



HAL
open science

Apprendre à lire le patient en formation initiale de masso-kinésithérapie : approches cliniques

Delphine Guyet

► **To cite this version:**

Delphine Guyet. Apprendre à lire le patient en formation initiale de masso-kinésithérapie : approches cliniques. Education. Normandie Université, 2019. Français. NNT : 2019NORMR026 . tel-02281723

HAL Id: tel-02281723

<https://theses.hal.science/tel-02281723>

Submitted on 9 Sep 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Normandie Université

THÈSE

Pour obtenir le diplôme de doctorat

Spécialité Sciences de l'éducation

Préparée au sein de l'université de Rouen Normandie

Apprendre à lire le patient en formation initiale de masso-kinésithérapie : approches cliniques

Présentée et soutenue par

Delphine GUYET

Thèse soutenue publiquement le 9 mai 2019
devant le jury composé de

Mme Emmanuelle BROSSAIS	PU, Université de Toulouse	Rapporteur
M. Paul OLRÉY	PU, Agro 'sup Dijon	Rapporteur
Mme Thérèse PEREZ-ROUX	PU, Université de Montpellier	Examineur
M. Thierry PIOT	PU, Université de Caen-Normandie	Examineur
M. Jean-Luc RINAUDO	PU, Université de Rouen-Normandie	Directeur de thèse

Thèse dirigée par M. Jean-Luc RINAUDO, PU, laboratoire CIRNEF, EA 7454



Résumé

La récente réingénierie des études de soignants paramédicaux en général et celle de MK en particulier (en 2015), introduit une nouvelle dimension dans les cycles de formation : le raisonnement clinique. Défini par Higgs (2008) comme « processus de pensée et de prise de décision qui permet au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolutions de problèmes de santé », celui-ci vise à développer et évaluer chez les apprenants leur capacité à lier des savoirs concernant la situation de la personne malade (bio-psycho et social) et des savoirs professionnels, techniques, cognitifs et relationnels. En s'intéressant au processus d'institutionnalisation du raisonnement clinique, cette thèse interroge les processus d'enseignement (notamment des tuteurs de stage) et d'apprentissage de cette pratique par les futurs MK, notamment à partir des différentes séquences proposées. Le raisonnement clinique fait appel à une pluralité de schèmes au sens de Pastré (2011) mobilisés par les apprenants pour analyser un problème de santé et construire un projet de soin pour la personne malade. La compréhension de la mobilisation de tous ces schèmes, le modus operandi des étudiants en situation d'apprentissage du raisonnement clinique occupe une place centrale dans cette thèse inscrite clairement dans une didactique professionnelle.

Réalisée à partir d'observations de terrain, de séances d'apprentissage filmées, d'entretiens et d'hétéroconfrontations (N=20) auprès de patients, tuteurs libéraux et étudiants stagiaires, cette recherche a permis de catégoriser par une méthode qualitative d'analyse de contenu, à l'aide du logiciel N'Vivo, les 5 portraits des triades patient/tuteur/étudiant en s'appuyant, entre autres, sur les ressources mobilisées (Piot, 2009) et les configurations de tutorat (Kunegel, 2011). Nous tentons ensuite de repérer des grandes lignes de force ou de divergence entre les différents portraits.

Le raisonnement en kinésithérapie serait un outil favorable à l'incorporation de savoirs théoriques abstraits mobilisés en situation pratique avec les patients, qui sont adaptés et incorporés par chacun. Il est un outil de bricoleur, un fil rouge qui permet l'adaptation au patient et dont les tuteurs cherchent à s'émanciper pour leur pratique de « la vraie vie », dans un style qui leur est propre, au sein du genre kinésithérapique. La première séance serait un moment d'étonnement voire d'éblouissement pour l'étudiant. Le patient est un tiers totalement intégré dans le processus de la séance, qui par sa fonction de médiation, aide à l'intégration des savoirs et à l'apprentissage du raisonnement clinique. Nous proposons une modélisation de celui-ci en co médiation.

Mots -clés : didactique professionnelle, tutorat, formation paramédicale, schème, raisonnement clinique

Abstract

The recent re-engineering of paramedic studies in general and of MK in particular (En 2015) introduces a new dimension in the training cycles: the clinical Reasoning. Defined by Higgs (2008) as "a process of thought and decision-making that allows the clinician to take the most appropriate actions in a specific context of health problem solving", the beneficial aims to develop and evaluate among AP-stakeholders their ability to link knowledge about the situation of the sick person (bio-psycho and social) and professional, technical, cognitive and relational knowledge. By focusing on the process of institutionalizing clinical reasoning, this inter-Roger thesis processes teaching (especially tutors of internship) and learning this practice by the future MK, especially from the different proposed sequences. Clinical reasoning uses a plurality of patterns in the sense of Pastré (2011) Mobilization-Con by learners to analyze a health problem and build a care project for the sick person. The understanding of the mobilization of all these patterns, the modus-Randi of students in learning situation of clinical reasoning occupies a central place in this thesis clearly enshrined in a professional didactics.

Based on field observations, filmed learning sessions, interviews and hétéroconfrontations (N = 20) with patients, liberal tutors and student interns, this research has allowed to categorize by a qualitative method Content analysis, using the No Vivo software, the 5 portraits of the patient/tutor/student triad based, among other things, on the resources mobilized (2009) and the tutoring configurations (Kunegel, 2011). We can then try to identify the main lines of force or divergence between the different portraits.

The reasoning in physiotherapy would be a favourable tool for incorporating abstract theoretical knowledge mobilized in practical situations with patients, which are adapted and incorporated by each. It is a handyman's tool, a red thread that allows adaptation to the patient and whose tutor seeks to emancipate himself or herself for the practice of "real life", in a style of his own, within the genus Kinésithérapique. The first session would be a moment of astonishment or even amazement for the student. The patient is a third party totally integrated into the process of the session, which through its function of mediation, helps the integration of knowledge and the learning of clinical reasoning. We propose a modeling of it in co- mediation.

Key words : Professional didactics, tutoring, paramedical training, schéme, clinical reasoning

Remerciements

- à Monsieur Rinaudo, directeur de thèse pour son accompagnement toujours bienveillant et clairvoyant. Monsieur, merci infiniment de m'avoir invitée à vivre cette transition personnelle et professionnelle. A l'image du phare qui guide la traversée des marins et leur permet de construire leur route pour avancer et résister aux intempéries, à la fois rappel de la proximité et de l'éloignement du rivage, signal de l'entre deux, vous avez été le repère toujours présent et sûr, quelque que soient les aléas et accident de la vie, ne doutant jamais de mes capacités à me remettre en selle et rebondir pour finaliser ce travail. Vous avez représenté, selon mes besoins et mes demandes, un signal lumineux d'une portée plus ou moins grande, d'une intensité plus ou moins forte, d'une fréquence plus ou moins rapide, faisant preuve d'une grande disponibilité, tout en montrant le chemin de l'exigence à atteindre et de la rigueur à acquérir, au cours de cette traversée initiatique ;
- à Mesdames Brossais et Perez Roux, Messieurs Olry et Piot, pour l'intérêt porté à ce travail en acceptant d'être membres du jury ;
- à Christian Fausser pour le partage tout au long de ce travail et cette entraide réciproque bienveillante présente depuis de nombreuses années, merci infiniment pour ça et pour tout le reste, le tout étant plus que la somme des parties ;
- à l'équipe de l'IFMK EFOM, en particulier Mr Signeyrole, son Directeur, qui, au quotidien, cherchait à favoriser les apprentissages informels, dans l'idée d'un incubateur à développement professionnel ; ainsi qu'aux étudiants rencontrés durant ses 7 années qui ont alimenté ma réflexion, avec lesquels nous avons créé une communauté d'apprentissage selon la devise : « seul on va très vite, ensemble on va plus loin... » ; sans oublier Samuel et sa respiration du jeudi ;
- à la TGV team en particulier Nathalie, Cédric, Patrick, Christine pour les attentions au quotidien. Vous avez été présents sans relâche, avec ténacité et solidarité jour après jour, pendant ces années à partager le trajet Le Mans/Paris. Vous ne m'avez même pas laissé la possibilité de prétexter la panne de batterie d'ordinateur ou les mauvaises conditions de voyage pour ne pas travailler.... Spontanément une recharge, un siège étaient proposés. Sans parler du traditionnel bonjour « alors combien de pages hier soir ? » et du rituel à la descente du TGV « alors quel objectif ce soir ? ». Avoir partagé avec vous ces longs temps de transport biquotidiens a été une aide inestimable ;
- à Betty Toux pour son accueil au séminaire des doctorants, par sa présence tout au long de ce travail et ses nombreux échanges toujours très riches d'éclairages et de conseils ;
- à Marianig Viaouet : Sans ton décodage du jargon universitaire après ma soutenance du master professionnel en 2013, je ne serais pas en ce moment en train de réaliser ce travail... ;
- aux tuteurs, étudiants et patients. Soyez profondément remerciés de votre participation à cet exercice, d'avoir accepté de dévoiler vos situations de travail et de soins, de vous être livrés lors des entretiens. Sans vous ce travail n'aurait pu avoir lieu ;
- au Laboratoire Cirnef pour m'avoir accueillie en son sein, l'organisation partagée des séminaires des doctorants (Elisabeth, ...) de Mme Annoot, à Claudie Bobineau pour son aide à la maîtrise de N'Vivo,
- à Martine, Véronique, Christel et Hélène pour votre présence « mine de rien » mais toujours sincère ;
- à The family team, pour m'avoir toujours supportée au quotidien, envers et contre tout, et ce malgré tout le temps que je ne vous ai pas consacré, tant cette thèse accaparait un temps, déjà très réduit par un travail dévorant voire monastique et très éloigné de la maison, et ce depuis trop longtemps ;
- à de nombreuses autres personnes du passé, du présent, du futur, elles se reconnaîtront ; vous m'avez donné un regard, un sourire, une parole, un encouragement...
- Enfin, une incroyable aventure humaine, qui permet de vivre des moments en or hors du temps...une étape de vie...le meilleur reste à venir

SOMMAIRE

RÉSUMÉ	1
REMERCIEMENTS	5
INTRODUCTION GÉNÉRALE	7
PREMIERE PARTIE:UNE RECHERCHE SITUÉE DANS UN CONTEXTE INCERTAIN	11
1 DE L'APPARITION D'UNE UE. THÉMATIQUE PROFESSIONNELLE...	11
2 ... A UNE THÉMATIQUE DE RECHERCHE IMPLIQUÉE	15
3 UN NIVEAU NANO POUR REGARDER UNE PROFESSION À LA RECHERCHE D'UNE HARMONISATION INTERNATIONALE	20
4 LA MASSO-KINÉSITHÉRAPIE : UNE PROFESSION EN VIVES TENSIONS.....	22
5 LE RAISONNEMENT CLINIQUE	53
6 LE RAISONNEMENT CLINIQUE : UNE SITUATION PÉDAGOGIQUE DE RÉOLUTION DE PROBLÈMES ?	76
DEUXIÈME PARTIE : LE RAISONNEMENT CLINIQUE COMME UN SCHÉME	89
7 LE RAISONNEMENT CLINIQUE : UNE LOGIQUE DE L'ENQUÊTE ?	91
8 LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE D'UN MÉTIER DU LIEN COMME OBJET D'ANALYSE.....	101
9 UN ACCOMPAGNEMENT EN SITUATION D' « ENTRE-TROIS » DANS LES MÉTIERS DU LIEN.....	114
10 LE RAISONNEMENT CLINIQUE COMME UN SCHÈME, DURANT LA PREMIÈRE SÉANCE : UN OUTIL D'APPRENTISSAGE PROFESSIONNEL.....	124
TROISIÈME PARTIE : UNE DÉMARCHE DE LA RECHERCHE	129
11 INSTRUMENTATION DE LA DÉMARCHE D'ENQUÊTE.....	130
12 MISE EN ŒUVRE DE LA MÉTHODOLOGIE	140
QUATRIÈME PARTIE : LE RAISONNEMENT CLINIQUE : CONFRONTATIONS EMPIRIQUES	149
13 ORGANISATION DE L'ANALYSE : NOTRE MÉTHODE	149
14 TRIADE APRÈS TRIADE, LE RAISONNEMENT CLINIQUE, UN OUTIL D'ADAPTATION AU PATIENT ?	165
15 DES ÉPISODES SIGNIFICATIFS	321
CINQUIEME PARTIE : LE RAISONNEMENT CLINIQUE : ÉLÉMENT DE SYNTHÈSE	371
EN GUISE DE CONCLUSION	377
BIBLIOGRAPHIE	CCCLXXXIV
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	CDVIII
SOMMAIRE DES ANNEXES.....	CDXVIII

Introduction générale

Un champ professionnel

Cette recherche se réalise dans le domaine de la masso-kinésithérapie. Celle-ci consiste en « la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne, et des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles »¹. C'est l'un des sept métiers de la rééducation-réadaptation, qui s'adresse au monde du handicap.

Nous utilisons le terme « masso-kinésithérapie » plutôt que le terme de « physiothérapie » utilisé au niveau international. En effet en France le métier s'exerce sur un domaine plus vaste qu'aux États Unis. Ainsi plusieurs métiers sont nécessaires pour constituer l'ensemble des activités regroupées sous l'appellation française (Monet, 2003).

Le handicap est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé, comme un phénomène complexe qui découle de l'interaction entre les caractéristiques personnelles d'une personne, les problèmes de santé et les caractéristiques (ou les singularités) sociétales de son environnement.

Le handicap affecte plus ou moins gravement plus d'un milliard de personnes dans le monde. Cette prévalence va encore augmenter dans les prochaines années compte-tenu du vieillissement de la population et de l'explosion des maladies chroniques. C'est une préoccupation internationale avec la parution du premier rapport mondial sur le handicap en 2011, après l'adoption en 2008 par les Nations Unies de la convention relative aux droits des personnes handicapées.

Au travers la Classification Internationale de Fonctionnement, du Handicap et de la santé (CIF 2001), l'Organisation Mondiale de la Santé a défini le handicap comme un terme générique pour caractériser les déficiences, les limitations de l'activité et les restrictions à la participation sociale. Ainsi, ne plus avoir la capacité de réaliser ses activités de la vie quotidienne fait du sujet une personne en situation de handicap. Ce terme, cependant, ne permet pas de distinguer un handicap temporaire, tel un remplacement prothétique d'un ligament de genou, d'un

¹ *Projet de loi de modernisation du système de santé* (2015)

handicap définitif comme dans le cas d'une tétraplégie². Nous sommes là dans deux situations bien distinctes, une maladie aiguë versus une maladie chronique. Le rôle de la rééducation et la place du sujet vont être différents.

L'entrée en rééducation de ces personnes est due aux conséquences persistantes des atteintes de leur fonction et de leur participation. L'objectif de la rééducation est de restaurer la fonction atteinte, en mettant en œuvre les aides techniques nécessaires et en développant chez le patient toutes les suppléances possibles, par la collaboration pour la définition de ses besoins, pour lui permettre de s'accommoder des « restes » (Signeyrole, 2005). Permettre à la personne handicapée de composer sa vie avec son handicap avant qu'elle ne devienne une personne en situation de handicap à laquelle la société doit s'adapter. Cette vision du patient acteur et promoteur de sa santé est due à l'évolution sociétale portée sur le handicap avec, par exemple, l'institution de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui considère que la maladie n'empêche pas une vie citoyenne et que toute mesure doit être mise en œuvre pour permettre cette participation à la Cité.

Une double visée compréhensive dans un contexte professionnel

Cette recherche se situe dans le contexte de la formation initiale de la masso-kinésithérapie, qui regroupe l'ensemble des activités permettant de faire acquérir connaissances et compétences liées à l'exercice de la profession de masseur kinésithérapeute (MK). Mon intérêt porte sur les pratiques de formation au raisonnement clinique défini comme un « processus de pensée et de prise de décision qui permet au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolutions de problèmes de santé » (Higgs, 2008).

Nous avons une visée double de compréhension côté étudiants et côté formateurs du processus transmission-apprentissage. L'enjeu est, en référence au triangle pédagogique de Houssaye (2014), le raisonnement clinique des étudiants en formation initiale de masso-kinésithérapie lors de leur parcours clinique pratique (réglementaire) au décours d'un stage durant leurs études. Il s'agit de double visée de compréhension portée à la fois sur l'apprentissage par l'étudiant et la transmission par le tuteur. D'une part, nous cherchons à comprendre la construction du raisonnement clinique par l'étudiant, au sens premier de clinique soit « au chevet du malade ». D'autre part, nous souhaitons comprendre la transmission de ce raisonnement, en situation, par le professionnel lors de son activité de tutorat avec l'étudiant, durant une séance de soins avec un patient.

² Paralysie des quatre membres par atteinte de la moelle épinière

Notre objet de recherche consiste à regarder la manière dont le tuteur transmet son raisonnement clinique en situation de soin avec un patient, et la manière dont le jeune MK étudiant construit son raisonnement professionnel clinique.

Cette recherche a pour but de mettre en évidence comment cet apprentissage se déroule en situation de tutorat lorsque l'étudiant réalise la première séance de soins du patient qu'il découvre, et à l'issue de laquelle il doit avoir la capacité de rédiger réglementairement un diagnostic masso kinésithérapique de la situation, à adresser à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) pour la prise en charge des soins du patient ³, selon un modèle légal ⁴.

