprentissage</b>	<b>Constructivisme /Socioconstructivisme/ néosocio-constructivisme.</b>	<b>CONST.</b>
<b>Modèle de l'évaluation</b>	<b>Evaluation Contrôle</b>	<b>CONT.</b>
<b>Modèle de l'évaluation</b>	<b>Evaluation Questionnement</b>	<b>QUEST.</b>

<b>Modèles de la Santé</b>
----------------------------

Merci de répondre à chaque question en cochant 2 cases de votre choix.

On cherche Conformité.

Biomédical Non Conforme NC

Global non positiviste Conforme C

**Question 18 (2 réponses)**

<b>Face à votre problème de lombalgie chronique.</b>		
<b>Pour vous :</b>		
- Vous soigner c'est vous soulager.	BM	NC
- Le médecin seul est la référence valable pour donner des recommandations de bonnes pratiques à votre kiné.	BM	NC
- Le kiné doit adapter son traitement à votre cas et à vos questions.	GNP	C
Le traitement kiné doit vous traiter dans votre globalité et ne pas se limiter à votre région lombaire douloureuse.	GNP	C

**Question 19 (2 réponses)**

<b>En Conformité avec la loi du 04 Mars 2002.</b>		
- Votre kiné établit votre programme de rééducation sans vous concerter car c'est son métier et il sait ce qui est bon pour vous.	BM	NC
- Votre kiné vous dit uniquement ce qu'il faut ou ne pas faire dans votre quotidien.	BM	NC
- Votre kiné réfléchit avec vous sur les causes de vos douleurs et trouvent des solutions avec vous car il ne peut savoir ce qui est bon pour vous à l'avance.	GNP	C
- Vous voulez après un entretien avec votre kiné et une discussion sur les différents choix de traitement choisir les programmes de vos séances de rééducation en fonction de votre cheminement.	GNP	C

**Question 20 (2 réponses)**

<b>Pour vous la kinésithérapie :</b>		
- Est une science qui donne la guérison.	BM	NC
- Vous permet d'être en bonne santé seulement si vous en bénéficiez régulièrement.	BM	NC
- Est une pratique humaine centrée sur le malade.	GNP	C
- Cherche aussi à donner aux individus les moyens d'améliorer leur santé globale.	GNP	C

**Question 21 (2 réponses)**

<b>Face à vos difficultés de la vie quotidienne quand vous êtes en crise de lombalgie :</b>		
- La meilleure solution est le repos complet.	BM	NC
- Vous avez appris à élaborer avec votre kiné une procédure pour diminuer vos difficultés et vous adapter à vos besoins	GNP	C
- Vous vous interdisez toute activité et cela vous déprime ou vous énerve	BM	NC
- Vous prenez patience et savez que la crise peut passer ou diminuer en fonction de vos gestes.	GNP	C

**Question 22 (2 réponses)**

<b>Vous souffrez de lombalgie chronique c'est une maladie diagnostiquée.</b>		
- Vous ne pouvez plus vous considérer en bonne santé.	BM	NC
- Vous vous considérez quand même en bonne santé.	GNP	C
- Vous devez toujours être suivi par un médecin pour surveiller votre maladie.	BM	NC
- Vous pouvez vous adapter en changeant certaines de vos habitudes	GNP	C

**Question 23 (2 réponses)**

<b>Pour construire votre traitement</b>		
- Le kinésithérapeute est un professionnel, il fait son bilan (BDK) à partir ses techniques de soin sont élaborées exclusivement	BM	NC
- Vous êtes partenaire avec votre kiné et participez au traitement.	GNP	C
- Le discours du kiné doit être toujours être en termes médicaux.	BM	NC
- Votre vie quotidienne et vos savoirs pré-existants sont intéressants et orientent le traitement kinésithérapique.	GNP	C

**Question 24 (2 réponses)**

<b>Pour vous, la santé c'est</b>		
- L'absence de maladie.	BM	NC
- Le bien-être physique, mental et social d'un individu.	GNP	C
- L'absence de douleur	BM	NC
- Un équilibre dynamique entre l'environnement et les pathologies qui permet d'évoluer dans le temps	GNP	C

**Question 25 (2 réponses)**

<b>Que diriez-vous de la lombalgie chronique :</b>		
- C'est la maladie du siècle qui ne peut que s'accroître dans l'avenir vue le stress et les conditions de travail.	BM	NC
- Elle est due en partie à un manque d'information sur l'hygiène de vie que le lombalgique devrait adopter.	GNP	C
- Les professionnels de santé consultés aussi multiples Elle ne peut pas être seulement soulagée par des interventions multiples de divers professionnels de la santé.	GNP	C
- C'est une maladie qui ne pourra être traitée correctement qu'avec plus de moyen.	BM	NC

**Question 26 (2 réponses)**

<b>Que diriez-vous au sujet de la lombalgie chronique :</b>		
- Elle touche surtout les personnes qui ont un travail physique pénible.	BM	NC
- Le surpoids peut être une des causes de la lombalgie chronique.	GNP	C
- Elle n'a aucun lien avec les habitudes alimentaires.	BM	NC
- Le port de charges lourdes n'est pas forcément déconseillé en cas de lombalgie chronique.	GNP	C

**Question 27 (2 réponses)**

<b>Quant à la douleur de lombalgie chronique vous pensez que :</b>		
- Le massage a un effet antalgique scientifiquement prouvé.	BM	NC
- La douleur a des origines multiples et pas seulement mécaniques.	GNP	C
- Quand elle apparaît lors du traitement, elle doit absolument et systématiquement entraîner un arrêt de tous les exercices actifs.	BM	NC
- Pour la gérer il est nécessaire de connaître vos limites.	GNP	C

**Question 28 (2 réponses)**

<b>En ce qui concerne l'amélioration ou la guérison de la lombalgie chronique :</b>		
- La mobilité des hanches joue un rôle dans la guérison de la lombalgie chronique.	GNP	C
- La mobilité totale de chaque segment rachidien est indispensable pour la guérison de la lombalgie chronique.	BM	NC
- Les raideurs musculaires peuvent entraver la guérison.	GNP	C
- La recherche scientifique en masso-kinésithérapie dans le traitement de la lombalgie est à ce jour bien avancée.	BM	NC

**Question 29 (2 réponses)**

<b>Que dire de la rééducation de la lombalgie chronique :</b>		
- L'apprentissage des auto-grandissements joue un rôle primordial dans la rééducation posturale.	GNP	C
- Le renforcement musculaire ne doit être commencé que lorsque les douleurs ont disparu.	BM	NC
- Le travail en extension est contre-indiqué dans votre cas	BM	NC
- Le renforcement des membres inférieurs est indispensable.	GNP	C

**Question 30 (2 réponses)**

<b>Que dire du traitement de la lombalgie chronique :</b>		
- Les tractions vertébrales ont scientifiquement prouvé leur efficacité dans le traitement de la lombalgie chronique	BM	NC
- Les exercices en groupe ont scientifiquement prouvé leur effet bénéfique dans le traitement de lombalgie chronique	GNP	C
- L'électrothérapie antalgique est une des techniques essentielles dans le traitement de la douleur chronique	BM	NC
- La gymnastique médicale (rééducation fonctionnelle) représente la technique incontournable dans le traitement.	GNP	C

**Question 31 (2 réponses)**

<b>Au sujet des séances de kinésithérapie :</b>		
- Pour que le traitement kiné soit efficace, vous devez aller chez le MK au minimum 3 fois par semaine au début.	BM	NC
- Des séances trop rapprochées peuvent augmenter les douleurs et compromettre l'efficacité du traitement.	GNP	C
- 30 séances par an de kinésithérapie sont insuffisantes pour avoir un résultat pour une lombalgie chronique.	BM	NC
- La fréquence des séances est décidée par vous et votre MK en concertation.	GNP	C

**Question 32 (2 réponses)**

<b>Parmi les conseils d'hygiène de vie que vous savez efficaces</b>		
- Il faut toujours s'interdire le port de charges lourdes.	BM	NC
- Pour faire du jogging il faut bien se chausser, s'échauffer et de courir plutôt sur un sol meuble.	GNP	C
- Vous avez reçu une liste de gestes indiqués ou contre-indiqués.	BM	NC
- Il est nécessaire d'adapter les interdictions et recommandations de certains gestes en reconnaissant les signes qui précèdent souvent une récurrence.	GNP	C

**Question 33 (2 réponses)**

<b>Lorsque le traitement MK ne vous a pas semblé assez efficace.</b>		
- Vous décidez d'aller consulter un autre kiné	GNP	C
- Vous retournez voir votre médecin traitant.	BM	NC.
- Votre kiné vous a conseillé de voir un spécialiste.	BM	NC
- Suivant les conseils de votre kiné vous changez vos habitudes (hygiène) de vie ou de travail (parfois incompatible avec le travail) qui peut entretenir votre lombalgie chronique.	GNP	C

**Question 34 (2 réponses)**

<b>Concernant la respiration</b>		
- L'expiration entraîne un relâchement musculaire	GNP	C
- L'apnée est déconseillée lors d'efforts musculaires	BM	NC
- L'apprentissage de la respiration abdomino-diaphragmatique fait partie de l'éducation posturale	GNP	C
- Une mauvaise ventilation (respiration) ne peut jamais compromettre l'éducation posturale.	BM	NC

**Question 35 (2 réponses)**

<b>Selon vous :</b>		
- Les douleurs lombaires viennent systématiquement d'un pincement discal.	BM	NC
- On peut présenter une Lombalgie Chronique sans aucun signe radiologique.	GNP	C
- La présence d'ostéophytes induit forcément une limitation des mobilités.	BM	NC
- Votre MK tient plus compte pour orienter son traitement de votre bilan corporel que de votre bilan radiologique	GNP	C

**Modèles de la Posture**

Merci de répondre à chaque question en cochant 2 cases de votre choix

Question d'enquête en lien avec les modèles de la Posture  
(soit hypothèse théorique, soit question d'éducation scientifique)  
en différenciant agent et auteur : QCM à 4 choix.

On cherche la Conformité.

2 items à cocher par la population.