Un questionnement professionnel d'investigation naïf de praticien formateur

Comment l'étudiant apprend-il à lire le patient, en situation de soin réelle, lors de sa première rencontre avec celui-ci ? Le raisonnement clinique serait-il un prétexte à construire l'identité professionnelle de l'étudiant par l'intermédiaire des séquences d'apprentissage organisées permettant de modifier sa représentation de la maladie, d'acquérir le regard professionnel du soignant, du kiné ? Comme le dit l'un des MK interviewé dans un précédent travail, « avant je voyais une personne handicapée maintenant je vois une personne qui a tel déficit de muscle telle boiterie telle maladie j'ai changé mon regard⁵ » (Guyet, 2013). Quels sont les rôles des différents intervenants: le tuteur, le patient, l'étudiant ? Comment le tuteur de stage prend-il en compte les différents aspects de la complexité de l'apprentissage des gestes professionnels, nécessaires à la construction de son identité professionnelle en devenir d'un professionnel de santé, dans sa régulation de l'étudiant stagiaire et ce, en présence du malade singulier ? Quelles pistes d'amélioration seraient à proposer pour l'accompagnement des tuteurs, des étudiants, l'organisation pédagogique des stages et de l'apprentissage corporel et cognitif ? Quels effets y aurait-il sur la formation ?

Notre problématique est alors : comment le tuteur, en situation de soin, avec un patient réel, accompagne l'apprentissage du raisonnement clinique de l'étudiant et facilite la lecture du patient et comment l'étudiant, en situation de soin, avec un patient réel réalise un raisonnement clinique et en quoi sa lecture du patient est favorisée par le raisonnement clinique du tuteur et son accompagnement ?

³ Nomenclature Générale des Actes Professionnels du 5 Octobre 2000 (Titre XIV, Chapitre 1, Section 2)

⁴ Avis relatif à l'avenant à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs JORF n°140 du 19 juin 2003

⁵ Extrait d'un entretien d'un kinésithérapeute lors du recueil de données pour notre mémoire du master 2 professionnel (Guyet, 2013)

Un travail en cinq parties

Notre travail comporte cinq parties, outre une introduction et une conclusion. La première partie intitulée « une recherche située dans un contexte incertain et en mouvement » explique le choix de notre objet de recherche lié à notre implication en tant que chercheuse en sciences humaines (Devereux, 1980) dans des contextes de travail et professionnels. Nous précisons ce qu'est la masso-kinésithérapie, son évolution actuelle, sa situation réglementaire et sa réingénierie qui met en scène une nouvelle notion : le raisonnement clinique, objet de regard de notre travail. Nous chercherons alors à comprendre cette notion et son importance pour les étudiants et la profession. Un état des lieux de la littérature explicitera l'intérêt de notre travail à visée compréhensive.

Une deuxième partie nommée « le raisonnement clinique : un schème ? » s'appuiera sur les concepts théoriques que nous mettrons en lien pour construire notre thèse en rapport avec l'institutionnalisation du raisonnement clinique dans l'universitarisation en cours des professions paramédicales. Nous développerons la démarche de problématisation, d'enquête et les particularités des métiers du lien. Nous décrirons la double inscription de cette démarche clinique réalisée dans la prise en soin. En nous basant sur cette constatation, nous considérons que le raisonnement clinique est une structure conceptuelle. Nous exposerons les principes de la didactique professionnelle, courant dans lequel nous nous inscrivons, et pour laquelle l'activité professionnelle est une situation de développement professionnel.

Dans une troisième partie, nous exposerons notre démarche de recherche, basée sur la méthodologie de la didactique professionnelle qui cherche à caractériser les situations réelles de travail et les ressources utilisées en situation par les acteurs.

La quatrième partie explicitera l'organisation de notre analyse depuis la constitution et la préparation de notre matériau, jusqu'à l'exposé de nos analyses réalisées à l'aide du logiciel « N'Vivo ». Celles-ci se décomposent en plusieurs étapes : une analyse textuelle centrée sur les termes constituant du « raisonnement clinique », un exposé triade après triade de l'analyse des entretiens des tuteurs, des étudiants, de la séance et de l'hétéroconfrontation des cinq triades rencontrées. Enfin nous insisterons sur les épisodes significatifs : le « raisonnement clinique comme un schème », les ressources utilisées par les tuteurs et les étudiants, le rôle du patient, acteur incontournable de la séance.

Dans une cinquième partie, nous synthétiserons nos résultats et affinerons la modélisation de la situation de transmission-apprentissage proposée. Puis, en guise de conclusion, nous déploierons les butées de la recherche et les perspectives à venir, tout en situant nos propos dans les nouveaux enjeux réglementaires apparus lors de la fin d'écriture de cette thèse

Première partie

Une recherche située dans un contexte incertain et en mouvement

Dans cette partie, le cheminement de la réflexion, menant du choix de cette thématique de recherche jusqu'à la définition de la question de recherche, sera explicité et illustré à travers la description du contexte de la masso-kinésithérapie et du raisonnement clinique.

1 De l'apparition d'une UE. thématique professionnelle...

Cette recherche fait suite à un premier travail de mémoire de master 2 professionnel sur le thème du raisonnement clinique (2013). Il avait été réalisé dans le cadre de la modification du paysage réglementaire de la formation initiale de MK qui devait avoir lieu à la rentrée 2013. L'arrivée d'une nouvelle maquette de formation inspirée de la réforme LMD des études paramédicales en lien avec le processus de Bologne était prévue pour cette date. Dans cette maquette prévisionnelle⁶ se trouvait en particulier une unité d'enseignement (UE) « apprentissage du raisonnement clinique UE 3.3 » qui avait attiré ma curiosité. J'avais cherché à comprendre ce qu'était ce nouveau terme apparaissant dans le domaine de la masso-kinésithérapie et inconnu de mon jargon professionnel. Me basant sur les travaux de Clerc (1996), mon hypothèse était alors que la formalisation et l'apprentissage du raisonnement clinique favorisaient une identification des savoirs de la pratique professionnelle. J'avais interviewé dix professionnels ayant entre 5 et 10 ans d'expérience, pour connaître leur pratique professionnelle lors de la réalisation de la première séance avec un nouveau patient. J'avais imaginé, à la lumière de ma propre expérience professionnelle de masseur-kinésithérapeute, que cette première séance, moment de rencontre avec le patient était aussi le moment de décryptage et compréhension de la complexité de la situation clinique du patient. Il est apparu, lors de la recherche bibliographique que le raisonnement clinique en masso-kinésithérapie n'était pas « construit » ni formalisé, même si cela était annoncé comme tel dans les recommandations professionnelles⁷ et dans les documents concernant la « réingénierie »⁸ prochaine de la formation initiale⁹.

⁶ DGOS, groupe de supervision (2012) Projet de référentiel de formation, version de travail du 12/07/12

⁷ ONEM (2008) *Monographie des Masseurs –kinésithérapeutes*

⁸ Terme utilisé par le Ministère de la santé pour les réformes des études paramédicales

⁹ DGOS (2012) fiche *UE 3.3 raisonnement clinique*, document de travail, groupe de supervision de la réingénierie

Il est aussi apparu que les savoirs issus de la pratique professionnelle utilisés lors du raisonnement clinique étaient peu explicites et référencés pour les professionnels interviewés et que certaines pratiques se transmettaient de pairs en pairs sans réelles justifications. Olry (2004) avait déjà remarqué ce fait : « la MK apparaît comme une pratique qui ne s'explique et ne se justifie que par des savoirs médicaux spécifiques sans que ceux-ci puissent en expliquer l'efficacité de l'action ». Ce que certains professionnels rencontrés dans mes précédentes recherches (Guyet, 2013) nomment le patrimoine thérapeutique : « *Ce sont des techniques véhiculées par les uns et les autres qui n'ont pas été validées, qui appartiennent qui ont été décrites des plus âgés aux plus jeunes, dans le cadre de traitement et que j'appelle moi le patrimoine thérapeutique* ». L'apprentissage du raisonnement clinique semblait favoriser l'identification des savoirs produits et mise en action par la pratique professionnelle, cette identification étant une des conditions de l'émergence de la professionnalité de l'individu, et de la professionnalisation de la profession (Wittorski, 2007).

Il est apparu que les MK ont un rapport au corps qui devient un vecteur de raisonnement clinique, et que celui-ci s'inspire d'un regard, « le regard kinésithérapique ». Les MK ont développé leur propre chemin clinique, leur propre analyse, c'est-à-dire la capacité à observer le corps de l'autre, la capacité à décoder l'utilisation et l'expression du corps du patient. À la façon dont celui-ci se déshabille, ils ont déjà une opinion sur sa plainte fonctionnelle. Ce résultat, à regarder avec prudence, aurait mérité une étude sur un échantillon plus large pour être généralisée. Il donnait néanmoins quelques lignes de force de leur façon de penser la kinésithérapie. Sans doute est-ce une particularité contextuelle nationale de la masso-kinésithérapie française où le toucher occupe encore une place importante à la différence des pratiques anglo-saxonnes. En effet, en France, les kinésithérapeutes sont des masseurs-kinésithérapeutes. Le titre de masseur est un titre normalement protégé, réglementé et seuls les kinésithérapeutes sont habilités à le porter, même si actuellement des poussées politiques se manifestent avec l'avènement des masseurs praticiens bien-être. Ailleurs (dans les pays Nord-américains et australien), il s'agit de plusieurs métiers : thérapeute manuel, thérapeute en réadaptation physique, physiothérapeute (Québec).

Du fait de ma fonction, dans un institut de formation initiale en masso-kinésithérapie (IFMK), de responsable pédagogique de la deuxième année dont le programme était centré sur l'évaluation et l'acquisition de la démarche clinique en lien avec les pathologies enseignées, je m'intéresse plus particulièrement à l'évolution de l'apprenant, à la manière dont se forge son raisonnement professionnel, notamment lors des stages cliniques en milieu de soins libéraux et/ou hospitaliers. Comment les MK référents transmettent-ils ce « regard kinésithérapique »

aux étudiants lorsqu'ils sont tuteurs de stage ou formateurs ? Comment explicitent-ils leur démarche de raisonnement professionnel pour aider l'étudiant à déchiffrer les signes cliniques offerts par le corps, et exprimés par/dans les paroles et gestes du patient ? Quelle est leur grille de lecture pour permettre l'acquisition de ce regard kinésithérapique par l'étudiant ? Comment parviennent-ils à aider l'étudiant à se faire une représentation de l'état de santé du patient ? Quelle place prend le stage dans l'apprentissage de ce regard ?

À la suite de ce travail, je m'étais demandé si le raisonnement clinique n'était pas « un prétexte » à la construction de l'identité professionnelle de l'étudiant par l'intermédiaire des séquences d'apprentissage organisées permettant de modifier sa représentation de la maladie, d'acquérir le regard professionnel du soignant, du MK ?

J'ai alors effectué un détour par un master 2 recherche dont le mémoire avait pour objet la rencontre de l'étudiant avec ses premiers malades lors de son premier stage. En tant que responsable pédagogique de stages, je voulais comprendre la place de ce premier stage dans la formation des étudiants. J'ai utilisé une démarche clinique et ai réalisé des entretiens libres auprès de 5 étudiants volontaires en première année. Un premier entretien était réalisé avant le stage. Il avait pour consigne : « vous venez de rentrer en formation initiale professionnelle pour devenir kiné, parlez-moi de ce qu'est, pour vous être un kiné, parlez librement comme cela vous vient à l'esprit ». Un deuxième avait lieu un mois après le stage avec la consigne suivante : « vous venez de faire votre premier stage de votre formation initiale professionnelle de kiné, qu'est-ce que, pour vous devenir kiné, maintenant après cette expérience, parlez librement comme cela vous vient à l'esprit ». J'ai travaillé autour du thème central de l'adolescence professionnelle définie par Bossard (2001) comme étant la mise en place d'une personnalité professionnelle non encore constituée. C'est une situation de crise semblable à celle de l'adolescence (Erikson, 1972) due, cette fois-ci, au contexte de la formation professionnelle. Il s'agit alors d'une situation d'incertitude, d'un entre-deux entre un état antérieur et un nouvel état à acquérir pour l'exercice de la profession. C'est la situation que vivent les jeunes adultes en cours de formation, pas encore formés et déjà initiés, tout en n'étant pas encore des professionnels mais des stagiaires et des étudiants. La rencontre de l'étudiant avec les premiers malades et le milieu professionnel lors du stage d'observation en formation initiale de masso-kinésithérapie provoque une crise identitaire professionnelle, une adolescence professionnelle. Par suite de ce travail, je m'étais demandé si l'apprentissage du raisonnement clinique n'a pas pour objet l'accompagnement de la construction identitaire professionnelle, à l'accompagnement du passage de l'entre-deux d'étudiant à professionnel, à l'accompagnement

du passage de cette adolescence professionnelle, en créant un espace de verbalisation, un espace d'analyse de pratique ? (Guyet, 2014)

Compte tenu de cette crise identitaire d'adolescence professionnelle liée à la perte des repères identificatoires, l'apprentissage du raisonnement clinique en situation ne peut pas être un « plaqué », une méthode. Il me semble qu'il doit être individualisé car il met en jeu dans des situations singulières et dans des contextes particuliers plusieurs interlocuteurs singuliers : un tuteur, un patient, un étudiant. La mise en relation des trois personnes participe aussi du caractère spécifique de la situation de soins. L'alchimie de la rencontre détermine également la réussite de la relation thérapeutique. Derrière le tuteur de stage, se trouve un sujet aux prises de ses propres modifications identitaires, ses propres croyances, valeurs et visions de la profession. Derrière le patient, il y a un sujet singulier devenu un malade par modification de sa norme biologique antérieure (Canguilhem, 1966) et dont il s'agit de comprendre le fonctionnement et le vécu antérieur. Le patient est alors une personne en situation de fragilité momentanée ou durable qui doit réapprendre à fonctionner avec sa nouvelle norme biologique. Derrière l'étudiant, se trouve un adolescent professionnel. « La kinésithérapie est constituée de savoirs métissés, qui s'intéressent à une manière particulière d'envisager le corps du patient, son altération et le sien de thérapeute soignant » (Signeyrole, 2007). Comment le tuteur de stage aide-t-il à ce double remaniement, chez le patient comme chez l'étudiant ? Comment tient-il compte des émotions de l'étudiant, de ses connaissances, de ses valeurs, de son rapport au savoir ? Comment le futur professionnel incorpore-t-il ses connaissances pour en faire un savoir professionnel ? Comment se construit ce savoir professionnel chez les jeunes MK adolescents professionnels ? Comment apprennent-ils à lire le patient ?

Après avoir étudié ce qu'était le raisonnement clinique à travers les dires des MK, puis ce qu'était devenir MK pour un étudiant après la confrontation aux premiers patients en stage, je m'intéresse dans ce travail de thèse à la transmission et l'apprentissage du raisonnement clinique en situation de stage, quand les deux parties MK tuteur et étudiant sont en présence d'un patient. La compréhension du processus transmission apprentissage du raisonnement clinique permettra d'une part de comprendre les pratiques tutorales du référent de stage en cabinet libéral, dans une situation de soin ordinaire, et d'autre part d'analyser les pratiques d'apprentissage de l'étudiant kinésithérapeute en formation initiale.

Ce sujet de la construction du savoir professionnel chez l'étudiant MK est d'autant plus intéressant que le raisonnement clinique est considéré comme une compétence transversale et

centrale pour la qualité des soins, pour l'autonomie de la profession en vue d'un accès direct¹⁰. Cette visée rejoint le projet « Vision 2020 » énoncé par l'association américaine des physiothérapeutes (APTA), qui considère qu'en 2020, la thérapie physique sera assurée par des professionnels qui seront des médecins de la thérapie physique, reconnus par les consommateurs et les autres professionnels des soins de santé comme des praticiens de choix à qui les consommateurs ont un accès direct pour le diagnostic d'interventions et pour la prévention des déficiences, limitations d'activités, les restrictions de participation, et les barrières environnementales liées au mouvement, la fonction et la santé. Quels seront les besoins de ces consommateurs qui auront un accès direct à la physiothérapie sans avoir recours au médecin ? L'apprentissage du raisonnement clinique est vu comme la capacité à gérer la responsabilité à assumer cet accès direct. Certains projets d'accès directs en France ont pour l'instant et à ce jour, été refusés pour défaut de formation au diagnostic différentiel¹¹. L'apprentissage du raisonnement clinique est déclaré, de ce point de vue, un enjeu majeur pour la profession (Signeyrole, 2015). Quel professionnel souhaite-t-on former ? Pour quels besoins ? En quoi le raisonnement clinique participe de la formation du professionnel « nouveau modèle » que l'institution souhaite obtenir ? En quoi ce raisonnement clinique sert-il une visée politique ?

2 ... A une thématique de recherche impliquée

Comme l'écrit Cifali (2005), « un praticien qui tente de construire un savoir à partir de sa pratique quotidienne travaille sur un objet dans lequel il est impliqué », son objet de recherche n'est pas neutre et sa présence pour les observations de terrains entraîne des perturbations bien décrites par Devereux (1980). Travailler dans un institut de formation, c'est déjà être impliquée et avoir une volonté politique pour la profession. C'est vouloir former des étudiants avec un certain idéal du professionnel de demain. Mon positionnement professionnel dans un IFMK engendre des implications qui peuvent être vues à plusieurs niveaux : au niveau personnel, au niveau de l'institution dans laquelle je travaille, au niveau de la profession, au niveau interprofessionnel, au niveau des étudiants. Ces implications ont des répercussions sur mon regard de chercheur.

¹⁰ Accès direct : accès en première intention chez le professionnel de santé, sans passage chez le médecin

¹¹ HAS (2012) AVIS N° 2012.0043/AC/SEVAM du 8 novembre 2012 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au protocole de coopération « *Prise en charge en premier recours par un kinésithérapeute, des nourrissons présentant un encombrement respiratoire en lieu et place d'un médecin* » http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012_12a_2012_0043_pc035_encombrement_respiratoire.pdf

2.1 Un contexte particulier en mouvance

C'est dans un contexte particulier qu'a débuté cette thèse. D'une part, l'apprentissage du raisonnement clinique est à la fois une situation de travail quotidienne et un thème de recherche. Le thème central de la deuxième année de formation dont nous avons la responsabilité¹² était centrée sur la démarche d'évaluation diagnostique en kinésithérapie qui est une des étapes importantes du raisonnement clinique, et nous avons à la mettre en place au sein de l'ingénierie pédagogique. Cette deuxième année de formation était aussi l'année de rencontre avec les pathologies et avec les stages pratiques en milieu professionnel. C'était souvent une année difficile à vivre pour les étudiants et ce, pour plusieurs raisons : la lourdeur de l'emploi du temps, la charge de travail induite par ces cours, le « détournement » du regard d'étudiant vers celui de futur professionnel, avec les responsabilités que cela impose et la prise de conscience de la difficulté à cerner le problème de santé du patient.

D'autre part, la *réingénierie* des études attendue depuis quelques années déjà, est finalement annoncée pour la rentrée étudiante 2015¹³ au début de notre deuxième année de thèse. C'est un bouleversement du paysage de la formation initiale de MK, la durée des études passant de trois à quatre années. Le mode de recrutement va devenir exclusivement universitaire après une première année PACES ou Staps (sport), ou la licence de sciences, technologies et santé¹⁴. Le concours d'entrée centré sur les matières de physique, chimie biologie sera abrogé en 2017¹⁵. Deux cycles de deux années seront créés, avec pour chacun une orientation différente. Le premier cycle permettra à l'étudiant d'acquérir les bases méthodologiques en masso-kinésithérapie. Le deuxième cycle servira au développement de la capacité de mettre en œuvre les moyens kinésithérapiques¹⁶ et à la professionnalisation de l'étudiant.

L'apprentissage du raisonnement professionnel qui, jusqu'alors, s'effectuait par expérience « sur le tas » va être institutionnalisé et instrumenté dans le nouveau référentiel de formation. Son apprentissage se déroulera lors du premier cycle et sera intégré pour la première fois dans le programme des études via plusieurs unités d'enseignement (UE). Dans l'UE 6 *méthodes et concepts en kinésithérapie*, un chapitre sera consacré au processus kinésithérapique et aux différents éléments du raisonnement professionnel. Quant à l'unité d'enseignement intégrative UEI 10 *élaboration du raisonnement professionnel* étendue sur les deux semestres de la

¹²Cette deuxième année, sous cette forme, a cessé d'exister en 2016-2017 avec l'arrêté du 2 septembre 2015

¹³Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute

¹⁴PACES ; première année commune aux études de santé

¹⁵Arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF n°0140 du 19 juin 2015

¹⁶Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF n°0204 du 4 septembre 2015

deuxième année de formation, elle sera centrée sur la validation des onze compétences du référentiel professionnel. Son évaluation devra être adossée, selon les textes, aux situations cliniques rencontrées pendant la formation et validée en fin du premier cycle des études. Dans cette UEI, les onze compétences à acquérir par l'étudiant futur professionnel devront être exprimées et visibles en situation, au niveau 1 dit « méthodologique », pour pouvoir être validées. Le fil conducteur de cette UEI est l'élaboration du raisonnement professionnel par l'utilisation des bases méthodologiques nécessaires à son élaboration et à l'analyse réflexive des situations rencontrées en kinésithérapie, tels que le repérage de la singularité des personnes et des situations, l'utilisation des acquis de l'expérience et leur transposition dans des situations nouvelles¹⁷. Comment instrumenter cet apprentissage à la croisée des UE, des compétences, des stages, de la formation clinique, au profit de la professionnalité de l'étudiant ?

2.2 Un formateur au regard clinique induit par l'appartenance à une institution

Au niveau institutionnel, j'ai la responsabilité, sous l'autorité du directeur, avec mes collègues de l'équipe pédagogique de préparer des étudiants à la réussite d'un diplôme d'État accordé par le ministère de la Santé. Il s'agit de former des professionnels de santé pour répondre aux besoins de la population, selon les orientations données par les plans nationaux de Santé, et les agences régionales de Santé (ARS). Cette profession étant réglementée, les conditions d'accès, son *numerus clausus* annuel, sa formation, le format de son diplôme sont imposés. L'IFMK est sous le contrôle du ministère de la Santé et rend compte aux tutelles. Ce qui diffère dans chaque institut est sa visée professionnelle et son projet pédagogique. L'IFMK de la Fondation EFOM Boris Dolto dans laquelle j'exerçais jusqu'au dernier mois de cette thèse, a, par son histoire (première école en 1889) et par ses directeurs médicaux successifs (Archambault, Kopp, Dolto, ...) un attachement à la pratique manuelle, à la clinique et aux savoirs médicaux. Cela confère une orientation clinique à cet IFMK, ce qui conditionne aussi le regard porté sur l'objet de recherche. Orientation qui m'a aussi sans doute portée durant toute ma pratique professionnelle puisque je suis diplômée de cette même école en 1992.

2.3 Un regard tourné vers les étudiants au service du patient

Il me semble que l'apprentissage du raisonnement clinique va dans le sens du développement de l'autonomie de l'étudiant en lui permettant d'être mieux armé, plus en capacité de répondre

¹⁷ Annexe 4 du Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, référentiel de formation, fiche UE 10

à des demandes de santé et de faire face à des situations cliniques de plus en plus complexes compte tenu de l'évolution prévisible du nombre des maladies chroniques et avec des patients polyopathologiques de plus en plus âgés. Patients pour lesquels le professionnel de santé aura à émettre des projets thérapeutiques de plus en plus complexes et élaborés. Il me semble également que l'apprentissage du raisonnement clinique est une capacité à prendre de la distance, à remettre en question ses pratiques, ses connaissances, ses savoirs, à devenir un praticien réflexif. « La jubilation de la pensée, ressentie lors de ce travail d'enquête, de décision et de résolution, provoquera la sensation identitaire et le sentiment d'utilité sociale, caractéristiques de toute professionnalisation. L'étudiant est alors pris dans les rets d'une formation réussie et sa formation devient tout autant personnelle que professionnelle » (Signeyrole, 2015). Ce qui devrait aboutir à une meilleure efficacité dans la qualité et la personnalisation des soins pour le patient alors même que la profession est engagée dans un processus de mondialisation des pratiques qui visent l'uniformisation (Rémondrière, 2014).

Comprendre comment se répartissent les rôles des différents acteurs, le tuteur, le patient et l'étudiant, dans l'apprentissage du raisonnement clinique permettrait peut-être de proposer quelques pistes d'amélioration à l'accompagnement des tuteurs et des étudiants pour l'organisation pédagogique des stages. D'autant que les places de stages vont devenir un enjeu entre écoles, comme cela l'est déjà dans d'autres pays (Marquez & Acuna Parker, 2015). D'une part, il y aura la nécessité de respecter les critères réglementaires de qualité d'un lieu de stage reconnu comme professionnalisant¹⁸. D'autre part, avec le passage en quatre années, l'accès par l'université, qui va entraîner la régionalisation ainsi que la semestrialisation des études, les mises en stage se feront dans une période restreinte, avec un afflux massif de stagiaires des différentes promotions en même temps, sans que cette notion ait été prise en compte par les tutelles. Ainsi, par exemple, en 2018-2019, pour l'Ile de France, le besoin de places de stage ne sera pas couvert, sans un recours massif aux stages auprès de professionnels libéraux.

2.4 Une kinésithérapeute se regardant faire

Au niveau personnel, le fait d'être soi-même masseur-kinésithérapeute de formation initiale entraîne du fait de l'implication, le risque d'un manque de distance avec la profession d'origine et d'une absence de neutralité quant au sujet exploré. En effet, en sciences humaines et sociales, le chercheur est son propre analyseur de l'objet de recherche (Devereux, 1980). Il regarde celui-

¹⁸ BO du 15 septembre 2015, annexe

ci à travers son propre filtre de perception, son référentiel, ses croyances, ses représentations et attentes par rapport à la situation. Il visualise aussi à travers sa posture, celle d'un « praticien formateur », qui risque de rester celle d'un « praticien chercheur » s'il ne parvient à s'extraire de la « recherche d'une intelligibilité de sa pratique » (Rinaudo, 2017). Travailler sur son objet de recherche, quotidiennement côtoyé, demande de s'extraire de l'« enfermement subjectif » (Rinaudo, 2017), enfermement qui n'est plus perçu, voire oublié tant il est incorporé. Sortir de soi ; non pas pour trouver ce que l'on croit percevoir par son intuition, mais pour découvrir et comprendre ce qui est et ce que l'on est à travers cet objet (Pilotti, 2017).

Cependant cette proximité permet d'avoir un regard critique sur les études de l'activité masso-kinésithérapique. Sans cette appartenance à ce métier de kinésithérapeute et d'enseignant en formation initiale, je ne serais pas en capacité de repérer les savoirs, de décrypter et d'interroger les situations décrites dans une thèse sur l'analyse de l'activité du métier de masseur kinésithérapeute (Balas, 2013). Les professionnels sont-ils en capacité de verbaliser leur incorporation de leur pratique pour en faire profiter les étudiant ? N'est-ce pas le dilemme actuel de la profession : passer de l'état « faire un métier fondé sur des preuves scientifiques ou faire un métier fondé sur des constats empiriques » (Balas, 2013) pour parvenir par l'universitarisation à un métier fondé sur des constats empiriques mais justifiés par des preuves scientifiques ?

2.5 Une expérience de tuteur de stage

La transmission du métier en situation de soins m'intéresse aussi du fait de mon passé de tuteur de stage dans un DIU de kinésithérapie respiratoire pédiatrique et néonatale. Comment transmettre un savoir professionnel expérientiel à un étudiant ? Comment savoir si l'étudiant peut réaliser un geste technique par essence praticien-dépendant comme l'est celui du concept de l'accélération du flux (AFE), sur des prématurés de 500 grammes alors que l'on ne sait pas soi-même les effets de son geste puisqu'il n'est pas validé ? (Guyet, Fausser, 2015 a) Comment expliciter le pourquoi du choix des critères de réalisation de l'amplitude du geste, de la gestion de la séance, quand les critères sensitifs (sonores et haptiques) doivent être ressentis et que pour chaque séance la faisabilité du geste doit être (re)discutée, (ré)évaluée ? Comment transmettre le raisonnement mis en place de façon implicite, alors que l'on est, soi-même, et au même moment, en train d'apprécier la balance bénéfice-risque de la séance, en se basant sur des critères subjectifs de son expérience ? Pour une même situation clinique, deux professionnels peuvent avoir des appréciations différentes en fonction de leur savoir expérientiel, de leur intuition, de leur lecture de la situation clinique et de la similitude avec

des cas déjà rencontrés, sans que l'on puisse décider avec certitude qui des deux a raison. Comment cette intuition, ce bon sens clinique se transmettent ils ? Quelles leçons tirent-ils des situations déjà rencontrées ?

2.6 Un passé de praticien libéral

L'aspect de la transmission du métier, dans le secteur libéral, m'intéresse plus particulièrement car j'ai, moi-même, exercé en libéral pendant 15 ans, et l'une de mes difficultés était le rapport à l'argent, au temps et la difficulté à ne pas céder à « l'appel du financier ». Concilier plaisir du soin, compréhension de ce qui est ressenti sous les doigts, qualité de la prestation pour le patient sans être dans un service purement commercial par facilité, était un quasi-défi au quotidien. Ce fait était majoré en raison de l'abondance de prescription médicale, de la pénurie de kinésithérapeutes et de la quasi-totalité du remboursement des séances par l'Assurance Maladie sans véritables attentes en termes de résultats. Pourquoi se compliquer la vie professionnelle en réfléchissant le cas de son patient alors même qu'être efficace était parfois « pénalisant » pour le professionnel pour son gain financier ? En étant plus efficace, le praticien diminuait le besoin en nombre de séances pour la récupération fonctionnelle du patient. Il était satisfait de son travail, son porte-monnaie pouvait l'être un peu moins... même s'il multipliait sa patientèle. Seule une éthique professionnelle personnelle au quotidien permettait de maintenir son cap. Il me semble que l'apprentissage du raisonnement clinique est un des moyens de concilier intérêt du travail, valeur personnelle, éthique professionnelle, sens et individualisation du soin pour une amélioration efficiente de la qualité de vie du patient. Comment à travers le raisonnement clinique vont se transmettre les valeurs professionnelles, les compétences relationnelles, la vision du métier et ce dans une contrainte temporelle et financière fortes ?

3 Un niveau nano pour regarder une profession à la recherche d'une harmonisation internationale

Notre travail s'appuie sur une phase marquante de l'évolution de la profession : la réforme de ses études dite *réingénierie* et son universitarisation, basée sur une volonté d'évolution vers une profession fondée sur les preuves. Actuellement les métiers du lien sont dans une injonction *d'évidence base practices*. « l'émergence du débat portant sur le recours aux données probantes en sciences de l'éducation résulte du constat d'un hiatus entre les contenus explorés par les étudiants en formation à l'exercice de la profession enseignante, les savoirs auxquels les praticiens font appel et ceux créés par la recherche dans le domaine » (Larose, 2011). Ce constat a aussi été soulevé par l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 2005 sous le terme « bringing to gap ». La mise en place de *l'évidence base practice* résulte d'une volonté

d'améliorer les bénéfices obtenus par les bénéficiaires suite à la mise en œuvre de pratiques validées dont les résultats prédictifs sont connus.

Concernant notre thème de recherche, plusieurs niveaux peuvent être perçus (Ardouin, 2003). (Figure 1).

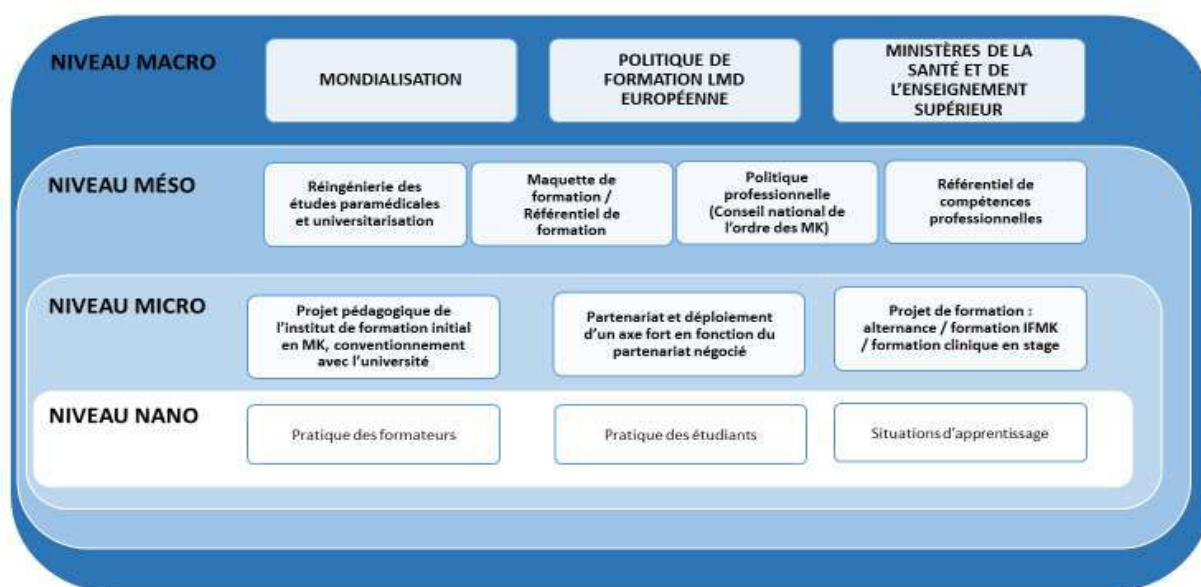


Figure 1: la kinésithérapie, un contexte multidimensionnel

Maubant (2013) précisant l'écrit de Ardouin, définit le niveau macro comme celui des politiques publiques de formation issues des ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur, insufflées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS « bring to gap » 2005), de la mondialisation et les directives européennes notamment les accords de Bologne concernant la création d'un espace européen de connaissances et l'harmonisation des diplômes.

Le niveau méso correspond à la conception de la formation, à la maquette nationale de formation, aux référentiels de formation et de compétences professionnelles, aux orientations données par les organisations de santé régionales, aux souhaits des politiques professionnelles ordinales pour l'évolution de la profession.