2 choix Auteur Conforme C

2 choix Agent Non Conforme NC

**Question 36 (2 réponses)**

<b>Connaissance de votre pathologie :</b>		
- Vous savez peu de chose sur votre pathologie et vous faites confiance à votre Masseur-Kinésithérapeute car c'est son métier.	AG	NC
- Vous connaissez bien cette fragilité lombaire car elle est de famille.	AG	NC
- Pour mieux gérer votre pathologie vous cherchez des renseignements partout (articles de journaux, internet, émission télé).	Au	C
- Vous demandez des explications sur l'anatomie et votre pathologie à votre kiné avec lequel vous discutez de votre pathologie pour mieux comprendre les soins proposés et votre rôle dans votre guérison.	Au	C

**Question 37 (2 réponses)**

<b>Lorsque votre médecin vous a prescrit le traitement de kinésithérapie :</b>		
- Vous lui avez fait confiance sans lui poser de questions.	AG	NC
- Vous avez cherché des renseignements avant d'y aller.	AU	C
- Vous attendiez tout de ce traitement comme un miracle.	AG	NC
- C'est vous qui lui en avez parlé et vous avez décidé ensemble.	Au.	C.

**Question 38 (2 réponses)**

<b>Face à la douleur :</b>		
- Vous attendez que votre kiné respecte à la lettre la prescription du médecin quoiqu'il arrive.	AG	NC
- Vous prenez toujours vos médicaments prescrits (antidouleur, anti-inflammatoires) à la lettre, même si vous souffrez moins.	AG	NC
- Vous participez à la construction de chaque séance avec votre kiné selon vos besoins et vous sentez que cela vous améliore.	Au	C
- Vous prenez des antalgiques à votre convenance comme automédication, en fonction de vos douleurs en continuant à surveiller vos gestes et positions.	Au	C

**Question 39 (2 réponses)**

<b>Face à votre Rééducation :</b>		
- Vous ne faites les exercices que pendant les séances, avec votre kiné pour les faire bien contrôler par lui.	AG	NC
- Vous consultez votre médecin prescripteur pour renouveler l'ordonnance à la fin d'une série sans demander l'avis du kiné car vous savez que vous ne guérirez pas puisque c'est chronique.	AG	NC
- Vous refaites vos exercices à votre domicile parce que vous sentez que cela vous fait du bien.	Au	C
- Vous préférez, en accord avec votre kiné, faire d'autres activités physiques (sport, gym, stretching) en respectant vos limites et sans déclencher la douleur	Au	C

**Question 40 (2 réponses)**

<b>Pour vous, la kinésithérapie est :</b>		
- Essentiellement un protocole de soins contre les douleurs	AG	NC
- Un traitement systématique fait par le MK en fonction de votre lombalgie et de la prescription du médecin.	AG	NC
- Différentes possibilités de soins que vous pouvez choisir et adapter avec votre kiné en fonction de vos projets.	Au	C
- Aussi un moyen d'apprendre à adapter votre environnement et à gérer mieux votre vie en tenant compte de vos lombaires.	Au	C



## Théories de l'apprentissage

Merci de répondre à chaque question en cochant 2 cases de votre choix

Question d'enquête en lien avec les théories de l'apprentissage  
(soit hypothèse théorique, soit question d'éducation scientifique)

-différenciant agent et auteur : QCM à 4 choix.

On cherche la Conformité.

2 items à cocher par la population.

2 choix Béhaviorisme Non Conforme NC

2 choix Constructivisme (socio- et né-socio) Conforme C

### Question 41 (2 réponses)

<b>Lors de votre rééducation pour vous apprendre un exercice votre kiné :</b>		
- il vous explique pourquoi il le juge bon pour vous.	BEHAV.	NC
- il vous demande ce que vous ressentez en le faisant.	CONS.	C
-il vous fait sentir la différence en joignant INSP / Expiration à l'exercice pratiqué.	CONS.	C
- il doit surveiller vos fautes.	BEHAV.	NC

### Question 42 : (2 réponses)

<b>Si vous ne réalisez pas correctement un exercice de Kinésithérapie :</b>		
- Votre MK vous le fait refaire plusieurs fois jusqu'à ce que vous le réussissiez.	BEHAV.	NC
- Votre MK vous demande ce que vous en pensez et d'essayer de le faire différemment.	CONS.	C
- Votre MK vous montre lui-même l'exercice.	BEHAV.	NC
- Il est possible que votre MK vous propose de réaliser une séance en groupe afin de progresser.	CONS.	C

### Question 43. (2réponses)

<b>Pour vous l'apprentissage d'un mouvement en kinésithérapie :</b>		
- Est essentiellement la répétition du mouvement.	BEHAV.	NC
- Est identique pour tous ceux qui souffrent de lombalgie.	BEHAV.	NC
- Est l'acquisition d'une nouvelle façon de réaliser le mouvement.	CONS.	C
- Passe par la prise de conscience du mouvement juste Il nécessite de prendre conscience que l'on ne faisait pas le bon mouvement.	CONS.	C

### Question 44 : (2réponses)

<b>En ce qui concerne les exercices de rééducation :</b>		
- Vous pratiquez systématiquement des exercices d'auto-étirement à domicile entre 2 séances.	BEHAV. BM	C
- Il est préférable que les exercices soient réalisés au cabinet pour qu'ils soient contrôlés par le Kiné.	BEHAV.	NC
- A la fin du traitement vous continuez seul à domicile les exercices faits lors des séances régulièrement en fonction de vos besoins.	CONST.	C
- Vous ne reproduisez jamais les gestes appris en séance aux gestes de la vie quotidienne.	CONST.	NC

**Question 45 (2 réponses)**

<b>Lors de votre première séance de kinésithérapie</b>		
- Votre MK vous a proposé d'expliquer ce que vous saviez de votre pathologie lombaire et vos attentes.	SO CONST.	C
- Votre MK vous a fait un exposé magistral sur votre lombalgie et vous a interrogé.	BEHAV.	NC
- Votre MK a effectué un bilan à partir duquel il s'est basé pour vous expliquer pourquoi il vous proposait ce programme de kiné que vous avez pu refuser ou accepter.	SOCIO CONST.	C
- Vous attendiez un support écrit, fait à l'avance précisant les conduites à tenir pour tous les lombalgiques.	BEHAV.	NC.

**Modèles de l'évaluation**

Merci de répondre à chaque question en cochant 2 cases de votre choix

Question d'enquête en lien avec les modèles de l'évaluation

(soit hypothèse théorique, soit question d'éducation scientifique)

en différenciant contrôle et questionnement et auteur : QCM à 4 choix.

On cherche la Conformité.

2 items à cocher par la population.

2 choix Contrôle Non conforme NC

2 choix Questionnement. Conforme C

**Question 46 (2 réponses)**

<b>Lors d'un épisode douloureux, vous considérez que</b>		
- Les douleurs du rachis ne sont pas un frein au sport et activité car cela montre que cela travaille. Vous prenez parfois un médicament antalgique pour supporter et vous continuez.	QUEST.	C
- Les comportements de la vie quotidienne influent sur les douleurs de rachis dans un sens parfois positif, parfois négatif	QUEST.	C

- Si une douleur violente apparaît lors d'un effort, on arrête le mouvement douloureux et on remobilise progressivement le rachis dans les premières heures suivant cet épisode hyper algique	QUEST.	C
La douleur est toujours un critère d'arrêt de toute activité physique.	CONT.	NC

**Question 47 (2 réponses)**

<b>Positions du corps souhaitables pour vous ??</b>		
- Sont celles dans lesquelles vous vous sentez confortable et détendu.	QUEST.	C
- Sont celles que vous avez apprises à connaître avec votre Kiné et à adapter à votre ressenti.	CONT.	NC
- Vous les connaissez et pouvez les apprendre à vos proches.	CONT.	NC
- Elles peuvent évoluer selon que vous soyez en crise ou pas.	QUEST.	C

**Question 48 (2 réponses)**

<b>Les activités et gestes des loisirs et sport qui déclenchent ou augmentent vos douleurs.</b>		
- N'ont jamais de rapport avec les périodes de votre vie où vous vous sentez déprimé, fatigué ou stressé.	CONT.	NC
- Si vous ne respectez pas votre seuil douloureux elles entretiennent votre lombalgie et l'aggravent toujours.	QUEST.	C
- Vous les arrêtez pendant la crise.	QUEST.	C
- Vous font tellement de bien à la tête que cela n'est pas grave, vous retournerez chez le MK ou vous prendrez plus de médicaments.	CONT.	NC

**Question 49 (2 réponses)**

<b>Votre kiné fait un bilan BDK ou Bilan De Kinésithérapie :</b>		
- C'est un contrôle quantifié de vos raideurs, douleurs qui va à lui seul orienter le traitement de kinésithérapie.	CONT.	NC
- Il Vous permettra de vous rendre compte de vos progrès et de prendre confiance en vos possibilités.	QUEST.	C
- C'est ce bilan qui détermine votre guérison.	CONT.	NC
- À chaque séance, ce BDK éventuellement rapide contribue à déterminer le choix des exercices adéquats.	QUEST.	C

**Question 50 (2 réponses)**

<b>Au cours d'une séance de kinésithérapie :</b>		
- Votre MK planifie un traitement d'avance avec des exercices et il contrôle leur bonne exécution.	CONT.	NC
- Votre MK commence la séance en vous demandant ce que vous en attendez et évalue avec vous à la fin les résultats.	QUEST.	C
- Votre MK vous donne le choix de certains exercices à réaliser durant la séance et évalue avec vous ce qui va ou pas.	QUEST.	C

- Votre MK mesure votre distance doigts / sol comme indicateur de la gravité de votre cas.	CONT.	NC
--	-------	----

### Récupération :

- En main propre
- Retour par courrier
- Retour par internet et imprimé à réception.

### Stockage :

Tous les questionnaires récupérés furent rassemblés au fur et à mesure dans un carton.

- Bilan des retours

Cette procédure a permis de ne pas nécessiter de critère d'exclusion, la population étant « choisie » d'emblée.

Des contacts sont pris auprès de 15 masseurs-kinésithérapeutes libéraux en leur expliquant la démarche. 10 ont rendu des questionnaires, certains expriment des difficultés de remplissage.

5 questionnaires ont été remplis par internet.

150 questionnaires ont été distribués.

5 questionnaires remplis par internet.

96 furent récupérés dont 6 non exploitables car pas très incomplètement remplis.

- Effectif de la population évaluée.

95 questionnaires utilisables qui constituent la population étudiée.

- Taux de retour des questionnaires :

Sur 150 distribués récupération de 96 : 64 % de retour

La population étudiée est de 95 individus.

## 8.5. TRAITEMENT DES DONNÉES

### 8.5.1. Tableau de recueil des données brutes : tableau de contingence

Tableau réalisé à partir du logiciel Microsoft Excel® pour consigner les résultats et traiter les données ou tableau de contingence. Voir Annexe 4.

Chaque ligne représente un individu.

Chaque colonne représente la réponse à chaque question qualitative ou le nombre de réponses conformes pour chaque question quantitative.

Les questionnaires sont numérotés au fur et à mesure de leur « encodage » sur le tableau dit de contingence. Le numéro correspondant est écrit sur le questionnaire papier avec mention OK dès l'encodage validé et stocké dans une boîte.

### **8.5.2 Encodage des réponses**

Pour les réponses de la rubrique d'identification : les réponses sont de nature qualitative ou quantitative et apparaissent dans le tableau sous une modalité numérique ou nominale.

Les réponses aux variables différentielles interindividuelles étant de nature qualitative ou bien quantitative, elles apparaîtront dans le tableau sous une modalité numérique 0 pour un NON 1 pour un OUI.

Pour chaque question testant les connaissances et les pratiques, seulement deux des quatre propositions sont conformes. Le système binaire employé attribue 0 à la proposition non conforme et 1 à celle qui est conforme.

Le score d'une question pourra donc être 0, 1 ou 2 selon la conformité des réponses.

La conformité des savoirs du patient lombalgique chronique dans les modèles et théories des SDE déterminée dans le référentiel patient idéal théorique est :

En Modèle de la Santé : Global Non Positiviste.

En Modèle de la posture : Auteur.

Pour les Théories de l'Apprentissage : Constructivisme/ Socio-Constructivisme/ Néosocio-constructivisme.

En Modèles de l'Evaluation : Evaluation questionnement.

Les propositions sont côtés 1 pour chaque réponse conforme.

Selon le référentiel théorique la non-conformité est

En Modèle de la Santé : biomédical curatif.

En Modèle de la posture : Agent.

Pour les Théories de l'Apprentissage : Béhaviorisme.

En Modèles de l'Evaluation : Evaluation contrôle ou gestion.

Les propositions se voyant attribuer 0 ont comme critère non conforme, agent, biomédical curatif contrôle, béhaviorisme.

Il est fait procédons un tri à plat pour décrire précisément la population des 95 individus.

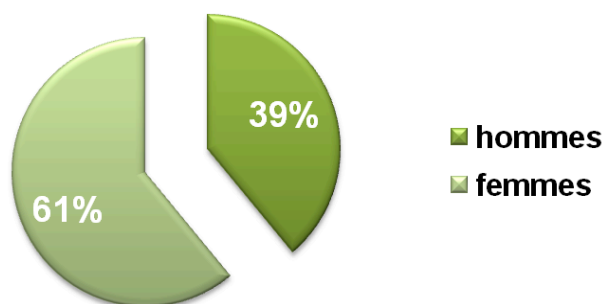
Puis mise en évidence des influences hypothétiques entre les différentes variables en utilisant les tests Khi deux et recherche de corrélation sur Excel.

## 9. RESULTATS

### 9.1. STATISTIQUES DESCRIPTIVES

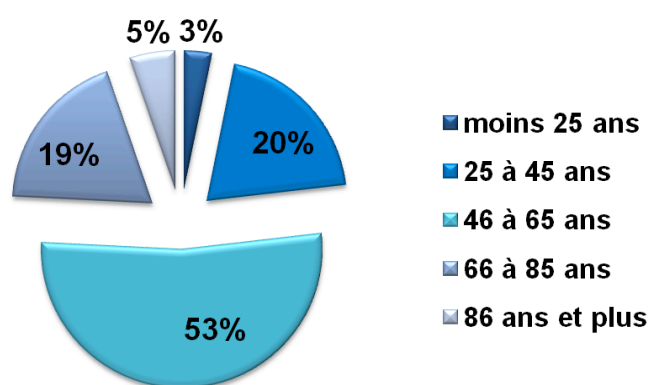
#### 9.1.1. Identification: Présentation de la population (Q1 à Q7)

**Figure 1 (Q1): Répartition par sexe**



Sur 95 personnes 58 femmes 37 hommes soit 61% de femmes et 39% d'hommes constitue l'effectif total de la population.

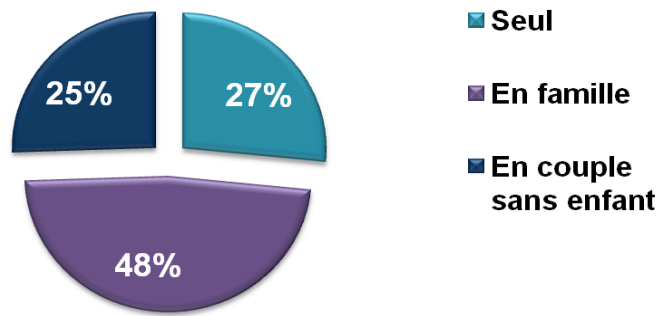
**Figure2 (Q2) : Répartition par âge**



Dans la population étudiée :

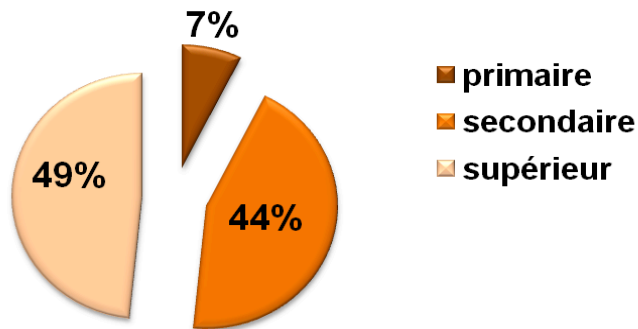
- 3 ont moins de 25 ans soit 3%
- 19 ont de 25 à 45 ans soit 20%
- 50 ont de 46 ans à 65 ans soit 53%
- 18 ont de 66 à 85 ans soit 19%
- 5 ont plus de 86 ans soit 5%

La population la plus représentée est la tranche d'âge de 46 à 65 ans à 53%.

**Figure3 (Q3) : Répartition par situation familiale**

La population présente :

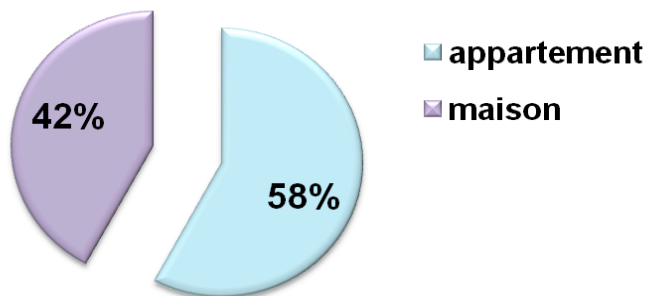
- 25 patients qui vivent seuls soit 27%,
- 45 en famille soit 48%
- 24 en couple sans enfants soit 25%.

**Figure 4 (Q4) Répartition par niveau d'étude**

7% de la population a un niveau scolaire primaire.

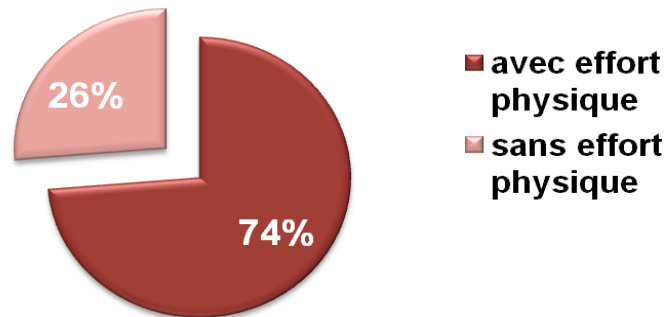
49% de la population a un niveau d'étude secondaire.

44% de la population a un niveau d'étude supérieur.

**Figure 5 (Q5) : Répartition par type d'habitation**

Dans la population 55 personnes vivent en appartement soit 58% et 40 individus vivent en maison soit 42 %.

**Figure 6 (Q6) : Répartition par type de loisirs**



Aucune personne interrogée n'a déclaré avoir aucun loisir.

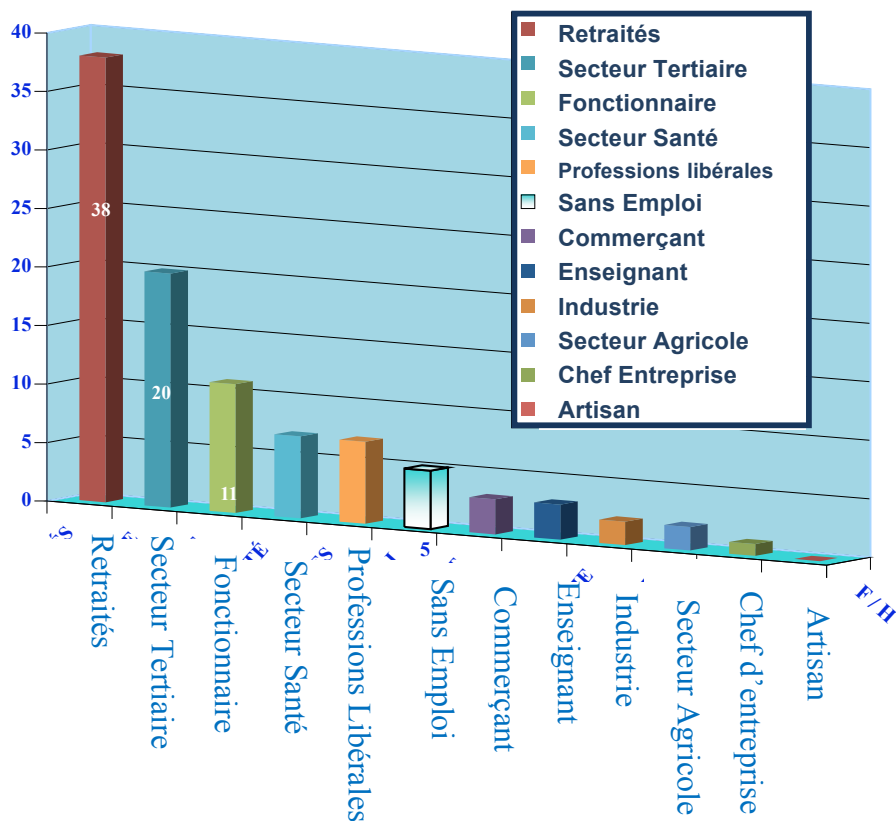
25 personnes ont des loisirs sans effort physique (TV, internet) soit 26%.