Le niveau micro correspond à la conception pédagogique de la formation pour laquelle chaque IFMK va déployer son projet pédagogique en tenant compte de la sociologie de la profession (Monet, 2003) et de ses grandes orientations historiques (Gaubert, 2006). Certains instituts ont ainsi une âme, une empreinte sociologique prégnante : Vichy et ses eaux thermales, l'EFOM et le massage, Montpellier et les savoirs médicaux. Quelle est la visée du projet pédagogique ? Quelles valeurs sont recherchées ? Quelle place est donnée à la clinique, aux savoirs

fondamentaux, aux savoirs professionnels, aux savoirs de la pratique, et au raisonnement clinique ?

Un quatrième niveau est encore en deçà du micro pour constituer un niveau nano. Cela serait un niveau plus clinique, dans le sens « au chevet du malade », car c'est le niveau de la pratique des formateurs et des apprenants. Ce niveau, en deçà du micro concerne alors l'enseignement et les situations pédagogiques mises en place au sein des instituts et des terrains de stage pour accompagner plus particulièrement l'étudiant dans la construction de son raisonnement professionnel. Quelles situations d'apprentissage sont mises en place au sein de l'IFMK et des terrains de stage ? Quelles sont les postures des formateurs et tuteurs ? Quelle médiation est utilisée de la part du référent de stage et du référent pédagogique de l'IFMK pour faciliter l'apprentissage du raisonnement clinique en situation professionnelle, pour permettre son élaboration et sa réalisation en situation réelle de soins auprès du patient ?

Le raisonnement clinique s'insère dans les quatre niveaux puisque son institutionnalisation intervient dans un souhait d'universitarisation des métiers du lien, de professionnalisation des professionnels et d'amélioration de la qualité et sécurité des soins probants destinés aux patients par une recherche d'économie des coûts de santé et de « zéro risques ». *Réingénierie* n'est-il pas un terme venu de l'industrie et du management signifiant une recherche d'efficience associée à une réorganisation ?

Comment le tuteur explicite-t-il les liens qu'il réalise lors de la « lecture » du patient, entre sa sensation et les paroles, entre sa sensation et ses gestes : j'écoute pour mieux sentir ? Comment l'étudiant adolescent professionnel déchiffre-t-il les signes cliniques ? Comment se construit-il sa propre grille de lecture en vue de son exercice professionnel futur ? Comment apprend-il à lire le patient ?

C'est autour de deux thématiques que cette première partie va se poursuivre. Nous définirons le contexte de la masso-kinésithérapie puis nous développerons la thématique du raisonnement clinique et nous exposerons l'état des lieux de la recherche sur cette thématique. Puis nous envisagerons les limites et impensés des recherches de la thématique abordée, ce qui permettra de déterminer notre question de recherche et de poser l'intérêt de cette recherche doctorale parmi ce champ de connaissances.

4 La masso-kinésithérapie : une profession en vives tensions

La masso-kinésithérapie s'inscrit dans la discipline médicale de la médecine physique et de la réadaptation (MPR) qui est « la partie de la médecine dédiée au soin des personnes de tous âges,

dont le corps est handicapé par une ou des lésions liées à un accident ou à une maladie organique » (Wirocius, 2011). Elle s'intéresse à la réhabilitation de l'individu et cherche à lui redonner une indépendance fonctionnelle au quotidien, malgré son handicap et ce quel que soit son type : chronique ou aigue. Elle est actuellement prescrite par le corps médical, ce qui conditionne son accès. En 2017, le conseil national des masseur-kinésithérapeute CNOMK a fait de l'accès direct et de l'accès en urgence, son cheval de bataille avec l'organisation de deux congrès sur cette thématique (CNOMK, 2017), de publication (Carbonaro & Latruffe, 2017) et d'une campagne de publicité à destination du grand public : « *Mon kiné, partenaire santé de ma performance* ». Une plateforme nationale de dépôt des projets d'expérimentation de nouvelles organisations en santé, et notamment les projets d'accès direct, dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de sécurité sociale qui permet d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits, est ouverte depuis le 27 juillet 2018.

Le 3 novembre 2017, le décret sur les compétences limitées et l'accès partiel aux professions de santé est publié. Il vise à transposer la directive européenne 2013/55/UE du 20 novembre 2013 qui permet l'accès partiel aux professions de santé. En réaction, le CNOMK propose la création d'un statut de technicien en physiothérapie agissant strictement sous le contrôle du professionnel diplômé d'État.

En 2018, une partie des compétences des MK a été transférée aux chiropracteurs, professions de bien-être¹⁹. En cet été 2018, la signature de l'avenant 5 qui promulgue entre autres la revalorisation financière de l'acte de Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK) et ce dès la première séance, a jeté le feu aux poudres de la profession, en mettant en œuvre une régulation démographique d'installation. Phénomène d'inquiétude encore renforcé par la publication d'un rapport de la DREES affirmant que la démographie professionnelle est galopante et préoccupante. D'ici à 2040, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins (Millien, 2018). Quel est finalement le rôle social de cette profession ? Que fournit la profession comme prestations : des soins courants, du soutien relationnel, du bien être ? Quel est le public concerné, pour quels besoins ?

4.1 La masso-kinésithérapie : un métier du lien

Les soins de kinésithérapie s'adressent à des personnes ayant des atteintes de leur fonction, qu'elles soient temporaires ou définitives. Ces soins sont singuliers c'est-à-dire réalisés en

¹⁹ Arrêté du 13 février 2018 relatif à la formation en chiropraxie, publié au Journal Officiel n°0037 du 14 février 2018

fonction d'une personne et de sa situation. Ils ne peuvent pas être généralisés, et généralisables, ce qui fait toute la complexité et l'intérêt de ce métier. Le kinésithérapeute a à comprendre le handicap, la maladie et ses manifestations chez la personne, les caractéristiques personnelles du sujet et ses facteurs environnementaux. Il a à individualiser son soin en fonction de ce qu'il peut apporter, de ce que la thérapeutique « traitement physique par kinésithérapie » peut apporter dans l'évolution habituelle de la maladie, et en fonction du projet de santé du patient. Comme l'objet du soin n'est pas la maladie mais le malade, le sujet, la personne, le MK a à coconstruire en permanence avec le patient un parcours clinique kinésithérapique basé sur « la rencontre » (Olry, 2015) processus d'interaction patient/soignant, orienté par une relation de confiance, et tenant compte des savoirs, des actions, des ressentis, de la personnalité du patient (Zarifian, 2015). Surtout que celui-ci habituellement adulte autonome, est devenu un patient à la suite de son changement de statut : un malade adulte qui en se confiant aux mains d'un soignant, devient à travers le regard de celui-ci, un patient adulte (Boutinet, 2015). C'est le soignant qui « fait » le patient, et dans cette notion de patient, se trouve par définition un état de passivité, de dépendance (Boutinet, 2015). Pourtant, le patient n'est pas vierge d'expériences, de connaissances. À travers la rencontre, le MK aura à faire alliance avec le patient c'est-à-dire à entrer dans un travail de liaison et à permettre au sujet malade d'être écouté dans le récit de son expérience et entendu dans la mise en mots de cette expérience, surtout que le patient est à la fois le sujet du soin kinésithérapique et l'objet du soin (Olry, 2007) prodigué par le professionnel. C'est toujours la relation à l'individu : « le thérapeute que je suis est l'animateur de chaque instant pour que dans ce colloque entre mes mains et son corps, dialogue mime, sans lequel ni l'un ni l'autre n'est inactif » (Dolto, 2013).

La rééducation est effectuée « au pied du malade ». Son objectif est la réalisation d'un soin clinique kinésithérapique par un praticien. Le soin kinésithérapique se réalise à travers l'utilisation du médiateur « corps », que cela soit celui du praticien ou celui du sujet (Schloser, 1977). C'est d'ailleurs une spécificité de l'identité professionnelle du kinésithérapeute par l'utilisation de ce que Prel (2001) a dénommé « le corps thérapeutique ». Le professionnel s'engage dans la relation de soin avec son corps, avec ses mains qui lui servent d'outils, de prises, de contre prises. « Le corps est le premier et naturel instrument de l'homme » (Mauss, 1950). Le soin est réalisé au travers du contact : « Le toucher dans le traitement manuel est une relation inter humaine » (Samuel, 2013). Il est aussi réalisé à travers soi et ses identités professionnelle et personnelle. « Réaliser un soin [...] c'est aussi s'accomplir soi dans son exercice » (Olry, 2015).

Soigner, ce n'est pas seulement faire un recueil de plaintes, de maux, c'est aussi permettre à la personne de se révéler (Ameisen, 2015). Le kinésithérapeute va entendre avec ses doigts, va déchiffrer le corps du patient (Olry, 2003), va décrypter ses dires (Olry, 2005). Il va faire un recueil de mots, de maux, de sensation, de blocages pour lui permettre de se guérir, de se prendre en mains, de prendre son corps en mains : « l'homme ne guérit qu'en se recréant lui-même tous les jours, être c'est s'exprimer sans lapsus du mouvement (ou blocages) » (Dolto, 2013). La pathologie fonctionnelle est au carrefour du corps, de l'esprit.

Soigner c'est attacher de l'importance à la personne, c'est la reconnaître comme sujet tout en étant soi-même un professionnel sujet. C'est dans cette idée de reconnaissance du sujet et de l'intersubjectivité que ce travail sur le raisonnement clinique prend sens, pour moi. Le raisonnement clinique est perçu comme un processus de pensée et de décisions, qui permet au soignant de gagner en autonomie professionnelle et de s'adapter au patient. « La kinésithérapie n'est pas une thérapie de prêt à porter. Personnaliser l'intervention kinésithérapique et l'adapter en permanence aux évolutions de la personne représente un fondement indéniable de la profession » (Gedda, et al., 2000). Comment s'est-il accommodé de sa pratique singulière pour en faire une pratique quotidienne reconnue par ses pairs, une démarche professionnelle ?

4.2 Une définition modifiée au fil du temps

Dans cette partie nous développons un bref historique des définitions de la profession depuis sa création en tant que métier jusqu'à celle de 2016.

En 1946, la profession de masseur gymnaste médical est créée par la loi du 30 avril 1946 portant création de la profession de masseur-kinésithérapeute et définie comme la pratique du massage et de la gymnastique médicale. Sa création sert à légaliser l'art des pratiques techniques manuelles médicales que les praticiens techniciens exerçaient sur le corps et sous le contrôle des médecins²⁰. Cette réglementation est une reconnaissance des pratiques populaires (Rémondière, 1999), associée à une recherche de légitimation de ces savoirs pratiques spécifiques qui se transmettaient de mains à mains et de corps en corps. Ces pratiques populaires persistent de nos jours en particuliers chez les rebouteux, guérisseurs, magnétiseurs²¹. La multiplication des salons de massage actuellement constatée nous ramène à cette période²².

²⁰ Loi n°46.857 du 30 avril 1946 portant création de la profession de masseur-kinésithérapeute

²¹ www.rebouteux.org, consulté le 13/12/15

²² <http://www.20minutes.fr/paris/1643735-20150701-paris-prolifération-salons-massage-crispe-elus-commerçants-9e-arrondissement>, consulté le 01/01/15

Le code de la Santé Publique (art L4321-1 à L4321-21 et R4321-1 à R4321-13) a longtemps défini l'exercice de la kinésithérapie et des actes professionnels relatifs à ce métier de la façon suivante : « la profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale. [...] Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale et peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur profession ».

Le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 des actes professionnels et modifié le 8 août 2004 donne la définition suivante : « La masso-kinésithérapie consiste en la réalisation d'actes de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, et 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. Le MK doit évaluer les capacités motrices, sensitives, sensorielles et cognitives d'une personne et mesurer son niveau de performance et d'autonomie. Il doit déterminer la nature et évaluer l'étendue des déficiences anatomiques et fonctionnelles, analyser leurs interactions, poser un diagnostic kinésithérapique et formuler des objectifs de soins ». La profession est alors définie par ses moyens à mettre en œuvre : « des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale ». Le professionnel est un applicateur de techniques, un metteur en scène et en œuvre de moyens.

Actuellement l'évolution de la kinésithérapie se fait autour d'une rupture épistémologique²³, qui oscille entre les pratiques à appliquer, celles à concevoir et celles en cours de mises à l'épreuve fondées sur les démarches de *l'évidence base practice*. La profession est alors en tension en se focalisant à la fois sur l'acquisition d'une maîtrise gestuelle pour une approche manuelle de la kinésithérapie et l'intégration des méthodologies et les savoirs qui mettent à l'épreuve les pratiques elles-mêmes. Cette tension pose la question de l'utilité sociale du MK : est-il encore seulement un applicateur de technique ? La pratique de la kinésithérapie est une pratique essentiellement appliquée. Est-il un ingénieur méthode concepteur de traitement ? « Il est évident que la singularité de la contribution apportée par la kinésithérapie au domaine des soins reste à être précisée » (WCPT, 2003).

Depuis le projet de loi de modernisation du système de santé déposé à l'assemblée nationale du 10 avril 2015 et suite à un amendement, une nouvelle définition de la profession est proposée, la masso-kinésithérapie consisterait en « la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne, et des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles ». La profession ne serait donc

²³ Signeyrole J (2012) Projet pédagogique IFMK de la Fondation EFOM Boris Dolto

plus définie par ses actes, mais par son rôle et son utilité sociale ce qui met la profession en tension, passant d'un statut d'applicateur de moyens à un statut d'évaluateur concepteur de traitement.

Cet amendement²⁴ a été adopté. Le rôle du physiothérapeute va dans cette définition au-delà d'un rôle de restauration, ou amélioration d'une fonction corporelle. Ce rôle a encore été confirmé par la loi Santé votée le 29 décembre 2017, qui réaffirme les rôles du MK. (Cf Annexe 1)

4.3 L'évolution d'une profession et de sa formation : entre rupture et continuité

La formation de la profession a évolué en parallèle du développement des technologies et des domaines d'application et d'activités de la profession. Pour ce chapitre nous nous appuyons sur les écrits de Monet (2003, 2009, 2011), Macron (2015), Gaubert (2006) et Rémondière (1994, 1999, 2014).

L'École Française d'Orthopédie et de Massage (EFOM), à Paris est la première école ouverte en 1889 et agréée 35 ans plus tard par arrêté ministériel le 28 février 1924. Ses anciens élèves s'organisent en association en 1913 : l'Association des Anciens Élèves de l'École Française d'Orthopédie et de Massage. Elle sera une ardente force de propositions et d'évolution de la profession de masseur.

Ainsi le premier cadre législatif est posé par le décret du 27 juin 1922 qui définit administrativement la profession d'infirmière en France: « Il est institué des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière de l'état français, qui seront délivrés par le ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale, aux infirmières hospitalières, aux infirmières visiteuses sociales, et aux diverses infirmières spécialisées, notamment : hygiène sociale de l'enfance, hygiène mentale, etc. ». Les masseurs sont rattachés à ce décret de juin 1922.

L'arrêté du 6 décembre 1924 établit le programme type des études pour l'obtention du brevet de capacité professionnelle de masseur médical. Les premières écoles dont l'EFOM ont des agréments pour cette formation en 22 mois, les premiers diplômes sont délivrés en juin 1925. (Monet, 2011).

²⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé

L'arrêté du 15 juin 1926²⁵ fixe les conditions d'admission et de notation à l'examen d'État d'infirmiers, d'infirmières, de masseurs tandis que l'Arrêté du 8 novembre 1927²⁶ précise les programmes d'études pour les infirmières sanitaires et les infirmiers masseurs aveugles.

Deux professions sont créées par le régime de Vichy. Un diplôme d'État de moniteur de gymnastique médicale et orthopédique dans un but de rééducation physique²⁷ est institué en août 1942. Le programme des études et de fonctionnement des écoles est fixé par deux arrêtés du 23 février 1943, relatifs à l'enseignement, l'organisation et le fonctionnement des écoles de moniteurs de gymnastique et paru au Journal Officiel du samedi 20 mars 1943.

En janvier 1943 la profession de masseur médical²⁸ est reconnue à partir des principales dispositions de la loi votée par la Chambre des députés en 1937 avortée à cette époque.

En 1946, la loi du 30 avril 1946²⁹ reconnaît la profession de masseur kinésithérapeute. Ainsi le texte de loi précise l'intérêt du regroupement de deux métiers : masseur-gymnaste médical et de pédicure. « Il faut, en effet, réserver l'exercice de ces professions à de véritables professionnels qui collaborent avec le corps médical. Cette réglementation assurerait l'efficacité des traitements, enlèverait toute chance d'erreurs et écarterait les pratiques irrégulières qui, sous le couvert de massage, servent la prostitution clandestine ».

Rémondrière exprime ainsi le trajet sinueux du massage jusqu'à la reconnaissance officielle de la kinésithérapie. « Ainsi, venu d'une pratique populaire, entre les mains de masseurs, passé chez les infirmières, puis chez les infirmiers masseurs, pratiqué par les médecins, le massage (et ses techniques annexes) retourne chez les masseurs médicaux diplômés. Enrichi par l'adjonction de la pratique de la gymnastique médicale, « emprunté » à titre définitif aux professeurs d'éducation physique, il devient alors masso-kinésithérapie. Le corps reconstitué dont il est question, est celui que se sont partagés différents praticiens, pour finalement ne constituer qu'une profession, recomposée à partir de ses origines et de son succès populaires, puis par transfert et enfin par réunification » (Rémondrière, 1994).

²⁵ Arrêté du 15 juin 1926 fixant les conditions d'admission à l'examen d'État d'infirmiers, d'infirmières, de masseurs, etc., Ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale, JORF du 24 juin 1926

²⁶ Arrêté du 8 novembre 1927 sur les programmes d'études pour les infirmières sanitaires et les infirmiers masseurs aveugles, J.O. du 14 décembre 1927, p. 12583-6.

²⁷ Décret no 2483, du 13 août 1942, instituant un diplôme d'État de moniteur de gymnastique médicale

²⁸ Loi n° 2 du 15 janvier 1943, relative à l'exercice de la profession de masseur médical, JORF 36, 11 février 1943

²⁹ Loi N° 46.857 du 30 avril 1946 tendant à réglementer l'exercice des professions de masseur gymnaste médical.

Le programme de formation³⁰ est approuvé en novembre 1946. L'exercice de la profession est réglementé en 1947 par décret³¹, de même que sa formation³² est régie par le décret du 7 juillet 1947 relatif à la réglementation de la profession et qui fixe les études à deux années.

Le décret³³ de 18 janvier 1962 réaffirme sur plusieurs points la domination médicale sous laquelle le métier de kinésithérapeute est placé depuis sa création. Ce décret rappelle d'une part la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou des auxiliaires médicaux, d'autre part l'obligation de respecter strictement le quantitatif et le qualitatif des prescriptions médicales obligatoires à la dispensation des soins thérapeutiques et enfin instaure la prohibition totale de toutes les manipulations articulaires. La profession médicale dominante rappelle alors à la profession son rôle d'auxiliaire du médecin : « 'Un métier paramédical' consiste plus à assister le médecin qu'à le remplacer dans la tâche décisive que représentent le diagnostic et la prescription » (Macron, 2015, p 23).

Parallèlement à la reconnaissance de la discipline médicale de rééducation, les kinésithérapeutes assistent aux démantèlements de leur monopole, avec la création de nouvelles professions paramédicales de rééducation³⁴, les orthophonistes en 1964, les ergothérapeutes en 1970 et les psychorééducateurs en 1974. Alors même que les kinésithérapeutes étaient considérés comme des auxiliaires médicaux et qu'ils le sont toujours en 2015 au niveau du code de la santé publique³⁵, la création du Conseil Supérieur des Professions Paramédicales³⁶ a lieu en 1973 éliminant le conseil supérieur de la kinésithérapie. Le législateur a souhaité organiser l'homogénéisation de toutes ces nouvelles professions d'aides à la profession médicale. « Les connaissances techniques acquises par les paramédicaux lors de leur formation l'ont été pour la plupart auprès de médecins qui les ont découvertes ou rendues applicables ou pour le moins approuvées, le travail paramédical consiste plutôt à assister le médecin qu'à le remplacer dans

³⁰ Décret n°46-2862 du 27 novembre 1946 Approbation du programme des études préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF du 08 décembre 1946, p. 10445

³¹ Arrêté du 30 avril 1947 fixant les conditions d'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF du 6 mai 1947

³² Décret n°47-1279 du 7 juillet 1947 relatif à la réglementation de la profession

³³ Décret n° 62-106 du 18 janvier 1962, annexe Liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non-médecins, JORF du 1 février 1962, page 1111

³⁴ Loi n° 64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste, Décret n° 70-1042 du 6 novembre 1970 portant création du diplôme d'État d'ergothérapeute, Décret n° 74-112 du 15 février 1974 portant création du diplôme d'État de psychorééducateur, JORF du 17 février 1974 page 1887

³⁵ Code de la santé publique, Partie législative, Quatrième partie : Professions de santé, Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers, Titre II : Professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue, Chapitre Ier : Masseur-kinésithérapeute, articles L4321-1 et s.

³⁶ Décret n°73-901 du 14 septembre 1973 Conseil Supérieur des Professions Paramédicales, JORF du 20 septembre 1973, p. 10198

sa tâche et les emplois sont subordonnés au médecin ou s'exercent en général sur l'ordre de celui-ci » (Freidson, 1984).

Entre temps, en 1969 le décret n° 69-282 a officialisé la troisième année d'études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute³⁷. À partir de 1969, « l'évolution de la masso-kinésithérapie va être conditionnée aussi bien par des choix politiques (quotas d'accès aux études, tribulations ordinaires, maîtrise des dépenses de santé, directives européennes, etc.) que par des choix sociétaux (recherche du bien-être corporel, émergence de l'ostéopathie) » (Macron, 2015).

En 1985 de nouveaux actes professionnels sont accordés à la profession³⁸.

Une nouvelle réforme de ses études apparaît en 1989³⁹ avec une révision de son programme théorique de formation et de son parcours clinique. L'arrêté du 05 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute précise en son article 3 que l'enseignement sera désormais effectué sous la forme de deux cycles d'études composés de douze modules répartis sur les trois années d'enseignement. La dernière promotion issue de cette réforme a été diplômée en juin 2017. 2018 a été une année blanche sans diplômés.

À titre expérimental, cette année-là, deux instituts (Dijon et Vichy) reçoivent en première année des étudiants issus de l'université de médecine⁴⁰. L'expérimentation va durer jusqu'en 2015. C'est le premier pas vers l'universitarisation.

Le conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes (CNOMK) a une reconnaissance légale par voie législative en 1995⁴¹. Les décrets d'application relatifs à son fonctionnement seront publiés en 1997 mais ne sont suivis d'aucune élection en raison du contexte politique mouvant de l'époque. L'Ordre a une reconnaissance mais n'est pas institué.

En octobre 1996, apparaît dans l'article 2 de ce décret, la notion de diagnostic dans la liste des actes professionnels et à l'exercice de la profession⁴² : « Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés ».

³⁷ Décret n°69-282 du 28 mars 1969 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF du 30 mars 1969, p. 3175

³⁸ Décret n°85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur kinésithérapeute, JORF 30 août 1985, page 10032

³⁹ Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute

⁴⁰ Arrêté du 11 juillet 1989 relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'État de masseurkinésithérapeute, JORF du 22 juillet 1989 page 9191

⁴¹ Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social, articles 5 à 7, JORF du 5 février 1995, p. 1992

⁴² Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF 9 octobre 1996, p. page 14802 ;

Décret n°2000-577 modifiant le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF du 29 juin 2000, page 9767.

En 2000, la profession bénéficie de deux avancées significatives. Suite à l'arrêté du 22 février 2000⁴³, la prescription médicale devient une indication de kinésithérapie avec la disparition de l'obligation du respect d'un aspect quantitatif et qualitatif de celle-ci. Le décret n°2000-577⁴⁴ relatif aux actes professionnels précise que le bilan doit être adressé au médecin en fin de première séance. Ce décret instaure réglementairement ce bilan comme outil de communication, le diagnostic masso-kinésithérapique devrait être donc envoyé après la première rencontre au médecin prescripteur. « Ce bilan est adressé au médecin prescripteur et, à l'issue de la dernière séance, complété par une fiche retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique, également adressée au médecin prescripteur ». Cet envoi sera valorisé financièrement en octobre 2000 lors de son inscription à la nomenclature générale des actes professionnels⁴⁵. La profession obtient alors la reconnaissance de la formalisation de son diagnostic.

En 2004, l'Ordre national⁴⁶ demandé dès 1946, est créé. Ses missions sont la défense de la profession et la veille au maintien des principes de moralité et de probité indispensables à l'exercice de la masso-kinésithérapie ainsi qu'à l'observation, par tous ses membres, des règles, droits, devoirs et obligations professionnels édictés dans le futur code de déontologie. Son organisation et sa composition sont régies par le décret publié en 2006⁴⁷.

En 2006, le professionnel obtient un droit de prescription relatif selon une liste de dispositifs médicaux⁴⁸. C'est une avancée dans l'autonomie.

Le code de déontologie du Conseil national de l'ordre est acté réglementairement en 2008⁴⁹, signe de l'institutionnalisation et de l'organisation de la profession, soixante ans après sa création en 1946. Tous les professionnels doivent s'inscrire au tableau de l'Ordre national et s'acquitter de la cotisation ordinale. Cette obligation a entraîné une vague de contestation dans le milieu salariat à l'image de ce qui s'était déroulé au moment du rassemblement des deux

⁴³ Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins, JORF du 3 mars 2000, p. 3378

⁴⁴ Décret n°2000-577 modifiant le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et l'exercice de la profession

⁴⁵ Arrêté du 4 octobre 2000 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, JORF 5 octobre 2000, p. 15763

⁴⁶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF du 11 août 2004, p. 14277

⁴⁷ Décret n° 2006-270 du 7 mars 2006 relatif à la composition et aux modalités d'élection des conseils de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et des conseils de l'ordre des pédicures-podologues et de leurs chambres disciplinaires et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), JORF du 9 mars 2006, p. 3540

⁴⁸ Décret n° 2006-415 du 6 avril 2006 relatif au remboursement des dispositifs médicaux prescrits par les masseurs-kinésithérapeutes et modifiant l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale, JORF du 8 avril 2006, p. 5321

⁴⁹ Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 5 novembre 2008, p. 16883

professions en 1946 (Macron, 2015), qui a rejailli sur l'organisation du parcours clinique en formation initiale et sur l'organisation des épreuves du diplôme d'État⁵⁰. Les deux mises en situation professionnelle prévues pour l'obtention du diplôme final depuis l'arrêté de 1989 sont supprimées. Depuis ce jour, l'obtention du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute est désormais liée à la validation des douze modules du deuxième cycle et à la soutenance d'un travail écrit de quinze pages devant un jury de trois personnes dont un médecin. Pour obtenir son diplôme, la note de la soutenance et la note moyenne des douze modules des seconde et troisième années sont prises en compte.

En 2011⁵¹, le travail écrit de quinze pages deviendra un écrit de trente pages à propos d'une situation clinique rencontrée dans le parcours de stage. Celui-ci uniquement hospitalier s'ouvrira à toutes « les structures susceptibles de concourir à la construction des compétences professionnelles attendues de l'étudiant. Ces terrains peuvent notamment être situés dans des structures hospitalières, médico-sociales, de réseau, publiques ou privées, en cabinets libéraux, dans des structures associatives, éducatives, sportives ». Un professionnel présent sur le lieu de stage est maintenant la seule obligation. Un praticien ou un professionnel cadre de santé qui étaient auparavant responsables de l'encadrement en stage, ne sont plus nécessaires. Ces deux dernières modifications majeures (suppression des mises en situation professionnelle et disparition de l'encadrement en stage par le cadre de santé) sont souvent considérées encore de nos jours par les professionnels, comme responsables de « la dégradation » de la pratique manuelle des étudiants.

Cette vague de contestation anti-ordre a eu des répercussions au-delà de la formation initiale puisqu'un contentieux judiciaire s'installa et se poursuivra jusqu'en conseil d'État en 2013. Elle explique sans doute, dans un paysage agité de la représentation syndicale de la profession, la difficulté à « accoucher » d'un projet de réforme de sa formation initiale, mise en place des 2009 dans le cadre de la réingénierie des études paramédicales chez les infirmières.

4.4 Une réingénierie des études en 2015

Au niveau de la profession, celle-ci semble être à un tournant. La réingénierie des études vient d'être finalisée après 7 années de négociation. L'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme

⁵⁰ Décret n° 2008-517 du 2 juin 2008 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF du 3 juin 2008, p. 9134

⁵¹ Arrêté du 23 mai 2011 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF n°0121 du 25 mai 2011 page 9000

d'État⁵² fixe les nouvelles dispositions réglementaires concernant les études menant au diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute. La durée de la scolarité passe de 3 années après un recrutement par concours physique/chimie/biologie, à une formation en 4 années, suite à une première année universitaire de type Paces, Biologie ou Staps. Chaque semestre rapporte 60 ECTS, soit un total de 240 ECTS après 4 années de formation.

Après conventionnement de l'IFMK avec une université⁵³, les étudiants obtiendront, en fin de cursus un Diplôme d'État délivré par le Ministère de la Santé et 240 ECTS délivré par le Ministère de l'enseignement supérieur. L'étudiant aura alors le choix et la possibilité de « négocier » la reconnaissance des 60 ECTS obtenus par la première année de Paces et de ses 240 ECTS de formation professionnelle en 300 ECTS pour obtenir un grade master dans une discipline inconnue à ce jour. C'est le prochain combat de la profession, la création d'une discipline mère (CNOMK, 2015, 2016).

Les deux cycles de deux années sont indépendants. Le premier cycle est centré sur l'acquisition méthodologique « savoir-faire » et le deuxième cycle sur la réalisation professionnelle « savoir réaliser ». Aucune équivalence n'est prévue en cas de non-passage dans le cycle 2. Sans doute y a-t-il là un prochain débat de la profession en cours d'organisation ? Les futurs étudiants sortant en fin de premier cycle et dans l'impossibilité de poursuivre vers le deuxième cycle seront-ils des aides kinés comme les aides-soignants qui ont reçu la délégation de tâches (hors rôle propre) des infirmières ? Ce projet semble à l'étude (Monet, 2014) transposant ainsi la directive européenne 2013/55/UE du 20 novembre 2013 sur la reconnaissance des qualifications professionnelles de professions réglementées pour les ressortissants européens⁵⁴.

Selon l'article 15, le passage de premier à deuxième se fait par la validation de toutes les unités d'enseignement du premier cycle, la validation des stages du premier cycle - UE 11 « Formation à la pratique masso-kinésithérapique » et la validation de l'unité d'enseignement d'intégration UE 10 « Démarche et pratique clinique : élaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive ». Cette UE 10 nous intéresse tout particulièrement car elle est le lieu de validation du raisonnement professionnel.

Les deux unités d'intégration présentes au deuxième cycle, l'UI 25 « démarche de pratique clinique, conception du traitement et conduite d'intervention » du semestre 6 et l'UI 29

⁵² Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF n°0204 du 4 septembre 2015 page 15584

⁵³ Arrêté du 31 décembre 2015 modifiant l'arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF n°0007 du 9 janvier 2016,

⁵⁴ <http://www.ordremk.fr/actualites/ordre/reunion-de-la-commission-exercice/> consulté le 5 novembre 2018

« analyse et amélioration de sa pratique professionnelle » représentent à elles deux, 8 ECTS également. La pratique professionnelle et l'acquisition des 11 compétences du référentiel métier ont donc du poids.

Si l'on considère maintenant les 3 unités d'intégration de cette formation et les UE stage (UE 11, 25, 29, 10, 30), elles représentent un poids relatif d'ECTS. Celui-ci est plus important que celui de l'UE « mémoire » associée aux UE « méthodologie de recherche et méthode de travail » parties prenantes du « process mémoire »-des deux cycles (UE 8 et UE 27). La clinique et la mise en lien de celle-ci avec les savoirs fondamentaux, occupent une place importante. Cette formation est centrée sur l'acquisition professionnelle, formant des cliniciens réflexifs à propos des situations rencontrées.

Ainsi les conditions d'obtention de ce diplôme d'État imposées par l'arrêté du 2 septembre 2015 devraient modifier posture et développement professionnel de l'étudiant futur masseur-kinésithérapeute. Le dispositif d'évaluation conditionne le dispositif de formation qui lui-même conditionne le développement professionnel et cognitif de l'étudiant. Le leitmotiv est « montre-moi ton dispositif d'évaluation je te dirai ce que font tes étudiants ». Aussi, le développement des nouveaux étudiants ne sera pas le même que celui de leurs prédécesseurs.

Comme il n'y a pas de futur sans passé, sédiment incorporé devenu invisible, sans doute le présent de la profession est-il à un entre-deux comme celui rencontré lors de l'adolescence professionnelle, quand la mue s'opère entre deux générations. La kinésithérapie n'est-elle pas actuellement entre rupture et continuité ? Entre « *vieilles racines et jeunes pousses* »⁵⁵ ? N'est-elle pas à la croisée, entre son utilité sociale future probable et possible pour le patient, la formalisation de ses savoirs issus et produits par la pratique professionnelle avec la validation scientifique de ses savoirs médico-kinésithérapique, et sa population hétérogène de praticiens et de pratique, passant d'un art à une discipline ? Quels seront les nouveaux kinésithérapeutes produits par la réforme : des praticiens cliniciens apprentis chercheurs ?

4.5 Une profession à la recherche d'un grade universitaire et d'une discipline

La profession n'a pas obtenu le grade Master comme elle le souhaitait. En revanche, elle a obtenu 4 années d'études et cherche maintenant à se faire reconnaître comme une discipline à part entière par les institutions (Jeulin, 2016).

⁵⁵ Intitulé d'un symposium, colloque mêlées et démêlés, 50 ans de sciences de l'éducation, Toulouse, oct 2017

En septembre 2017, des réunions de travail semblent organisées pour la constitution d'une discipline de rééducation et de réadaptation⁵⁶. Le conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK) envisage aussi une reconnaissance de la recherche en kinésithérapie pour parvenir à une profession qui réponde à des besoins de santé de la population, basée sur des preuves selon le modèle de l'Évidence base Practice (CNOMK, 2015).