70 personnes ont des loisirs avec effort physique (sport, jardinage, bricolage) soit 74%.

La lombalgie chronique n'empêche donc pas les individus à avoir des loisirs avec effort physique à 74%.

Il n'est pas possible par ces résultats d'exprimer si les 26% restants le font par choix ou à cause de leur pathologie lombaire.

**Figure 7 (Q7) : Répartition de la population en fonction des activités professionnelles**

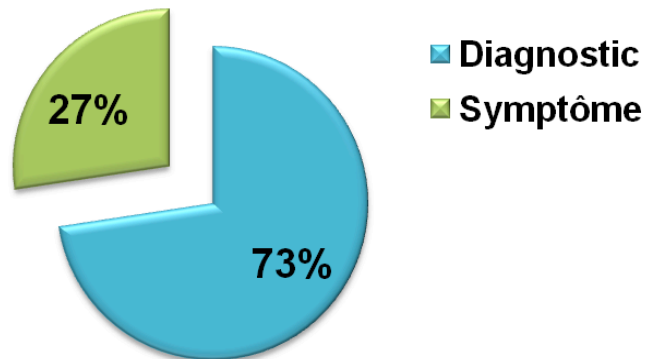




La répartition de la population en activités professionnelles est diverse avec deux pics  
 38 individus sont retraités soit 40%  
 20 individus sont en secteur tertiaire soit 21%.

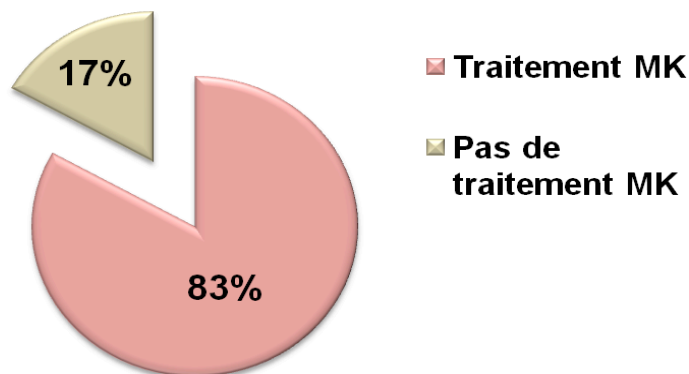
### 9.1.2. Identification: Informations générales quant à leur pathologie (Q8 à Q13)

**Figure 8 (Q8) : Répartition par Lombalgie diagnostiquée ou pas**



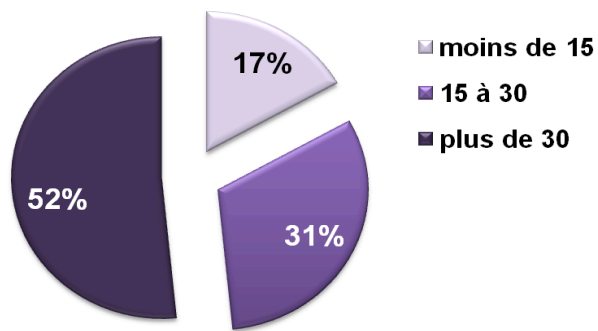
69 patients ont eu un nom sur leur pathologie diagnostiquée par un médecin soit 73%  
 26 patients connaissent leur pathologie par les symptômes qu'ils ressentent soit 27%

**Figure 9 (Q9): Répartition de la population en fonction du traitement ou pas de kinésithérapie l'année précédente**



16 personnes n'ont pas été soignées en kinésithérapie l'année précédente, 17% de la population.

79 personnes ont eu un traitement en kinésithérapie l'année précédente, 83% de la population

**Figure10 Q (10) : Répartition en fonction du nombre de séances en 5 ans**

16 personnes ont eu moins de 15 séances de kinésithérapie soit 17%

30 personnes ont eu entre 15 et 30 séances de kinésithérapie soit 31%

49 personnes ont eu plus de 30 séances de kinésithérapie soit 52%

52% de la population représentée a eu moins de 30 séances de kinésithérapie en 5 ans.

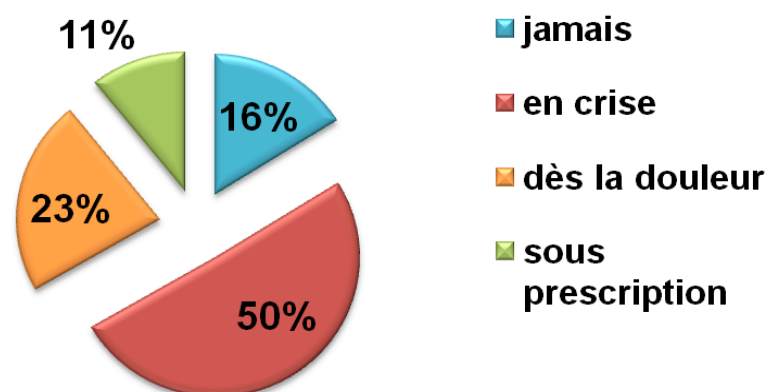
Il n'a pas été évalué de nécessité de compléter à plus de 30 séances de kinésithérapie durant cette période.

Trois hypothèses peuvent en être déduites :

- ✓ Le traitement a eu des résultats satisfaisants pour le patient à moins de 30 séances.
- ✓ Le patient a cherché des solutions ailleurs.
- ✓ Le médecin prescripteur n'a pas jugé utile de poursuivre les séances de kinésithérapie.

**Figure11 (Q11) : Répartition en fonction des comportements**

**prise de médicaments face à la douleur**



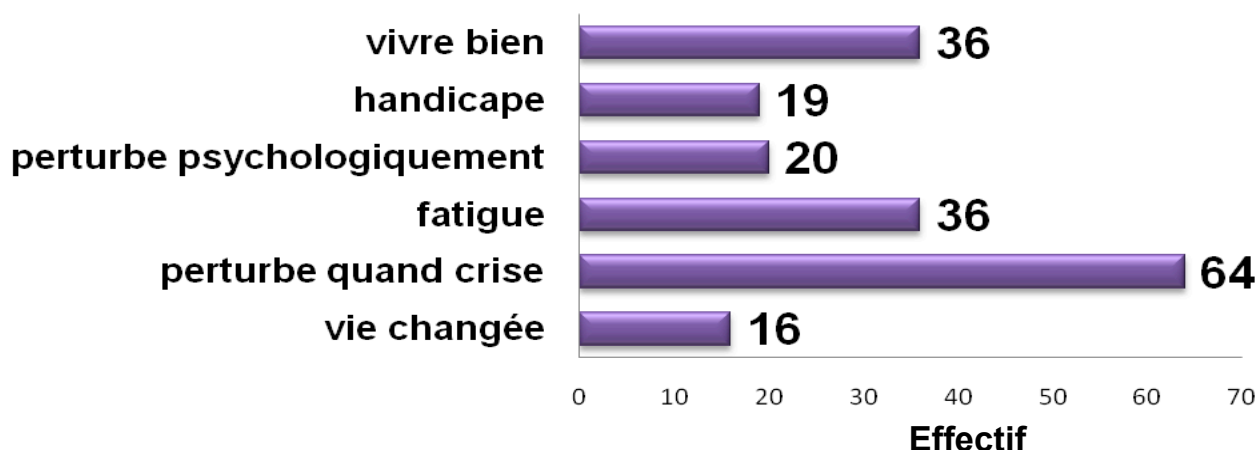
10 patients prennent des antalgiques en suivant la prescription médicale soit 11%.

15 patients répondent ne jamais prendre de médicament soit 16 % de la population étudiée

21 patients prennent des antalgiques dès les premières douleurs soit 23%

47 patients ne prennent des antalgiques que lors de crise douloureuse soit 50%  
 Cela révèle que 10,52% ont une posture d'agent face à la médication pour leur lombalgie.  
 Les 70 % restants ont adopté une posture d'auteur face à la médication, 21% prenant un médicament dès les premiers signes de douleur, 49% attendant la crise selon leur évaluation.  
 Deux personnes n'ont pas répondu.

**Figure12 (Q12) : Répercussion de la lombalgie chronique sur qualité de vie**

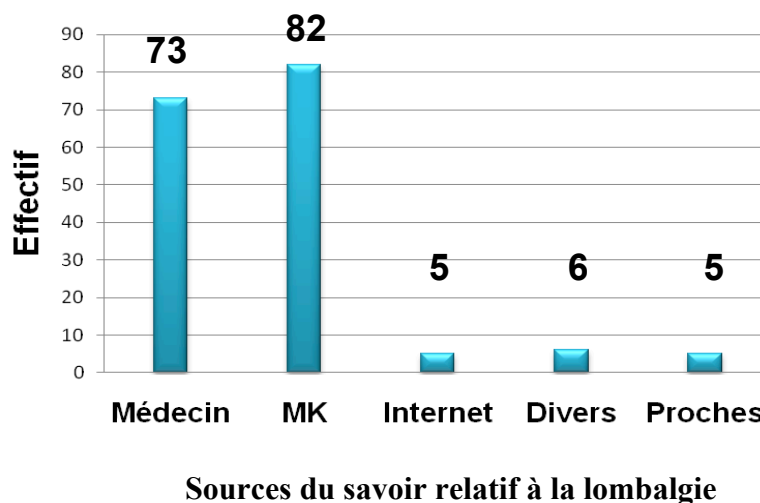


Sur 100% de la population, la question des conséquences du caractère chronique.

- 37,90% des individus disent vivre avec leur lombalgie chronique
- 20% se sentent handicapés.
- 34,73% se sentent fatigués.
- 67,37% sont perturbés par la maladie.
- 21% se sentent atteints psychologiquement.
- 16,84% déclarent que la lombalgie leur a changé la vie.

Il est avéré que 62,10% de la population étudiée vit mal avec la chronicité de sa lombalgie.

**Figure 14 (Q13) : Répartition en fonction des sources du savoir du patient**



82 patients sur 95 soit 86,32% de la population affirment que le masseur-kinésithérapeute est à l'origine de ses savoirs sur la Lombalgie.

Parmi eux 73 individus soit 76,83% disent que les sources de savoir viennent également de leur médecin.

La majorité des savoirs du patient lombalgique chronique vient donc du MK en priorité.

Franck Gatto a écrit

*« Le taux de dogmatisme dans la formulation discursive et écrite des savoirs et des pratiques construits par l'expérience et/ou par l'étude a de l'influence sur la construction des obstacles »* (1999, 2004).