En septembre 2017, le conseil national de l'ordre (CNOMK) annonce le lancement en septembre 2018, d'un projet en e-learning avec l'université de côte d'azur (UCA) permettant à tous les étudiants de sortir avec un grade master 2, obtenu en parallèle de leur Diplôme d'État (CNOMK, 2017). Se pose alors la question du devenir des écoles (Buratti, 2016), instituts de formation, temples des pratiques, qu'elles soient ancestrales ou populaires, même si de nombreuses sont encore empiriques, qui constituent le répertoire des gestes techniques et technologiques de la profession : le patrimoine thérapeutique. Comment concilier ce passage d'une pratique fondée sur le bon sens à une pratique fondée sur les preuves alors même que la médecine fondée sur les preuves n'a pas forcément prouvé qu'elle apportait un vrai bénéfice (Masquelet, 2010) et ce, au sein d'une section universitaire non technologique. L'apprentissage du raisonnement clinique se veut être un levier pour ce changement de paradigme de la profession et pour une élévation du niveau des connaissances utilisées dans la pratique professionnelle puisque celui-ci est décrié pour la profession (Sultana & Mesure, 2015).

Le projet de la profession, après l'accès à l'université, est de créer une discipline, comme il en existe au Canada, pour s'émanciper de la profession médicale (Barthélemy, 2015). Cependant cela semble paradoxal. Pour pouvoir accéder à l'IFMK, d'après les textes réglementaires, les critères de recrutement en première année privilégient la sélection post Paces, et les enseignements médicaux sont renforcés au détriment des UE « cœur de métier ». Alors même que la profession cherche à créer sa discipline, elle reproduit le schéma des « officiers de médecine » (Foucault, 1976) qui a été utilisé lors de la création de la profession. La domination médicale des officiers de médecine (Monet, 2003) (Gaubert, 2006) par la formation ne s'amplifie-t-elle pas alors même que la profession cherche à s'émanciper ? Le raisonnement clinique n'est-il pas l'outil phare de cette émancipation, grâce aux situations d'enseignement apprentissage mises en place ?

La profession souhaite faire de l'universitarisation un tremplin pour sa reconnaissance (CNOMK, 2016) ; mais en quoi ce processus dû à une réforme de sa formation initiale peut lui

⁵⁶ <http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20170920-ressources-humaines-les-sciences-de-reeducation-et-readaptation>, consulté le 21 septembre 2017

apporter la naissance d'une discipline ? Qu'est-ce que l'universitarisation et le passage à une formation professionnelle supérieure et/ou universitaire ?

4.5.1 Une recherche de formation professionnelle universitaire par la réingénierie des études paramédicales

Dans cette partie, nous envisagerons la formation universitaire sous un angle générique non centré sur la kinésithérapie, de manière à replacer l'évolution de celle-ci dans un contexte plus général à un niveau macro. Pour Lessard et Bourdoncle (2002), une formation professionnelle est destinée à la préparation à l'exercice d'un « travail organisé et reconnu ». Elle permet « - le développement des compétences nécessaires à l'accomplissement de l'acte professionnel (savoir-faire), -l'appropriation des connaissances qui fondent cet acte professionnel (savoir)-et la socialisation c'est-à-dire l'acquisition des valeurs et attitudes spécifiques au groupe professionnel (savoir-être) ».

La formation professionnelle distinguerait la formation à un métier de la formation à une profession par l'utilisation des raisonnements et résultats de la recherche dans la réalité quotidienne de cette dernière. Elle est à la fois pratique et intellectuelle, permettant la distanciation et le regard porté sur les actes professionnels réalisés grâce à une formation centrée sur la recherche. Cela demande à la fois de pouvoir identifier et formaliser les savoirs mobilisés dans la pratique et produits par elle (Clerc, 1996). Savoirs qui vont au-delà des tours de mains, des recettes, des « ficelles du métier ». « Les savoirs professionnels ne sont pas toujours des savoirs stables. Ils relèvent parfois davantage du bricolage et du travail de l'artisan que de celui du professionnel » (Rinaudo, 2002). Cela demande aussi de pouvoir distinguer les savoirs fondamentaux multidisciplinaires qui sous-tendent la pratique professionnelle pour permettre la création d'un corpus de connaissances. Ces savoirs fondamentaux vont aider à la réalisation d'un raisonnement individuel et adapté à la situation singulière rencontrée, comme dans le cas du travail adressé à autrui, débouchant sur la mise en œuvre d'une action efficiente (Lessard & Bourdoncle, 2002).

Le raisonnement basé sur des savoirs de haut niveau permet de distinguer les invariants des situations pour mieux repérer la singularité de chaque cas. Et comme dans le travail destiné à autrui il y a plus de complexité et moins de lois générales, il y a aussi plus d'incertitude et de cas particulier. La distinction des invariants ne serait-elle pas une compétence doublement nécessaire lorsque le travail destiné à autrui se fait dans le tête-à-tête, la singularité ?

En centrant la formation sur le raisonnement à propos de situations de résolutions de problèmes et de réflexion sur la pratique, elle permettrait de devenir un praticien réflexif, capable de distanciation. La réingénierie du 4 septembre 2015 de la formation masso-

kinésithérapique se rapprocherait du modèle de l'université de recherche (Lessard & Bourdoncle, 2002) pour laquelle la meilleure formation professionnelle serait basée sur une formation à et par la recherche. S'appuyant sur le modèle du praticien réflexif (Schön, 1996), elle chercherait ainsi « à développer les capacités de réflexion sur le savoir et de réflexion en action qui se manifestent dans les actions réussies ou problématiques des praticiens ». Derrière la mise en place de cette réforme par la voie hiérarchique, il y a sans doute une recherche de professionnalisation de la profession, depuis 2000, année de la reconnaissance légale de l'existence du diagnostic masso-kinésithérapique⁵⁷. La profession cherche à passer d'un statut d'applicateur de techniques à une posture d'ingénieur méthode, en se basant sur les données probantes de la médecine (Évidence Based Médecine), ou de la pratique (Évidence Based Practice). Cependant, comment passer à un statut basé sur des données probantes quand la recherche en kinésithérapie n'existe pas en tant que telle mais dans des disciplines hôtes connexes ?

4.5.2 L'institutionnalisation du raisonnement clinique par la réingénierie des études : une approche basée sur l'apprentissage par problèmes

La formation professionnelle est multidimensionnelle. Elle a pour objectif d'organiser la base de connaissances nécessaires au curriculum. Elle s'organise selon trois niveaux conceptuels, «1/ le développement de connaissances, d'habiletés, d'attitudes, 2/ la performance dans les situations simulées, 3/ la compétence dans la pratique pleine et en responsabilité ». Compte tenu de la difficulté d'intégrer ces trois niveaux conceptuels au cœur de la formation professionnelle Barrow (cité par Bourdoncle & Lessard, 2003) a créé selon une approche socioconstructiviste, l'apprentissage par problèmes. Il est centré sur la résolution de problèmes à partir de cas issus de la pratique professionnelle. Ces cas deviennent le ressort principal du dispositif et servent à intégrer les connaissances et développer les compétences professionnelles requises. Le raisonnement clinique est souvent dénommé résolution de problème clinique (Nendaz & Charlin, 2005). Son apprentissage est directement issu de la réforme des études médicales mise en place dans les années 1990. Son objectif était de permettre la constitution de la base de connaissances nécessaires à la compréhension de l'exercice professionnel selon un procédé type, une manière de penser le métier (Barrow cité par Bourdoncle & Lessard, 2003). C'était aussi développer la base de connaissances nécessaires à la discipline universitaire. L'institutionnalisation du raisonnement clinique dans les professions paramédicales participe sans doute de ce processus.

⁵⁷ Arrêté du 4 octobre 2000 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, JORF 5 octobre 2000, p. 15763

4.5.3 Une universitarisation en vue d'une recherche d'académisation des savoirs

La « réingénierie » des études dite aussi universitarisation est sans doute un moyen de permettre la création de la discipline, la professionnalisation de la profession et de ses acteurs ainsi que l'académisation de ces savoirs. La « discipline est définie par et suppose des lieux, instances, réseaux, supports, corps de professionnels spécialisés dans la production systématique de nouvelles connaissances par la recherche scientifique » (Bourdoncle, 2007). À ce jour, la masso-kinésithérapie n'a pas encore de corps de professionnels spécialisés chercheurs, ceux-ci sont accueillis dans des disciplines hôtes, majoritairement en Staps, comme décrit précédemment.

Bourdoncle (2007) nomme universitarisation le « processus qui rend universitaire une formation qui existait auparavant ailleurs qu'à l'université ». Cette recherche d'universitarisation modifie la place attribuée à trois éléments qu'il estime prépondérants : l'institution, les savoirs professionnels et les formateurs. « Il y a universitarisation lorsque les institutions de transmission des savoirs d'un secteur professionnel, ces savoirs eux-mêmes et les formateurs qui les transmettent se trouvent en quelque sorte absorbés par l'université » (Bourdoncle, 2007). Les écoles sont intégrées à l'université, les formateurs devraient faire partie du corps des enseignants chercheurs et les savoirs professionnels prenant une autre dimension, relèvent de leur formalisation et validation universitaires : « les savoirs professionnels y sont désormais non seulement transmis, mais aussi créés et accumulés selon les règles particulières de l'université faisant une large place à l'activité de recherche » (Bourdoncle, 2007). Ce qui tend à faire renouveler le débat entre pratiques réelles de terrain et activité prescrite de la profession du fait de cette réingénierie des études. De quels savoirs la pratique réelle a-t-elle besoin pour résoudre au quotidien les problématiques posées par les patients aux professionnels de terrain ? De quels savoirs validés l'université peut-elle faire bénéficier les pratiques professionnelles habituelles ?

La profession se targue depuis des années d'être passée d'un statut de technicien à celui d'un ingénieur. Descomps et Malglaive (1996) identifient trois piliers dans une université professionnelle d'ingénieur, que sont « le couplage connaissances théoriques et activités professionnelles », les connaissances technologiques, l'apport des connaissances méthodologiques. Sont-ils actuellement présents dans la formation professionnelle initiale en kinésithérapie ? Les professionnels étant positionnés dans une « culture de l'action », l'institutionnalisation du raisonnement clinique ne serait-elle pas une façon d'apporter de la méthodologie, des procédures, des comportements à adopter (Descomps, Malglaive, 1996) ? Ne serait-il qu'un outil d'apprentissage d'une procédure, la pensée kinésithérapique ? Les

professionnels de terrain actuels n'ont pas eu dans leur cursus initial de sensibilisation à la méthodologie de recherche, ni à l'esprit critique. Pour autant est-il possible d'affirmer qu'ils ne raisonnent pas cliniquement ? Sans doute est-ce une autre forme de pensée qui se développe une bascule de paradigme plus centré sur les données probantes et l'esprit critique. Le présent de la profession kinésithérapique est dans un-entre-deux, comme celui rencontré lors de l'adolescence professionnelle (Bossard, 2001), quand la mue s'opère entre deux générations, entre deux étapes de développement. La kinésithérapie et sa formation ne sont-elles pas actuellement entre rupture et continuité ? Comme semble le dire son changement de définition en 2016⁵⁸ passant d'un art à une discipline ? N'est-elle pas à la croisée des chemins :

1. entre les savoirs ancestraux transmis par imitation et par oralité qui servent de sédiments, tellement incorporés qu'ils deviennent invisibles, et les techniques éprouvées par la recherche scientifique,
2. entre la recherche de la formalisation de ses savoirs médico-kinésithérapiques issus et produits par la pratique professionnelle, et leur validation scientifique,
3. entre sa population hétérogène de praticiens et de pratique, et une recherche de pratique harmonisée mondialement,
4. entre son utilité sociale actuelle et celle future probable et possible pour le patient,
5. entre ses lieux de formation, en institut public, privé, en centre d'apprentissage et les futures écoles universitaires ?

Sans doute l'apprentissage du raisonnement clinique relève-t-il d'une recherche d'académisation de ces savoirs et non plus de transmission de ses savoirs (Delbos & Jorion, 1984) ? Est alors recherchée l'arrivée sur le marché professionnel, de nouveaux kinésithérapeutes produits par la réforme, des « praticiens cliniciens apprentis chercheurs » en capacité à se positionner sur leur pratique professionnelle grâce à un indice de factualité (Gedda, 2017) en repérant s'ils sont davantage centrés sur les données probantes, sur leur expérience ou sur la demande sociale des patients. Des praticiens réflexifs analysant leur pratique, s'adaptant, et exerçant avec responsabilité grâce aux méthodologies acquises par l'institutionnalisation du raisonnement clinique.

⁵⁸ La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement : 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ; 2° Des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles. [...].

4.5.4 La réingénierie : témoin de la tension entre professionnalisation et universitarisation ?

En conclusion, la réingénierie des études en instituant l'apprentissage du raisonnement clinique serait un moyen de didactiser les savoirs et un moyen d'académisation des savoirs (s'universitariser). En réalisant l'enseignement du raisonnement clinique par la méthode par apprentissage de problèmes, l'académisation des savoirs et leur transposition dans la résolution de problèmes sont recherchées pour une meilleure compréhension de la pratique réalisée sur le terrain professionnel (se professionnaliser). Le risque est tout de même de perdre la valeur de la pratique ce que Rey (2006) décrit comme « ce qui risque de se perdre quand on tente d'introduire des savoirs professionnels dans un curriculum c'est cette manière d'être propre à un métier laquelle doit être vécue de l'intérieur ». L'apprentissage du raisonnement clinique ne présente-t-il pas ce risque : permettre la compréhension de la pratique, mais perdre de l'intériorité de la pratique, par la recherche d'une conformité de connaissances à une norme, d'une procédure à appliquer pour former des professionnels selon l'archétype du professionnel polyvalent, respectant les règles de bonnes pratiques, d'un savoir « prêt à porter » (Signeyrole, 2001b) ? Se pose alors la question de la pensée du professionnel et de la prise en compte de la singularité du patient dans ce cas ? Serait-ce l'adaptation situationnelle (Bourdoncle & Lessard, 2003) ? Ce passage universitaire va-t-il permettre de mieux cerner la pratique professionnelle puisque « ce n'est qu'en situation professionnelle réelle que peut avoir lieu l'adaptation sociale souhaitée » ? N'est-ce pas la tension actuelle entre universitarisation et professionnalisation ?

4.6 Le processus kinésithérapique

Nous soutenons que la masso-kinésithérapie est un métier du lien, un métier destiné à autrui. Le terme métier du lien est plus fort que celui de métier de la relation. Un commercial ou un employé de banque exerce un métier de la relation, mais pas du lien dans la mesure où il cherche à fidéliser son client, c'est-à-dire à le considérer comme un objet, tandis qu'un soignant ou un éducateur considère l'autre comme un sujet, du moins dans une partie de ses actes et de ses pratiques. « Les kinésithérapeutes ont un rôle important d'éducation et de conseil auprès du public et groupe de patients et de clients. Le kinésithérapeute qualifié a également un rôle pédagogique envers les étudiants et ses confrères et donc utilise un large panel de techniques de communication et d'enseignement » (WCPT, 2003).

C'est surtout un métier manuel qui se réalise sur le corps du patient au travers des mains du praticien, *Le corps entre les mains* pour reprendre le titre de l'ouvrage de Dolto. Comme il

l'écrivait Dolto « le mot manus, qui veut dire main en latin, a été gardé pour les métiers manuels où la main ne s'arme alors que de mots ou de paroles qui l'accompagnent dans son activité thérapeutique. Le massage reste avant tout l'art de la main » (Dolto, 1976). Et sa particularité est le mélange de gestes manuels et de processus mentaux, de savoirs populaires et de savoirs spécifiques multidisciplinaires. Elle est une activité complexe faite de succession d'opérations mentales et gestuelles (Dolto, 1976) regroupées tout au long de la séance de soins. Comme l'écrit Olry (2015), l'observation d'une séance de soins est mystérieuse pour un observateur non professionnel de l'activité observée. Le geste est si incorporé que le professionnel lui-même n'a plus conscience de cet enchevêtrement de ces habiletés. Ainsi, selon lui, la séance relève d'une procédure. Les façons d'appréhender le patient font l'objet de caractéristiques procédurales, basées à la fois sur la compréhension de l'état clinique du patient et l'identification de son déficit. Le kinésithérapeute a donc une démarche thérapeutique standardisée à la fois dans ses façons de faire et de « dire ». Ses interactions langagières semblent routinières et axées sur des recherches de signes douloureux et de gênes fonctionnelles.

En 2003, la fédération mondiale de physiothérapie (WCPT) a défini l'exercice de la profession et la nature de l'acte professionnel.

« La kinésithérapie est un ensemble de services rendus aux personnes et aux populations dans le but de développer, d'entretenir et de restaurer des capacités maximales de mouvement et de fonction tout au long de la vie. La kinésithérapie inclut des prestations de service dans des circonstances où le mouvement et la fonction sont menacés par le vieillissement, la blessure ou la maladie. Le mouvement total et fonctionnel est au cœur de la conception de l'état de bonne santé. [...] Le regard singulier du kinésithérapeute sur le corps et ses besoins et potentiels en matière de mouvement est central à l'élaboration d'un diagnostic et d'une stratégie d'intervention. Ce regard est d'une importance majeure quel que soit le cadre dans lequel la pratique a lieu. Ces cadres varient en fonction des objectifs de la kinésithérapie : promotion de la santé, prévention, traitement ou réhabilitation ».

Nous pouvons constater que la définition mentionne bien le regard kinésithérapique ; mais qu'en revanche, elle ne tient pas compte du corps du kinésithérapeute, alors même qu'il s'agit d'une particularité de l'identité professionnelle (Olry, 2005 ; Prel, 2001).