Il est pertinent de déduire qu'il est indispensable que la qualité discursive soit au sein des priorités en vue de l'amélioration des résultats thérapeutico-éducatifs et donc que le paradigme du traitement de l'information du praticien à son patient soit non dogmatique.

### 9.1.3 .Description de la conformité des savoirs législatifs en Santé (Q14)

**Figure 15 (Q17) : évaluation de la conformité des savoirs législatifs**

	CONFORME	NON CONFORME	NON ACQUIS
OTTAWA	16,84%	20%	63,16%
HAS	31,58%	5,26%	63,16%
KOUCHNER	35,80%	6,3%	57,90%
HPST	16,84%	9,47%	73,69%

Les savoirs législatifs sont conformes à 25,3%

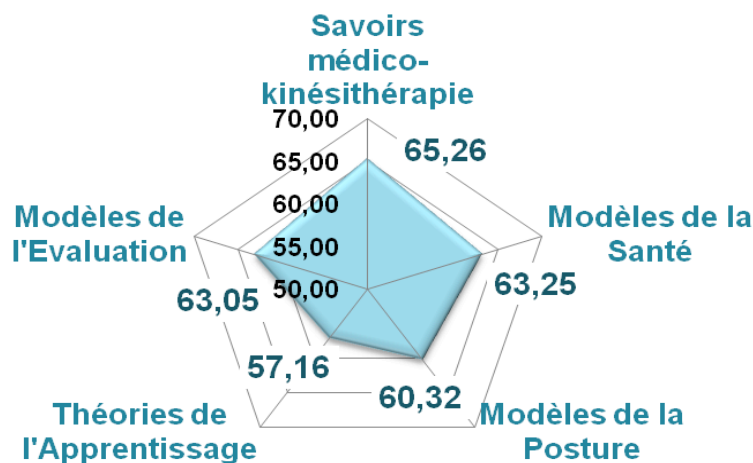
Les savoirs législatifs sont non conformes ou absents à 74,70%

### 9.1.4. Description des valeurs théoriques de Q18 à Q50

Figure16 : Récapitulatif des scores de la rubrique théorique

	Valeur haute	Valeur basse	Nb et % de réponses conformes en moyenne	Médiane	Mode	Ecart-type
<b>Connaissances en médico-kinésithérapie Q14 à Q16</b>	6/6	1/6	3,92 65,24	4	5	1,13
<b>Modèles</b>	<b>Connaissances en sciences de l'éducation (Q18 à Q 50)</b>					
<b>Modèle de la Santé Q18 à Q36</b>	32/36	7/36	22,77 63,25	23	22	4,17
<b>Modèle de la posture Q36 à Q40</b>	10/10	0/10	6,03 60,31	6	5	2,15
<b>Théories de l'Apprentissage Q41 à Q45</b>	9/10	1/10	5,72 57,16	6	8	1,9
<b>Modèle de l'Evaluation Q46 à Q50</b>	10/10	0/10	6,31 63,05	6	6	1,48
<b>Total des Savoirs</b>	67/72	9/72	61,80			
<b>Savoirs en sciences de l'éducation</b>	61/66	8/66	60,94			

Figure17 : Pourcentage de Conformité moyenne des savoirs médico-kinésithérapiques et éducatifs de cette population globale de 95 individus :



La population étudiée est conforme dans ses savoirs médico-kinésithérapiques à 65,26%

La population étudiée est conforme dans ses savoirs dans le modèle de la santé à 63,25%

La population étudiée est conforme dans ses savoirs dans le modèle de la Posture à 60,32%

La population étudiée est conforme dans ses savoirs dans les théories de l'apprentissage à 57,16%

La population étudiée est conforme dans ses savoirs en SDE à 60,94%

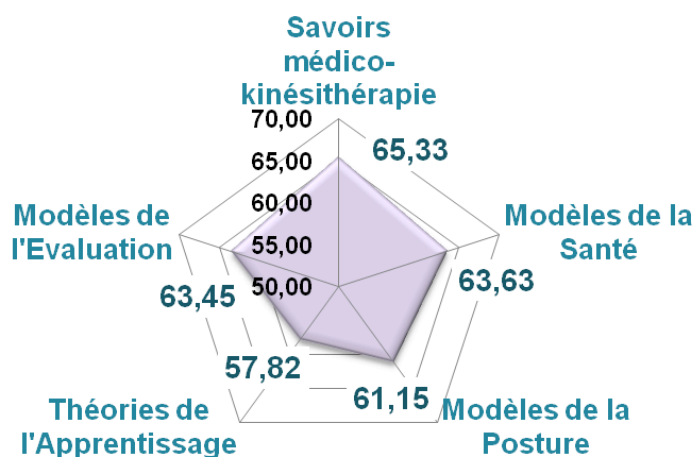
La population étudiée est conforme dans ses savoirs dans les savoirs globaux à 61,80%

**Figure18: Tableau de répartition de la conformité des savoirs sur les différents champs d'exploration et selon les âges :**

Champs testés	Catégorie d'âge					Population globale
	Moins de 25 ans	De 25 à 45 ans	De 46 à 65 ans	de 66 à 85 ans	Plus de 85 ans	
Médico-kiné	55,56%	64,91%	68%	58,33%	70%	65,26%
Santé	67,59%	65,64%	65%	57,72%	53,89%	63,25%
Posture	66,67%	62,11%	64,4%	51,11%	42%	60,32%
Apprentissage	46,67%	62,63%	58,8%	50%	52%	57,16%
Evaluation	63,33%	63,16%	66,4%	55,56%	56%	63,05%

**Figure 19 : Répartition des savoirs conformes avec la population volontairement réduite suivant les critères suivants :**

La population des moins de 25 ans et celle de plus de 85ans étant peu représentées, il a été décidé de rechercher la répartition de la conformité dans la population restante.



Il n'en ressort pas de différence significative dans le pourcentage global de conformité des savoirs. Il est décidé de conserver l'échantillon complet de population soit 95 individus.

La totalité des réponses des 95 individus est repositionnée sur le tableau suivant :

**Figure 20 : Tableau de Conformité par champs explorés**

Champs testés	POURCENTAGE MOYEN REPNSES CONFORMES
MEDICO-KINESITHERAPIE	65,24%
SANTE	63,25%
POSTURE	60,31%
APPRENTISSAGE	57,16%
EVALUATION	63,05%
SCIENCES DE L'EDUCATION	<b>60,94%</b>

**La population évaluée a des savoirs, savoir-faire et savoir être en SDE conformes à 60,94%.**

D'autre part si nous comparons ces résultats aux résultats de l'enquête de MK réalisée en 2009 par le CIROMK PACA-Corse Rapport (F. Gatto, J. Ravestein, C. Ladage),

Il a été déduit:

Les MK sont conformes à 65% aux Modèles de la Posture (auteur)

Les MK sont conformes à 84% aux Modèles de la Santé.

Les MK sont conformes à 78% aux Théories de l'Apprentissage.

Les MK sont conformes à 72% aux Modèles de l'Evaluation.

Les MK sont conformes aux bonnes pratiques et aux modèles en éducation à 75%.

Il est pertinent de récapituler ces résultats sur un tableau : il existe un net écart entre les taux de conformité des MK et des Patients sauf dans le Modèle de la Posture où la conformité est d'être Auteur pour les patients à 60,31% et pour les MK à 65%.

**Figure 21: Comparatif des taux de conformité en SDE pour les patients et les MK**

Champs testés	POURCENTAGE MOYEN	POURCENTAGE MOYEN
	REPONSES CONFORMES POPULATION ETUDIEE	REPONSES CONFORMES MK (CIR0 2009)
SANTE	63,25%	84%
POSTURE	60,31%	65%
APPRENTISSAGE	57,16%	78%
EVALUATION	63,05%	72%
SCIENCES DE L'EDUCATION	<b>60,94%</b>	<b>75%</b>

La diminution de l'évaluation de ces taux de conformité quand on passe de l'évaluation du professionnel à l'évaluation du patient motive une recherche.

Hypothèses justifiant ce différentiel

- Déficit de communication des savoirs thérapeutico-éducatifs.
- Blocages d'apprentissage des patients non levés.
- Ce qui croit être fait n'est pas ce qui est fait par le MK.
- Ce qui est dit n'est pas ce qui est fait.

**Le taux le plus bas chez les patients est le taux de conformité aux théories de l'apprentissage avec 57,16 % de conformité.**



**Figure22: Tableau de conformité par rapport au niveau d'études**

Niveau d'étude				
Champs testés	Primaire	Secondaire	Supérieur	Population globale
Médico-kiné	64,29%	66,67%	64,13%	65,26%
Santé	52,38%	62,37%	65,70%	63,25%
Posture	50%	58,33%	63,70%	60,32%
Apprentissage	51,43%	55%	60%	57,16%
Evaluation	54,29%	64,52%	63,04%	63,05%

## 9.2. STATISTIQUE INFERENTIELLE

Après avoir étudié les statistiques descriptives, il va être recherché s'il existe un lien entre certaines variables qualitatives et le taux de conformité dans les différents modèles de l'éducation.

Le test d'indépendance du Khi2 est utilisé.

Il est recherché des liens entre le taux de conformité des réponses dans le domaine des sciences de l'éducation et plusieurs variables qualitatives.

### 9.2.1. Données croisées entre variables quantitatives et qualitatives

Hypothèse 1 : Le sexe du patient influence t-il le niveau de connaissance global conforme aux SDE

Le Khi-2 calculé (=2,69) est inférieur au Khi-2 lu (=7,82) dans la table au risque de 5% pour un degré de liberté de 3. L'hypothèse nulle est retenue.

On ne rejette pas l'hypothèse d'indépendance.

Il n'y a pas d'influence significative entre le sexe du patient et le niveau global des savoirs éducatifs au risque de 5%.

Hypothèse 2 : L'âge du patient influence t-il le niveau de connaissance global conforme aux SDE

Le Khi-2 calculé (=3,44) est inférieur au Khi-2 lu (=21,03) dans la table au risque de 5% pour un degré de liberté de 12. L'hypothèse nulle est retenue.

On ne rejette pas l'hypothèse d'indépendance.

Il n'y a pas d'influence significative entre l'âge du patient et le niveau global des savoirs éducatifs au risque de 5%.

Hypothèse 3 : Le niveau d'étude du patient influence t-il le niveau de connaissance global conforme aux SDE

Le Khi-2 calculé (=1,35) est inférieur au Khi-2 lu (=12,59) dans la table au risque de 5% pour un degré de liberté de 6. L'hypothèse nulle est retenue.

On ne rejette pas l'hypothèse d'indépendance.

Il n'y a pas d'influence significative entre le niveau d'étude du patient et le niveau global des savoirs éducatifs au risque de 5%.

Hypothèse 4 : Le type de loisir à effort du patient influence t-il le niveau de connaissance global conforme aux SDE

Le Khi-2 calculé (=2,43) est inférieur au Khi-2 lu (=7,82) dans la table au risque de 5% pour un degré de liberté de 3. L'hypothèse nulle est retenue.

On ne rejette pas l'hypothèse d'indépendance.

Il n'y a pas d'influence significative entre le niveau d'étude du patient et le niveau global des savoirs éducatifs au risque de 5%.

Hypothèse 5 : Le niveau d'étude du patient influence t-il le niveau de conformité dans le Modèle de la Posture.

Le Khi-2 calculé (=5,99) est inférieur au Khi-2 lu (=6,00) dans la table au risque de 5% pour un degré de liberté de 2. L'hypothèse nulle est retenue.

On rejette l'hypothèse d'indépendance.

Il y a une influence significative entre le niveau d'étude du patient et le niveau de conformité dans le Modèle de la posture au risque de 5%.

Hypothèse 6 : Le niveau d'étude du patient influence t-il le niveau de conformité dans le Modèle de la Santé.

Le Khi-2 calculé (=17,59) est inférieur au Khi-2 lu (=5,99) dans la table au risque de 5% pour un degré de liberté de 2. L'hypothèse nulle est retenue.

On rejette l'hypothèse d'indépendance.

Il y a une influence significative entre le niveau d'étude du patient et le niveau de conformité dans le Modèle de la santé au risque de 5%.

Hypothèse 7: Le type de loisir à effort du patient influence t-il le niveau de conformité dans le Modèle de la Posture.

Le Khi-2 calculé (=8,88) est inférieur au Khi-2 lu (=3,84) dans la table au risque de 5% pour un degré de liberté de 1. L'hypothèse nulle est retenue.

On rejette l'hypothèse d'indépendance.

Il y a une influence significative entre le type de loisir du patient et le niveau de conformité dans le Modèle de la posture au risque de 5%.

### 9.2.2. Données croisées entre variables quantitatives

Synthèse de l'analyse croisée des variables théoriques dans le domaine des Sciences de l'Éducation et indice de corrélation.

Recherche de corrélations entre les différents modèles des modèles de Science de l'Education. Il a été recherché le coefficient de corrélation avec le logiciel

**Figure 23 : Tableau des indices de corrélations entre les résultats de conformité pour chaque modèle et théorie.**

Indice de Corrélation	<i>Savoirs MK</i>	<i>Modèles de la Santé</i>	<i>Modèles de la Posture</i>	<i>Théories de l'Apprentissage</i>	<i>Modèles de l'Evaluation</i>
<i>Savoirs MK</i>	-	<i>0,30</i>	<i>0,20</i>	<i>0,15</i>	<i>0,27</i>
<i>Modèles de la Santé</i>	<i>0,30</i>	-	<i>0,50</i>	<i>0,44</i>	<i>0,42</i>
<i>Modèles de la Posture</i>		<i>0,50</i>	-	<i>0,38</i>	<i>0,36</i>
<i>Théories de l'Apprentissage</i>	<i>0,15</i>	<i>0,44</i>	<i>0,38</i>	-	<i>0,29</i>
<i>Modèles de l'Evaluation</i>	<i>0,27</i>	<i>0,42</i>	<i>0,36</i>	<i>0,29</i>	-

Il a été recherché à partir du tableau de contingence la corrélation entre les différents modèles, figurant dans le tableau construit ci-après.

En extrayant les données du tableau de contingence par le logiciel Excel et calcul du coefficient de corrélation, il existe une moyenne corrélation entre les modèles suivants :

Il existe une corrélation positive moyenne concernant la conformité des savoirs du patient entre les Modèles de la posture, de l'évaluation et théories de l'apprentissage d'une part et les Modèles de la Santé

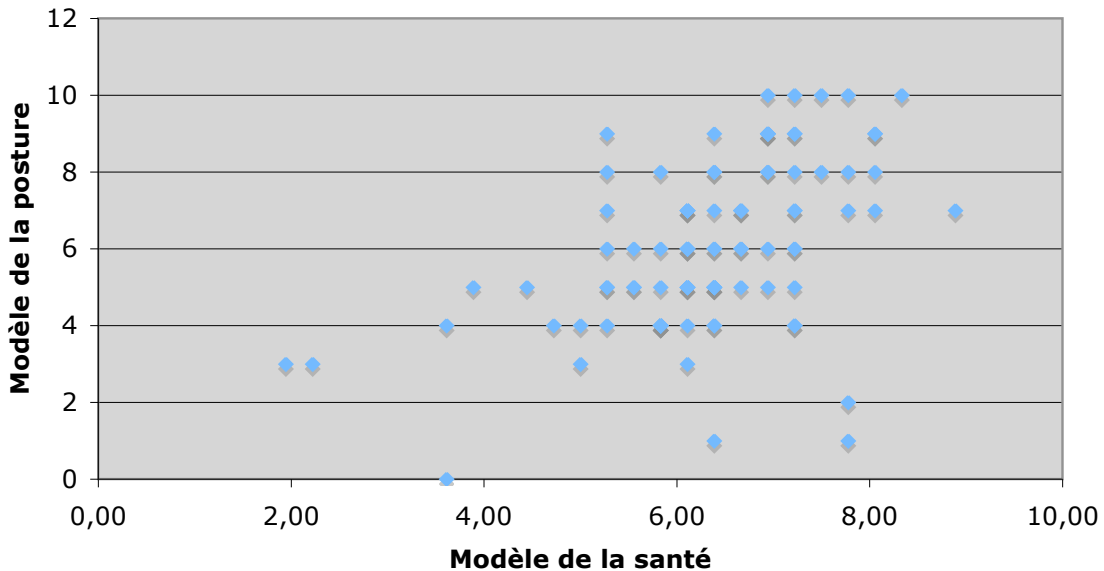
Le coefficient de corrélation entre le taux de conformité en modèle de santé et en modèle de la posture est de 0,5.

La corrélation est positive et moyenne.

Plus le patient est conforme dans les modèles de la Posture plus il est conforme en Modèle de la santé.

Il a été effectué un graphique en nuage de points entre Modèle de la Posture et Modèle de la Santé. Ce graphique confirme la corrélation positive moyenne.

**Figure 24: Nuage de points : Corrélation moyenne entre modèle de la santé et modèle de la posture.**



Il existe une corrélation positive très moyenne de 0,44 entre le taux de conformité aux théories de l'apprentissage et au Modèle de la Santé.

Plus le patient est conforme en Théories de l'Apprentissage plus il est conforme en Modèle de la santé.

Il existe une corrélation positive très moyenne de 0,42 entre le taux de conformité au Modèle de l'évaluation et au Modèle de la Santé.

Plus le patient est conforme dans le Modèle de l'évaluation plus il est conforme en Modèle de la santé.

Sur la population de 95 individus, 70 expriment avoir une activité de loisir avec effort physique (sport, jardinage, bricolage) soit 74%.

Existe-il une corrélation entre les différentes théories et modèles de la population à effort dans les loisirs ?

Synthèse de l'analyse croisée des variables théoriques dans le domaine des Sciences de l'Éducation et indice de corrélation dans un échantillon choisi de population.

**Figure 25:Corrélations dans la conformité des savoirs pour le groupe à loisir avec effort**

<b>Indice de Corrélation</b>	<i>Savoirs MK</i>	<i>Modèles de la Santé</i>	<i>Modèles de la Posture</i>	<i>Théories de l'Apprentissage</i>	<i>Modèles de l'Evaluation</i>
<i>Savoirs MK</i>	-	0,34	0,29	0,14	0,30
<i>Modèles de la Santé</i>	0,34	-	0,59	0,52	0,52
<i>Modèles de la Posture</i>	0,29	0,59	-	0,45	0,36
<i>Théories de l'Apprentissage</i>	0,14	0,52	0,45	-	0,31
<i>Modèles de l'Evaluation</i>	0,30	0,52	0,36	0,31	-

Hypothèse de corrélation entre Modèles de l'Evaluation et la Santé :

Le tableau rapportant les résultats de corrélation entre les Modèles de l'Evaluation et les Modèles de la santé montre une corrélation positive moyenne de 0,52.

Plus le patient de cet échantillon est conforme dans les modèles de l'Evaluation plus il est conforme en Modèles de la santé.

Hypothèse de corrélation entre Modèles de la Posture et la Santé :

Le tableau rapportant les résultats de corrélation entre les Modèles de la Posture et les Modèles de la santé montre une corrélation positive moyenne de 0.59

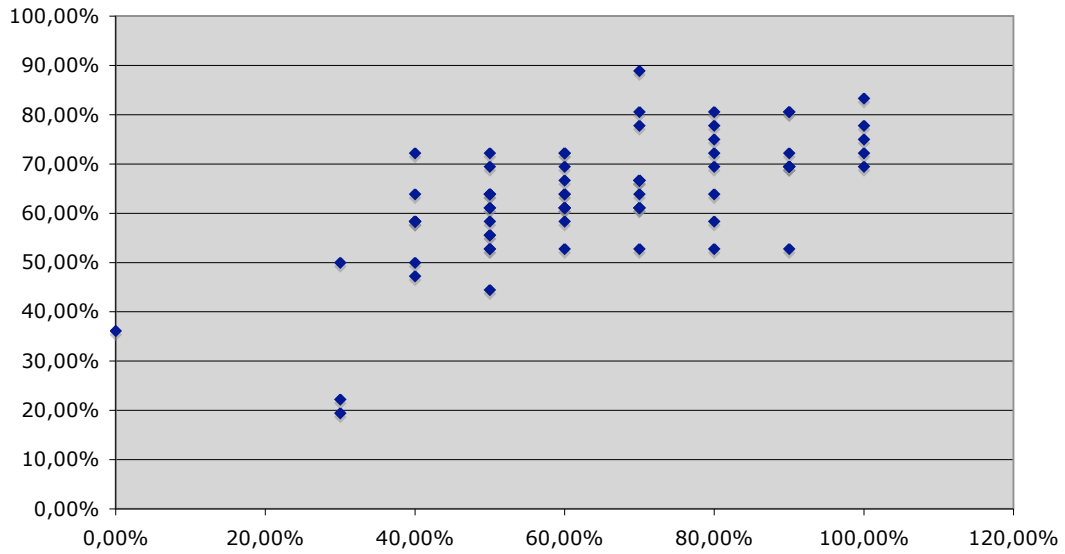
Plus le patient de cet échantillon est conforme dans les modèles de la Posture plus il est conforme en Modèles de la santé.