Elle a aussi défini le processus kinésithérapique qui constitue le cadre méthodologique de la démarche de la profession (WCPT, 2003). Il s'appuie sur les cinq points suivants : une

évaluation (examen et interprétation), un diagnostic (kinésithérapique), une planification (pronostic et plan de soins), une intervention, une réévaluation (bilan de sortie). (Cf. Annexe 2) Le raisonnement clinique ou « *raisonnement critique et analytique impliqué dans les processus de prise de décision clinique* » est entrevu dans cette définition comme un procédé, un moyen d’agir, de se comporter, « *le diagnostic découle de l’examen et l’évaluation (le bilan)* » mais aussi comme une manière de faire, une méthode pratique. « *Le diagnostic est le résultat du processus de raisonnement clinique* ».

Par cette définition, le raisonnement clinique est à la fois une manière d’être et une méthode pratique. Le raisonnement clinique, qu’il soit en milieu hospitalier ou en libéral, est une façon de penser l’acte de soin alliant des allers retours entre théories et pratiques, à la recherche des éléments cliniques pouvant être expliqués par la théorie, qui elle-même alimente la pratique professionnelle. C’est à la fois un processus et une procédure.

La démarche MK comprend plusieurs phases indiquées par la WCPT. Elles sont insérées dans la fiche UE 6 de la « réingénierie », repérées par Olry (Olry & Bautzer, 2003) dans ses études de cas, ou modélisées sous forme de propositions conceptuelles (Gedda, 2014a) selon le principe de la décision kinésithérapique (Gedda, 2014b). Deux phases existent : une phase de débrouillage et une phase d’approfondissement. La phase de débrouillage correspond au repérage des signes cliniques et au démembrement de ceux-ci ; ce que Olry (2015) a distingué comme étant la recherche de l’état du patient et de la perturbation du mouvement. La phase d’approfondissement permet d’identifier les causes probables des déficiences repérées, grâce à la réalisation de l’examen clinique physique. L’objectif est de parvenir ainsi à la compréhension d’une situation présentée par le patient, en fonction d’un tableau clinique. Comme le note Signeyrole (2005), l’activité masso-kinésithérapique est une activité de problématisation, qui se traduit dans la formalisation du diagnostic masso-kinésithérapique.

4.7 La démarche de bilan masso-kinésithérapique

Ainsi, la démarche du MK est composée de plusieurs étapes. L’étape 1 consiste à démembrer des signes cliniques plus ou moins fonctionnels, les atteintes structurelles qui en sont les causes, c’est identifier le problème avant d’agir. (Phase 1 de la démarche)

Nous pouvons identifier 2 catégories de données : les données observables et les non observables. Dans ces deux catégories, nous pouvons considérer 3 familles de signes à rechercher par le MK dans la démarche.

4.7.1 Données d'accès direct par l'examen

Parmi les signes directement observables par l'examen clinique, nous pouvons considérer deux catégories de signes : les signes cliniques directement issus de l'examen, et les indicateurs psycho-socio-environnementaux du patient.

→ Signes cliniques directement issus de l'examen clinique

Ils caractérisent l'état (biomédical) de la personne, et sont une analyse de la symptomatologie pathologique et thérapeutique, voire post chirurgicale présente par le patient. Le travail de démembrement réalisé lors de l'examen clinique consiste à dresser une sorte d'inventaire des signes présents, et de les approfondir, pour débrouiller la situation clinique du patient et parvenir à identifier les structures et les fonctions atteintes (endommagées). Et Le problème du démembrement est qu'il est, certes, intéressant, mais l'intérêt de l'observation d'un signe clinique ne vaut que par le savoir physio pathologique qu'émet le signe clinique. Le démembrement n'a de sens que si les signes sont repérés, déchiffrés, compris et interprétés par le thérapeute Et c'est là, tout le problème lié aux connaissances personnelles du thérapeute. Quel signe voit-il ? Quelle signification a le signe pour lui ? Quelles hypothèses peuvent se faire sans savoirs fondamentaux pré requis ?

→ Indicateurs liés à l'environnement du patient

Ils caractérisent l'état psycho-socio-environnemental du patient. Ils concernent les indicateurs issus de l'environnement, du milieu du travail, des activités de loisirs, du domaine économique, et culturel, de la psychologie, de la motivation, et du projet du patient. Ces indicateurs doivent être travaillés avec le patient pour permettre à celui-ci d'adhérer à un projet de soin coconstruit avec le professionnel de santé, qui sera le sien et qui va lui permettre de modifier sa vision de sa pathologie et de son état pour qu'il « s'accommode de ses restes » (Signeyrole, 2005).

Ces indicateurs du fait de leur sélection et du poids qui leur est accordé dans la construction du projet thérapeutique, sont des témoins exécutifs d'une prise de décision effectuée par le thérapeute.

4.7.2 Données d'accès indirect par l'examen

Il s'agit des éléments de connaissances, qu'elles soient fondamentales ou spécifiques de la pathologie, de son évolution, des faits et résultats des thérapeutiques, des traitements MK.

Si l'on réintègre les signes cliniques dans un tableau clinique, nous sommes dans une phase 2 de l'examen clinique centrée sur la pathologie : quels sont les stades, l'évolution probable, les thérapeutiques habituelles ? Ces phases sont toujours organisées dans le même ordre.

La phase 3 de la démarche serait de mettre en lien les signes, les causes des déficiences et des objectifs afin de corréler les moyens à mettre en place pour répondre aux objectifs. Le Diagnostic Kinésithérapique est alors un travail d'affinage des structures en cause. Il met en tension, lors de la phase de démembrement des signes cliniques, des indicateurs sémiologiques ou environnementaux avec une recherche d'hypothèses causales. La formulation du diagnostic passe par une organisation, selon les critères propres à chaque situation thérapeutique (une remise en ordre dans lequel entrent chronologie, hiérarchie, temporalité, ...). Le diagnostic se situe à un niveau d'affinage des résultats du bilan et d'examen clinique qui permet de trouver les structures à l'origine de ces déficiences.

La phase 4 serait alors l'organisation de la séance avec le choix de sa programmation, ses techniques, son orchestration et son tempo.

La mise en place d'un raisonnement clinique permet alors de répondre aux questions suivantes : quelles actions la kinésithérapie peut avoir sur des causes probables des déficiences retrouvées ? Pourquoi le MK décide-t-il d'avoir une action ? Et comment choisit-il ses moyens et en fonction de quels critères : son expérience, le patient, ses connaissances physiologiques, physiopathologiques, technologiques, et les preuves à travers Pedro (*physiothérapie évidence base practice*) ?

4.8 La problématisation de la situation clinique par le diagnostic masso-kinésithérapique

Devenir masseur-kinésithérapeute, c'est développer une compréhension du monde du handicap, tel qu'il a été défini par la Classification Internationale du Fonctionnement et du handicap (CIF-OMS 2001). Ce modèle du handicap permet de classer le fonctionnement du corps humain en différentes structures, déficiences, limitations d'activités et restrictions de participations sociales. Il permet une certaine « vision » du handicap et de la réadaptation, domaine dans lequel le masseur kinésithérapeute s'inscrit. Car être rééducateur, c'est développer son regard, c'est lire le fonctionnement corporel du patient à travers sa mouvance, sa gestuelle et déchiffrer ses besoins.

Au niveau mondial en 2003, la confédération mondiale avait défini la physiothérapie (*cf. Annexe 2*) : « La kinésithérapie est un ensemble de services rendus aux personnes et aux populations dans le but de développer, d'entretenir et de restaurer des capacités maximales de mouvement et de fonction tout au long de la vie ». ‘

En utilisant la CIF OMS (Edwards & Jones, 2007), et d'après Atkinson (2011), le physiothérapeute a plusieurs diagnostics à poser. Il doit identifier les atteintes des structures du

corps, en utilisant le listing édité en 2004 par l'OMS. Ce diagnostic qui ne fait pas encore consensus en France (Berthelot, 2013), a été défini par la branche européenne de la World Confédération of Physical Therapist en 2003 comme :

« le diagnostic kinésithérapique est le résultat d'un processus de raisonnement clinique qui aboutit à une identification des déficiences existantes ou potentielles, des limitations fonctionnelles et des possibilités/incapacités qui vont guider l'intervention kinésithérapique. Le but du diagnostic est de permettre au kinésithérapeute de faire un pronostic et d'identifier les stratégies d'interventions appropriées et d'échanger des informations avec le patient. Le processus de diagnostic peut nécessiter l'obtention d'informations supplémentaires de la part d'autres professionnels par le kinésithérapeute ».

Le raisonnement clinique est défini comme « le raisonnement critique et analytique impliqué dans les processus de prise de décision clinique » (WCPT, 2003).

La notion de diagnostic apparaît dans la plupart des documents officiels sans pour autant être précisée. L'ordre des physiothérapeutes du Québec soulignant que le contexte de santé européen est différent, a formalisé, en 2009, le diagnostic physiothérapique comme « la conclusion qui découle du processus d'évaluation et qui identifie la nature, la sévérité du problème de santé et les répercussions sur le plan de la fonction de l'individu, en lien avec ses facteurs contextuels » (Hebert, 2009). Le diagnostic masso-kinésithérapique a de nombreuses propositions de définitions en France. Citons-en quelques-unes. Viel (2000) l'a défini comme « l'hypothèse étiologique retenue pour le traitement de son patient » et Gedda (2001) comme « l'hypothèse évolutive de la problématique gestuelle d'un individu reposant sur la connaissance d'un problème clinique actuel ou potentiel et sur la compréhension des difficultés humaines qu'il entraîne ». Sans doute une recherche d'harmonisation de sa définition serait à envisager⁵⁹.

D'un point de vue législatif et depuis le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996, il est défini de la manière suivante. « Dans le cadre de la prescription médicale, le professionnel établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés ». Actuellement, il est réglementairement défini par la nomenclature générale des actes professionnels signée en 2000.

⁵⁹ Osinski, T., Guyet, D. (2019). DMK 20 ans après où en sommes-nous ? communication, Journée Francophone de Kinésithérapie, 14-16 févr., Montpellier

« Le bilan, extrait du dossier masso-kinésithérapique, permet d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur. Le bilan est le reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute et comporte : l'évaluation initiale des déficiences (analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire, évaluation de la force musculaire, de la sensibilité, de la douleur...) l'évaluation initiale des incapacités fonctionnelles (évaluation des aptitudes gestuelles, possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante et de la vie professionnelle...). Ces évaluations permettent d'établir un diagnostic kinésithérapique et de choisir les actes et les techniques les plus appropriés. »

Dans cette définition il n'est pas question de pronostic contrairement à ce qui est annoncé dans le processus physiothérapique de la WCPT. Il n'y a pas de recherche d'hypothèse causale, ni de jugement posé par le MK sur la situation clinique et son apport thérapeutique possible.

Ce diagnostic est, à ce jour, peu investi par la profession, malgré sa facturation possible lors de la première séance depuis 2003. La Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) entame en 2018, une grande campagne de sensibilisation et de responsabilisation des professionnels à ce sujet, car le taux de réalisation et de facturation sont très faibles. En parallèle, avec la signature de l'avenant 5 à la convention nationale, elle revalorise financièrement cet acte. Ce point vient nous interpeller. Pourquoi la pratique du DMK est-elle si rare (ONDPS 2009) ? Que se passe-t-il lors de la première séance ? Le raisonnement clinique à mettre en place est-il trop coûteux cognitivement ? Se fait-il de façon implicite sans nécessiter de formalisation écrite ? Se fait-il après plusieurs séances, lorsque le patient est « apprivoisé » et « déchiffré » ? Pourquoi est-il si peu facturé alors qu'il est forcément réalisé mentalement par tout professionnel lors de ses prises en soins ? Les professionnels sont-ils suffisamment informés sur leurs responsabilités et formés à cet exercice ?

4.9 L'apprentissage du raisonnement clinique en formation initiale :

Alors que depuis 1996, par voie législative, le MK avait l'obligation de réaliser un diagnostic, aucune modification réglementaire n'avait été apportée au référentiel des études de l'arrêté du 5 septembre 1989, relatif au diplôme d'État de masseur kinésithérapeute. Cela n'a pas empêché certains formateurs d'introduire cette notion dans le projet pédagogique de leur institut de formation.

4.9.1 D'une volonté institutionnelle...

Dans le référentiel de formation basé sur un système modulaire de 1989, en vigueur jusqu'en juin 2017, (avant l'année blanche de 2018), aucun enseignement concernant le raisonnement

clinique ou le diagnostic kinésithérapique n'était mentionné. Cela n'a pas empêché, lors de la sortie de son application réglementaire en 1996, de nombreux auteurs de s'exprimer sur la question et de nombreux instituts de mettre en place des séances d'apprentissage du raisonnement clinique (Assas, Vichy, Grenoble...).

Lassalle (2007) dans son un plaidoyer « pour le développement de l'intelligence en kinésithérapie : surmonter les contradictions », rappelle toutes les définitions et enjeux du diagnostic masso kinésithérapique depuis son inscription réglementaire, en fonction des auteurs représentants de la profession (Viel , Bridon, Gedda, Vaillant, Signeyrole) et certains professionnels (organismes de représentation syndicale, cadres pédagogiques, cadres hospitaliers) tentent de définir cet outil de réflexion au service des activités de décision: Chaque auteur rappelle que c'est une avancée pour la profession vers l'autonomie et l'émancipation vis-à-vis de la profession médicale dominante. « La masso-kinésithérapie est démarche et non cumul de méthodes ou gestes (...) cette notion est fondamentale car transforme l'ouvrier spécialisé et capable de reproduire, en ingénieur autonome et capable d'inventer. L'artisan devient auteur » (Gedda, 1998). Il synthétise les idées en rappelant la définition du diagnostic : « Faire un diagnostic, c'est connaître (la racine grecque "gnostos" est identique). Il s'agit d'une pensée qui progresse de manière logique et cohérente, s'appuyant sur des savoirs. Ces savoirs sont reliés entre eux pour servir une connaissance et une compréhension. Ceci peut être appelé l'"intelligence" qui est également l'aptitude à s'adapter à des situations nouvelles, à découvrir des solutions aux difficultés rencontrées ». Il s'inspire de « l'intelligence de la situation » décrite par Pastré (2001) : « il ne s'agit plus de trouver où est l'erreur, ou le dysfonctionnement, mais il s'agit de construire une solution qui tienne compte des différentes dimensions du problème ». Le diagnostic serait donc le résultat d'une activité de problématisation. Signeyrole (2001) en identifie trois niveaux : « - Une problématique théorique liée à la connaissance des tableaux cliniques ; - Une problématique clinique appuyée sur la rencontre singulière d'un malade avec son thérapeute ; - Une problématique professionnelle, en lien avec le thérapeute et ses perspectives ».

Lassalle (2007) rappelle que le diagnostic mêle savoirs pratiques et processus de décision du fait de la prise en compte d' « une grande variété de données qui participent de la complexité de la situation thérapeutique ». Wills (1999) précise que « le diagnostic kinésithérapique sera donc un point de vue kinésithérapique, unique, dans le sens où il est construit à chaque fois pour un malade spécifique, et donc nécessairement celui du kinésithérapeute-personne, individu, qui s'engage à travers sa décision, et qui prend de ce fait des risques. Le kinésithérapeute prend ses responsabilités ». L'élaboration d'un diagnostic masso-kinésithérapique de qualité nécessite

une activité de problématisation qui s'appuie sur une démarche de raisonnement clinique (WCPT 2003). Lassalle (2007) le définit comme « la recherche et l'utilisation de l'ensemble des éléments participant à l'élaboration d'une prise en charge masso-kinésithérapique, afin de lui donner du sens : informations, données, savoirs, ainsi que la mise en lien de ces différents éléments entre eux ».

Il estime que de nombreuses contradictions sont un obstacle au développement de ce processus diagnostique au sein de la profession notamment une double utilisation du diagnostic kinésithérapique, source de tensions. « Au sein de la profession, il y a bien une nouvelle contradiction entre les partisans d'un diagnostic kinésithérapique, processus de problématisation s'appuyant sur une démarche de raisonnement clinique et les partisans d'une fiche de bilan-diagnostic kinésithérapique, outil simplifié de communication, dont la rédaction ne réclame pas nécessairement un processus de raisonnement élaboré ».

Delplanque (2005) combinant les deux approches, a cherché à identifier les processus cognitifs mis en jeu dans la démarche d'évaluation diagnostique en kinésithérapie respiratoire en secteur adulte. Il a remarqué que le questionnement ne suffisait pas à la construction d'une démarche d'évaluation diagnostique, que seul « l'expert mobilise des représentations de savoirs fondamentaux et de savoirs d'action spécifiques à l'exercice de la kinésithérapie respiratoire en quantité et qualité suffisantes ». Il émet l'hypothèse que les experts ont construit des savoirs spécifiques : des connaissances autres que biologiques, de prise de décision, d'interprétation de données, d'esprit critique. Il conseille de didactiser ces savoirs pour les enseigner. C'est ce qui a été fait dans une autre étude en vue de la conceptualisation d'un outil informatique destiné à l'apprentissage du geste de kinésithérapie respiratoire pédiatrique (Jeulin, 2014).

4.9.2 ... à une institutionnalisation

Alors que les textes reconnaissant le diagnostic kinésithérapique n'avaient entraîné aucune modification dans le programme des études initiales mis en place en 1989, le texte de la réingénierie des études place le raisonnement clinique au cœur de son programme pour former des praticiens réflexifs et doués d'adaptation aux situations professionnelles rencontrées.