Hypothèse de corrélation entre Théories de l'Apprentissage et les Modèles de la Santé :

Le tableau rapportant les résultats de corrélation entre les Théories de l'Apprentissage et les Modèles de la santé montre une corrélation positive moyenne de 0.52

Plus le patient de cet échantillon est conforme en Théories de l'Apprentissage plus il est conforme en Modèle de la santé.

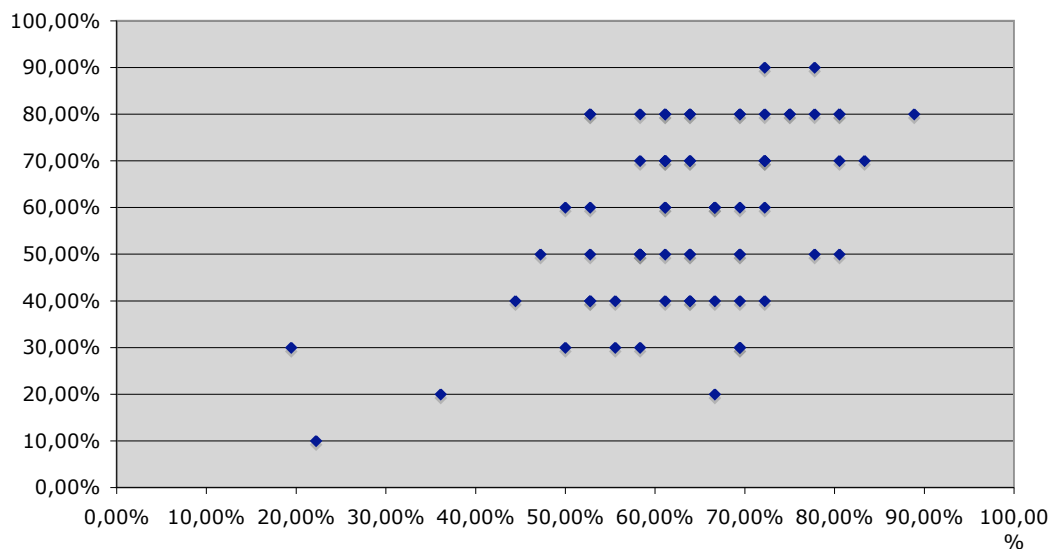
**Figure 26 : Graphique de nuage de points entre les données des Modèles de la santé et de la Posture :**



Le graphique en nuage de points révèle une corrélation moyenne entre le taux de conformité des Modèles de la Posture et de la Santé où se situe le patient lombalgique chronique qui a des loisirs à effort physique.

Confirme le résultat de corrélation.

**Figure 27. : Corrélation entre les théories de l'Apprentissage et les Modèles de la Santé**



Graphique en nuage de points révélant la corrélation moyenne existant entre la conformité des Modèles de la Santé et ceux des Théories de l'Apprentissage pour cet échantillon de 70 individus ayant une activité de loisir avec effort physique.

Confirme la corrélation.

Dans cet échantillon d'individus à effort physique il est à noter que les taux de corrélation positifs sont plus élevés que dans la population globale.

## **10. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SCIENTIFIQUE ET RÉPONSES AUX QUESTIONS DE RECHERCHE**

### **10.1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON**

Il se compose de patients souffrant de lombalgie chronique ayant eu au moins un traitement de kinésithérapie dans les cinq dernières années.

Les statistiques descriptives permettent de mettre en évidence différents résultats décrivant les caractères de la population étudiée soit 95 individus.

58 femmes et 37 hommes soit 61% de femmes et 39% d'hommes constitue l'effectif total de la population.

Dans la population étudiée, 3 ont moins de 25 ans soit 3%, 19 ont de 25 à 45 ans soit 20%, 50 ont de 46 ans à 65 ans soit 53%, 18 ont de 66 à 85 ans soit 19%, 5 ont plus de 86 ans soit 5% la population la plus représentée est la tranche d'âge de 46 à 65 ans à 53%.

Quant à la répartition des niveaux d'instruction, il apparaît que 7% de la population a un niveau scolaire primaire, 49% de la population a un niveau d'étude secondaire, 44% de la population a un niveau d'étude supérieur.

Aucune personne interrogée n'a déclaré avoir aucun loisir.

25 personnes ont des loisirs sans effort physique (TV, internet) soit 26%.

70 personnes ont des loisirs avec effort physique (sport, jardinage, bricolage) soit 74%.

La répartition de la population en activités professionnelles est diverse avec deux pics notables avec 38 individus retraités soit 40% et 20 individus en secteur tertiaire soit 21%.

16 personnes n'ont pas été soignées en kinésithérapie l'année précédente, 17% de la population.

79 personnes ont eu un traitement en kinésithérapie l'année précédente soit 83% de l'échantillon représenté.

16 personnes ont eu moins de 15 séances de kinésithérapie soit 17%

30 personnes ont eu entre 15 et 30 séances de kinésithérapie soit 31%

49 personnes ont eu plus de 30 séances de kinésithérapie soit 52%

10 patients prennent des antalgiques en suivant la prescription médicale soit 11%.

15 patients répondent ne jamais prendre de médicament soit 16 % de la population étudiée

21 patients prennent des antalgiques dès les premières douleurs soit 23%

47 patients ne prennent des antalgiques que lors de crise douloureuse soit 50%

Cela révèle que 10,52% ont une posture d'agent face à la médication pour leur lombalgie.

Les 70% restants ont adopté une posture d'auteur face à la médication, 21% prenant un médicament dès les premiers signes de douleur, 49% attendant la crise selon leur évaluation.

Sur 100% des individus, la question des conséquences du caractère chronique :

- 37,90% disent vivre bien avec leur lombalgie chronique
- 20% se sentent handicapés.
- 34,73% se sentent fatigués.
- 67,37% sont perturbés par la maladie.
- 21% se sentent atteints psychologiquement.
- 16,84% déclarent que la lombalgie leur a changé la vie.

Il est avéré que 62,10% de la population étudiée vie mal avec la chronicité de sa lombalgie.

82 patients sur 95 soit 86,32% de la population affirment que le masseur-kinésithérapeute est à l'origine de ses savoirs sur la Lombalgie.

Parmi eux 73 individus soit 76,83% disent que les sources de savoir viennent également de leur médecin.

## **10.2. EVALUATION DES SAVOIRS, SAVOIR-FAIRE ET SAVOIR-ETRE**

### ➤ Savoirs législatifs

Les savoirs législatifs sont conformes à 25,3%

Les savoirs législatifs sont non conformes ou absents à 74,70%

### ➤ Savoirs en SDE

La population étudiée est conforme dans ses savoirs médico-kinésithérapiques à 65,24%

La population étudiée est conforme dans ses savoirs dans le modèle de la santé à 63,25%.

Elle se situe dans le Modèle Global Non positiviste à 63,25%.



La population étudiée est conforme dans ses savoirs dans le modèle de la Posture à 60,32% .Elle est auteur dans sa lombalgie à 60,32%.

La population étudiée est conforme dans ses savoirs dans les théories de l'apprentissage à 57,16%.Elle se situe dans le constructivisme, socio-et néosocio-constructivisme à 57,16%.

La population étudiée est conforme dans son modèle d'évaluation, de crise, de geste, d'attitude à 63,05%. Elle se situe dans l'évaluation questionnement à 63,05%

La population étudiée est conforme dans ses savoirs en SDE à **60,94%**

La population étudiée est conforme dans ses savoirs dans les savoirs globaux à 61,80%

### **10.3. LIEN ENTRE LES VARIABLES**

- Il a été mis en évidence par le test du khi deux à 5% que le sexe n'a pas d'influence significative sur la conformité des savoirs en SDE
- Il a été mis en évidence par le test du khi deux à 5% que l'âge n'a pas d'influence significative sur la conformité aux savoirs en SDE
- Il a été mis en évidence par le test du khi deux à 5% que le niveau d'étude n'a pas d'influence significative sur la conformité aux savoirs en SDE
- Il a été mis en évidence par le test du khi deux à 5% que le type de loisir n'a pas d'influence significative sur la conformité aux savoirs en SDE
- Il a été mis en évidence par le test du khi deux à 5% que le niveau d'étude a une influence significative sur le modèle de la Santé
- Il a été mis en évidence par le test du khi deux à 5%d'erreur que le niveau d'étude a une influence significative sur le modèle de la posture.
- Il a été mis en évidence par le test du khi deux à 5%d'erreur que la pratique d'une activité de loisir à effort a une influence significative sur le modèle de la posture.
- Il a été mis en évidence qu'existent des corrélations moyennes entre certains modèles de SDE.

Plus le taux de conformité en Modèle de la Posture est élevé plus le taux de conformité en Modèle de la Santé est élevé.

Plus le taux de conformité en théories de l'apprentissage est élevé plus le taux de conformité en Modèle de la Santé est élevé.

Plus le taux de conformité en Modèle de l'évaluation est élevé plus le taux de conformité en modèle de la santé est élevé.

## **11. DISCUSSION DES RESULTATS ET CRITIQUE DU DISPOSITIF DE RECHERCHE**

- La première critique du dispositif se positionne sur la temporalité nécessaire à ce type de recherche qui demandait la coopération des patients certes mais par l'intermédiaire de leur MK. Une organisation prévoyant un temps plus long d'explication aux praticiens aurait permis de les associer à cette démarche. L'échantillon aurait pu être plus grand donc plus représentatif.
- L'élaboration du référentiel a demandé en lui-même un travail de recherche et de synthèse. Le délai entre l'élaboration de ce référentiel et de ce questionnaire a induit des choix de questions dont je ne renie pas l'intérêt mais une autre organisation des questions aurait pu simplifier et optimiser l'analyse statistique.
- De fait quelques données auraient nécessité exploitation dont la question de l'activité professionnelle, dont le nombre de séances en 5 ans.
- Il aurait été judicieux d'explorer le champ psychologique et rechercher des liens de retentissement sur la conformité dans les modèles et théories.
- Peut-être eut-il été préférable de créer des groupes de patients en fonction de plusieurs MK avec formation, âges différents pour faire des liens avec la façon de travailler des MK. Avec respect double anonymat garanti.
- Il était prévu de faire une recherche plus approfondie sur le ressenti des patients avec évaluation des critères de la conscience du corps, du schéma corporel. Le questionnaire était déjà très fourni.

## **12. APPORTS, INTÉRÊTS ET LIMITES DES RÉSULTATS POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE À PARTIR DE CES RÉSULTATS**

- L'utilisation de ce type de questionnaire.

Pourrait être un outil de communication entre le patient et le praticien. Axé sur les SDE, il est pertinent de penser qu'il contribuerait à diminuer les discours dogmatiques en se basant sur des référentiels de science de l'éducation, en donnant un langage commun, aidant au développement des savoirs de part et d'autre.

➤ Modalités pratiques :

Il serait judicieux de faire remplir ces questionnaires par 3 fois.

Remplir à la première séance : Evaluation des savoirs expérientiels.

Remplir à la dernière séance : Evaluation des résultats en SDE.

Remplir 3/6 mois après: Evaluation des compétences appropriées par le patient et transposées dans son quotidien.

« L'identification et la caractérisation d'un obstacle d'apprentissage sont essentielles à l'analyse et à la construction des situations didactiques » (Gatto et Eymart, juin 2006).

- En repérant les savoirs construits par l'expérience et par l'éducation pendant ses soins, selon leur conformité ou non au référentiel, le MK en régulant sa propre démarche thérapeutico-éducative sera lui-même plus conforme à la Loi Kouchner et à la Loi HPST ainsi qu'au Code de Déontologie quant au champ législatif, plus conforme en Science de l'Education.
- Contribue à l'amélioration de la Santé des patients.
- Il sera pertinent de chercher le lien éventuel entre les praticiens et les patients concernant leur taux de conformité réciproque dans leur relation éducative.
- Ce travail de recherche contribue à justifier le besoin de didactiser les savoirs des patients lombalgiques chroniques. Il s'inscrit dans la démarche d'éducation à la santé du patient, une des priorités de la loi HPST. Il est en adéquation avec l'objectif de didactisation des savoirs thérapeutico-éducatifs des MK. (Gatto, Eymard, 2006)
- Ces résultats pourraient servir la formation continue (DPC) pour augmenter les performances éducatives des praticiens. Performances éducatives évaluées dans l'enquête nationale sur la conformité des savoirs thérapeutico-éducatifs, initiée par le CIRO PACA-Corse.

Ces résultats de recherche à leur juste niveau soutiennent la démarche du Conseil de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeute représenté par son président René Couratier qui a déposé à notre Ministre de tutelle Madame Roselyne Bachelot un rapport détaillé évoquant la nécessité du cursus d'étude adapté et précis pour la formation des MK en filière LMD.

« Répondre aux besoins de santé et garantir la qualité des soins par une formation et un exercice renouvelés » (CNO, janvier 2010).

### **13. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- Afrek (1998)** Conférence de consensus *Prise en charge du patient lombalgique*. Association Française de Recherche En Kinésithérapie
- Ardoino, J. (2000).** *Les avatars de l'éducation*. (Paris : PUF.)
- Assal J-Ph, Lacroix A.,** *l'éducation du patient : Du mythe de l'information à l'exigence de la formation ,Actes du colloque : Formation à la prise en charge thérapeutique à domicile du diabète et de la mucoviscidose, 5ème séminaire , Centre de formation au Traitement à domicile de l'Enfant, Paris, Hôpital Necker, (1990),*
- Berbaum, J. (1998).** *Développer la capacité d'apprendre. (Paris: SSF Editeurs)*
- Bonniol, J.J. (1986).** Recherche et formation, *pour une théorie de l'évaluation formative*, Bruxelles : De Boeck.
- Bury, J.-A. (1988).** *Éducation pour la santé, concepts, enjeux, planification.* Bruxelles : De Boeck.
- D'Ivernois, J.-F. & Gagnayre, R. (1995).** *Apprendre à éduquer le patient* (Paris : Vigot)
- Deccache, A. (1994).** *La compliance aux traitements des maladies chroniques.* (Thèse de doctorat en Santé Publique, Université Catholique de Louvain La Neuve.)
- Deschamps, JP (2003).** Une « relecture » de la charte d'Ottawa (Santé publique)
- Donnadieu, B., Genthon, M., & Vial, M. (1998).** *Les théories de l'apprentissage, quel usage pour les cadres de santé* (Paris : Masson.)
- Gatto F., Eymard C.,** *Résultats des recherches en didactique comparée des savoirs en santé* (Colloque AFREES 2005), Article ReK (recherche en kinésithérapie)
- Gatto F., Ravestein J.,** *Pour une didactique des sciences et techniques de la santé : l'exemple de la lombalgie.* ReK 2003, Paris édition SPEK.
- Gatto F. et Bui-Xuan G(1996),** n°361, Spek, Paris, »relativité du savoir et relation thérapeutique : étude d'une population en santé en formation continue »Kinésithérapie scientifique.
- Gatto, F & Ravestein, J (2008).** *Le mémoire, penser, écrire, soutenir, réussir* (Sauramps Médical)
- Gatto, F. (2004).** Kinésithérapie, éducation à la santé et universités. (Kiné-Actualité, 937. Paris : SPEK.)
- Gatto, F. (2005).** Enseigner la santé. (Paris : l'Harmattan).
- Gatto, F. (2007).** Cadre de santé et management. (Sauramps Medical.)

- Gatto, F. (2007).** Education du patient en kinésithérapie. (Sauramps Medical)
- Gatto F., Favre D., 1997,** « Utilisation d'indicateurs discursifs pour optimiser les effets de la rééducation auprès de patients lombalgiques », Kinésithérapie Scientifique.
- Giordan, A. (1998).** *Apprendre* (Paris : Belin)
- Johsua, S., & Dupin, J.-J. (1993).** Introduction à la didactique des sciences et des mathématiques. (Paris PUF.)
- Legendre, R. (1993).** Dictionnaire actuel de l'éducation, 2e édition. (Montréal : Guérin, Éditeur limitée ; Paris : Édition EKA.)
- Morin E. (1e édition 1990).** *Introduction à la pensée complexe*, 2<sup>e</sup> édition avril 2005 Edition du seuil
- Piaget J. (1967).** *Psychologie de l'intelligence* Armand Collin Paris
- Rey, A. (2004).** Le Robert, dictionnaire historique de la langue française, tome I.
- Vial, M. (1999).** Ethique et Qualité dans l'évaluation. (Colloque international Pol'évalue 1999 : Modèles et logiques de l'évaluation. Reims : Université de Reims.)
- Viel, E. (2006).** Bien rédiger le bilan-diagnostic kinésithérapique (Masson)
- Vigotsky, L.S. (1934).** *Pensées et langage*. (Paris: Sociales, 1985)

**Les sources :**

**Haute Autorité de Santé (HAS), Rapport 2005**

<http://www.has-sante.fr/>, **Guide évaluation des pratiques professionnelles, juin 2005**

<http://www.ifcsmontpellier.fr/> **Résultats de travaux de recherche sur le site de IIFCEES**

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

<http://www.wordremk.fr>

*Le référentiel d'activités d'éducation, de prévention et de formation du MK (Gatto et Ravestein, 2008)*

**OMS. (1946).** Constitution du 22 Juillet.

**OMS. (1986).** *La Charte d'Ottawa : vers une nouvelle santé*

**OMS. (1998).** *Education thérapeutique du patient*. Bureau régional pour l'Europe, Copenhague, Recommandation d'un groupe de travail de l'OMS.

## SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Référentiel idéal théorique du patient lombalgique .....	<u>I</u>
ANNEXE 2 : Référentiel des Activités du Masseur-Kinésithérapeute (F. Gatto et J. Ravestein) .....	<u>XVIII</u>
<u>ANNEXE 3</u> : Questionnaire patient.....	LXXVIII
ANNEXE 4: Extrait du Tableau contingence.....	XCVII
<u>ANNEXE 5</u> : Synthèse Enquête CIRO .....	CIV
<u>ANNEXE 6</u> : Résultats des Khi2 .....	CIX

Mémoire Master	
U.F.R. Psychologie, Sciences de l'Éducation Département des Sciences de l'Éducation Université de Provence. Aix-Marseille I Et Université de Montpellier	En partenariat avec  L'IFCEES de Montpellier section Rééducation
MASTER Professionnel Education et formation 2 <sup>ème</sup> Année Année universitaire 2009 / 2010  <b>L'évaluation des Savoirs des patients lombalgiques chroniques au service de la          démarche qualité des soins thérapeutico-éducatifs.</b>  RODZIK Corinne  Sous la direction de Monsieur GATTO Franck, Maître de conférences H.D.R. Université Montpellier III	

## Résumé

Depuis la Loi du 04 mars 2002 le patient doit être placé en qualité de co-auteur, co-décideur, co-conceptualisateur des objectifs et des programmes thérapeutico-éducatifs.

Pour aider le professionnel à mieux tracer et développer cette nouvelle norme de soin il a été cherché à évaluer les savoirs des patients lombalgiques chroniques traités en kinésithérapie à minima une fois en 5 ans. Après avoir construit un référentiel des savoirs idéaux théoriques du patient lombalgique à partir de données scientifiques, il a été réalisé un questionnaire théorisé distribué à 95 patients. L'analyse des résultats très positifs décrit ces patients « auteurs » conformes à 61,32%, leurs savoirs sont conformes au modèle de santé global non positiviste à 63,25%, au modèle de l'évaluation à 63,05% et conformes aux théories de l'apprentissage à 57,16%. Des corrélations moyennes ont été trouvées entre les trois modèles et théories suivants : la posture, l'évaluation et l'apprentissage à celui de la santé. Dans le cadre de l'application de la loi HPST (2009) priorisant l'éducation thérapeutique pour améliorer les résultats thérapeutiques des maladies chroniques, il est alors pertinent d'améliorer la conformité de ces savoirs expérientiels. Utiliser les théories en sciences de l'éducation, le référentiel et le questionnaire construits dans le cadre du Développement Professionnel Continu sera certainement très productif de meilleurs savoirs éducatifs et thérapeutiques des professionnels de santé au service de la santé des patients et à moindre coût.

## Mots clés

Masso-kinésithérapie, Référentiel, Lombalgie chronique, Santé, Sciences de l'éducation