L'arrêté du 02 septembre 2015 relatif au diplôme d'état de masseur kinésithérapeute définit le nouveau cadre législatif réglementaire de la formation à appliquer dès la rentrée étudiante de 2015. Dans les annexes publiées dans le Bulletin Officiel du 15 septembre 2015, se trouvent les référentiels de formation, d'activités, de compétences de la réforme des études. Les référentiels d'activités et de compétences sont définis aux annexes I et II du présent arrêté. La maquette de

formation est définie en annexe III. Le référentiel de formation intégrant les unités d'enseignement et le portfolio sont précisés par les annexes IV et V.

Le référentiel de formation comporte trente-deux UE, (cf. annexe 3), réparties en six domaines spécifiques. Certaines UE sont étalées sur plusieurs semestres. La maquette de formation laisse quelques latitudes d'arbitrages possibles dans chaque IFMK en fonction de leur projet pédagogique, à condition de respecter la règle des trente ECTS par semestre. Onze compétences sont décrites dans le référentiel, cinq compétences sont dites compétences « cœur de métier », les autres sont communes à l'ensemble des professions paramédicales de santé. Une onzième compétence a été rajoutée par rapport aux autres professions paramédicales qui ont toutes dix compétences: « *exercer une prestation de conseil, d'expertise en masso-kinésithérapie* ». Elles sont à valider en fin de premier cycle au niveau méthodologique. Les cinq compétences « cœur de métier » sont à valider au niveau réalisation professionnelle en fin de semestre 7, et les onze compétences sont à valider au niveau professionnel au cours du semestre 8.

Le processus kinésithérapique est intégré dans l'UE 6 « méthodes en kinésithérapie ». L'expression de son apprentissage se fait au sein de l'unité d'intégration et s'appuie sur les situations professionnelles rencontrées pendant les stages.

4.9.3 ...pour un raisonnement clinique partagé ?

Au niveau interprofessionnel, les professions de santé paramédicales travaillent actuellement au raisonnement clinique partagé (Courtois-Dubresson & Grober-Traviesas, 2015). Cela interroge l'identité professionnelle. Les infirmières plus nombreuses à l'hôpital, utilisent le modèle trifocal de raisonnement clinique, pour le dossier informatisé du patient (Psuik, 2012). Cependant ce modèle est plus basé sur du jugement clinique que sur du raisonnement clinique, au sens de prendre une décision la plus appropriée à la situation clinique et de choisir un traitement, puisque les infirmières ont peu de liberté par rapport à la prescription médicale. Celle-ci n'est pas indicative pour elles comme l'est celle des kinésithérapeutes depuis 2000 et ne tient pas compte de la Classification internationale du fonctionnement et du handicap (OMS 2001). Comment conserver une identité professionnelle propre au sein d'un collectif interprofessionnel alors même que la base conceptuelle et le rôle professionnel sont différents ? Le raisonnement clinique partagé est-il une manière d'harmoniser et d'homogénéiser le discours soignant, comme semble l'insinuer l'institution du haut conseil des professions paramédicales, le préconiser le rapport Hénart en 2011 et le dessiner le plan « ma santé 2022 »⁶⁰? Est-il une manière « déguisée » de construire et imposer les chemins cliniques ?

⁶⁰ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf, consulté le 19/09/18

L'expert en raisonnement clinique deviendrait-il un kinésithérapeute clinicien, à l'exemple des infirmières cliniciennes qui ont une formation approfondie et spécifique (Jouteau-Neves & Malaquin-Pavan, 2012) ?

4.10 Une formation professionnelle en alternance

Il s'agit d'une formation professionnelle où l'accent est mis sur l'alternance intégrative. L'organisation des stages est construite autour de sept stages. Un stage a lieu chaque semestre sauf au semestre 7, où il n'y a pas de stage. La durée est comprise entre deux semaines en semestre 1 à 12 semaines en semestre 8.

Le rôle des stages dans la réingénierie devient prépondérant et reconnu dans la formation clinique professionnelle. Ils sont maintenus regroupés dans une UE « formation clinique à la pratique professionnelle » pour chacun des deux cycles (UE 11 et UE 30) et comptant respectivement pour 18 et 24 ECTS. Ils sont évalués chaque semestre pour permettre l'acquisition des ECTS correspondants et ce, à partir des 4 critères définis dans l'article 12 de l'arrêté. Ces critères sont : avoir réalisé plus de 80 % de présence lors du stage, avoir réalisé une auto-évaluation et une évaluation des onze compétences au cours du stage, avoir analysé des activités réalisées, et avoir rempli les critères regroupés dans la feuille de proposition de validation du stage par le référent de stage.

Les terrains de stage sont agréés annuellement par le directeur de l'Institut après avis du conseil pédagogique. Ils sont situés, en France ou à l'étranger, dans toutes structures susceptibles de concourir à la construction des compétences professionnelles attendues de l'étudiant. Certains stages se réalisent ainsi en milieu libéral, mais à ce jour, les conditions législatives de responsabilité ne sont pas encore clairement définies pour les différentes parties concernées : l'étudiant, le MK libéral d'accueil, l'IFMK et ... surtout le patient en cas de défaillance du stagiaire. Comme le remarque Rothier Bautzer (2007) « *le stage reste l'impensé du dispositif de formation.* » Ainsi, alors que 85% des étudiants effectueront un exercice libéral après l'obtention de leur Diplôme d'État, leur quotité de stage dans ce secteur est très faible. Or, comme le note Rémondrière (2014), les typologies de patient entre le secteur hospitalier et le secteur libéral ne sont pas les mêmes, l'un est hospitalisé, souvent alité et atteint d'une maladie importante, l'autre a quelques incidences sur sa qualité de vie habituelle et vient d'une façon volontaire à la rencontre du MK. L'étudiant qui a choisi sa profession souvent à la suite des soins qu'il a reçus, a-t-il conscience de cette différence de population ? Comment se représente-t-il les deux modes d'exercices ? Des travaux au sujet de l'aspect législatif sont en cours au niveau de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile de France, sous l'impulsion du Conseil

Interrégional de l'Ordre des MK (CIROMK) de l'Île de France, et en partenariat avec l'union régionale des professions de santé libérale (URPS, 2017) pour généraliser les diverses tentatives de stage libéral menées ici et là et ce, en toute sécurité et qualité des soins pour les différentes parties concernées dans le but d'un meilleur accueil par les professionnels et une meilleure préparation des étudiants à leur futur rôle professionnel.

Ainsi, d'après l'annexe IV, le rôle des acteurs est clairement identifié. Le référent de stage a une nouvelle place dans la réingénierie (Chilotti, 2015). Sa posture doit être une posture d'accompagnement, en mettant en place les stratégies pour aider l'étudiant à s'auto-évaluer, et à acquérir une posture réflexive en mobilisant ses connaissances acquises, en construisant des savoirs sur sa pratique et en développant des compétences professionnelles. En négociant conjointement les objectifs de stage avec l'étudiant, en lui permettant de s'auto évaluer et d'assurer une progression tout au long du stage, le référent s'assure du suivi de l'acquisition des onze compétences qui se fait par l'intermédiaire du portfolio, outil de progression de l'étudiant. Rien n'est cependant prévu concernant la formation du tuteur, ni concernant son nombre d'années d'exercice de la profession, ni concernant son grade. La présence d'un diplômé cadre de santé n'est plus une obligation sur le lieu du terrain de stage. Une instruction N° DGOS/RH1/2016/330 relative à la formation des tuteurs de stages paramédicaux a été produite le 4 novembre 2016, préconisant des recommandations pour le cahier des charges d'une formation tutorale.

Le référent de stage, en établissant une charte d'encadrement, définit un programme de formation au sein de son établissement, en repérant les situations professionnelles prévalentes susceptibles d'être professionnalisantes pour l'étudiant. Il repère une progression possible entre les deux cycles et organise un suivi à mi-stage et en fin de stage, par l'intermédiaire d'une rencontre formelle et d'une discussion autour des analyses des activités rencontrées.

Ces analyses de situation rencontrées au cours des stages cliniques sont ensuite exploitées dans les unités d'intégration notamment celle du premier cycle, basée sur l'apprentissage du raisonnement professionnel. Elles servent de support à l'explicitation de la pratique professionnelle en vue du repérage des compétences validées dans l'action. Expliquer ce qui est fait, pourquoi c'est fait et avec quelles intentions, en se servant de quelles connaissances. C'est un enjeu pour l'étudiant qui doit faire profit de toute situation rencontrée et essayer de transposer son expérience dans de futures situations professionnelles.

Ces situations d'apprentissage mises en place devraient permettre par l'intermédiaire de la verbalisation de l'activité et de l'analyse de pratique, d'explicitier et formaliser les démarches

implicites, de travailler sur les représentations et d'être confronté à un problème à résoudre, (Piaget) ceci grâce aux sollicitations d'un médiateur. Le formateur prend ainsi une place considérable dans cette ingénierie de formation, qui se professionnalise dont le rôle est de « faire acquérir les connaissances nécessaires, d'être un support d'entraînement à la combinaison de ressources en permettant d'apprendre à construire des réponses, de développer la capacité de réflexivité et de transfert des apprentissages et développer la capacité d'apprendre à apprendre » (Fernagu-Oudet, 2004). Cependant la formation initiale n'est pas la seule à assurer la professionnalisation des étudiants, chaque situation rencontrée peut être source d'apprentissage, rejoignant ainsi les apprentissages informels.

4.11 Quid des formateurs ?

Cependant, dans cette optique, la formation des formateurs de la profession n'a pas été anticipée ni pensée. Progressivement, les formations moniteurs cadre telles celle de Bois-Larris qui revisitaient le programme technologique du métier faisant d'eux des « garants de la pratique » ont disparu au profit d'une formation cadre de santé interprofessionnelle⁶¹ plutôt axée sur la gestion d'une unité de soins. Dans les textes législatifs⁶² de la formation, le moniteur cadre a été remplacé par le kinésithérapeute ayant une expertise dans son domaine. Plus besoin de formation pour former son pair, juste une expertise dont on ne sait pas par qui elle est reconnue. Nous ne pouvons être qu'interpellé par une profession qui ne s'est pas préoccupée de son système de formation et de la formation de ses formateurs, alors même qu'elle cherche une reconnaissance universitaire. Des projets de formation d'experts formateurs professionnels tentent de voir le jour⁶³.

À l'heure de la réingénierie des études, compte tenu de leur rôle renforcé dans la formation clinique, la professionnalisation des tuteurs de stage et des formateurs semble nécessaire alors même qu'ils participent à la professionnalisation des étudiants. Ont-ils eux-mêmes conscience de l'organisation d'une situation de soin, de leur conceptualisation de l'action de soin, de leur manière d'utiliser leurs connaissances ? Sont-ils en capacité d'explicitier leurs propres processus de raisonnement clinique et d'accompagner l'étudiant dans son propre cheminement, dans sa

⁶¹ Décret no 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé, JORF du 20 août 1995, p. 12468

⁶² Arrêté du 23 mai 2011 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF n°0121 du 25 mai 2011 page 9000

⁶³ http://www.cnam-entreprises.fr/domaines-de-formation/metiers-de-la-formation/certificat-de-competence-concepteur-et-animateur-de-sequences-pedagogiques-multimodales1019738.kjsp?utm_source=Sarbacane&utm_medium=email&utm_campaign=Campagne%20certificat%20animateur%20ARR-EP+INK%20-2019%20-%20relance%20du%2025/10

professionnalité ? Or ils ont un « nouveau » rôle à (re)jouer dans la formation. Ils doivent notamment avoir la capacité d'explicitier leur propre raisonnement, d'assurer une fonction de médiateur, de repérer les sources d'apprentissage potentielles, leurs savoirs professionnels, rejoignant ainsi la problématique décrite par Clerc (1996) dans le démembrement des savoirs professionnels des enseignants. L'IFMK a à accompagner la professionnalisation des étudiants comme de ses formateurs (nouveaux ou pas). « Toute formation professionnelle initiale afin d'organiser la transmission du métier, devrait mettre les novices au contact de « disputes » entre anciens, quitte à les provoquer » (Clot, 2007) car « c'est seulement dans la dispute, dans la discussion, qu'émergent les éléments fonctionnels qui déclenchent le développement de la réflexion » (Vigotski, 1997). C'est un des enjeux de la formation d'organiser la dispute. La discussion entre étudiant et référent autour d'un patient en situation professionnelle de soin est un élément de la dispute. Elle est au cœur de l'apprentissage du raisonnement clinique.

L'intégration de l'apprentissage du raisonnement clinique dans le référentiel de formation initiale en France s'inscrit dans un continuum de construction de la profession qui est en tension. Elle cherche en effet son autonomie et sa reconnaissance disciplinaire. De son rôle social et de son utilité sociale dépendront la granularité des savoirs à connaître et à utiliser lors de la pratique clinique. Ces savoirs auront une influence directe lors du raisonnement clinique et de son apprentissage. S'agit-il d'un chaînage des savoirs en vue d'une compréhension ? S'agit-il de développer des processus de transposition des savoirs ? (Signeyrole, 2015)

Cet apprentissage a aussi un impact sur la responsabilité du professionnel, lui conférant une plus grande autonomie de choix et de décisions éclairées par la mise en application de la procédure du raisonnement clinique. Et c'est l'apprentissage de cette compétence cœur de métier qui va jouer un rôle dans la réussite de la réforme des études. Mais quel apprentissage et quel raisonnement clinique ?

5 Le raisonnement clinique

Nous nous situons ici dans le contexte général du raisonnement clinique des professions de santé tel que Higgs, Jones, Loftus, & Christensen l'ont défini en 2008 au niveau international. Un professionnel de santé est, d'après le Ministère de la Santé, un professionnel médical ou paramédical dont le droit d'exercice et les actes sont réglementés par une disposition législative, sa mission est de soigner des malades et de participer à des actions de santé publique.

Étymologiquement, le mot « raisonnement » signifie « faire usage de sa raison pour former des idées, des jugements » et « clinique » signifie « au chevet du malade ». Le raisonnement

clinique n'est pas un fait nouveau. Si la possibilité est offerte, au hasard de trouvailles dans des placards, comme cela fut le cas dans un hôpital de l'assistance publique parisienne en novembre 2015, de voir resurgir des carnets et des livres des urgences où était consigné le compte rendu médical des patients vus de 1939 à 1944, on lirait dans ces écrits la réflexion du médecin, le cheminement clinique réalisé pour chaque patient, étayés parfois de dessins d'anatomie....

Le raisonnement clinique ne possède pas une définition consensuelle (Cote & St-Cyr Tribble, 2012). Sous ce terme, se placent de nombreux concepts connexes : jugement critique, raisonnement diagnostique, pensée critique, ...

Le raisonnement clinique consiste en l'utilisation de la réflexion par un clinicien qui collecte des données à partir d'observations directes du malade, à son chevet, pour en arriver à des conclusions sur la situation de santé du patient. L'être humain étant complexe dans son fonctionnement, le raisonnement clinique est difficile à aborder. Il est nécessaire pour comprendre son fonctionnement, à partir de ses savoirs bio-mécano-physio-pathologiques, de faire des liens sur ce que lui renvoie l'observation clinique. C'est dans ce sens du raisonnement clinique que nous nous plaçons. Nous en retenons la définition du raisonnement clinique donnée par Higgs, « processus dans lequel le clinicien, en interagissant avec les autres, structure le sens, les buts et les stratégies basées sur les données cliniques, le jugement et les connaissances » (Higgs 2000). Car cette définition fait référence au raisonnement physiothérapeutique.

Après avoir donné sa définition, nous préciserons les différents types de raisonnement, les différents facteurs l'influençant, le modèle conceptuel prévalent dans la littérature puisque, à ce jour, aucun modèle conceptuel ne fait consensus. Nous présenterons ensuite l'enseignement du raisonnement clinique, avec ses erreurs, ses méthodes pédagogiques, ses outils technologiques. Puis nous aborderons son apprentissage, avec les difficultés repérées, les remédiations possibles. Enfin, nous terminerons par un état des lieux de la littérature concernant le thème de la recherche, avant d'exposer les impensés des recherches sur le raisonnement clinique.

5.1 Le raisonnement clinique : un process complexe

Le raisonnement est décrit comme une compétence transversale, participant du développement professionnel et ayant une place centrale dans la pratique soignante en vue d'une autonomisation des professions et professionnels. Son importance devient croissante, car une diminution des erreurs diagnostiques est recherchée pour favoriser des soins de qualité et en

sécurité pour le patient, ainsi qu'une réduction des coûts médicaux compte tenu du paysage financier et judiciaire actuel.

Le raisonnement clinique est défini comme un :

« Processus de pensée et de prise de décision qui permet au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolutions de problèmes de santé. Il implique la construction de récits afin de donner un sens aux multiples facteurs et aux intérêts relatifs à la tâche de résolution de problèmes. Il se produit dans le contexte de référence du praticien ainsi que dans celui du patient, dans un contexte de travail et selon des modèles de pratique. Il utilise les connaissances fondamentales, des connaissances de la pratique, le raisonnement et la métacognition, chacune influençant les autres. La prise de décision au sein du raisonnement clinique se produit aux niveaux micro, macro et méta et peut être effectuée individuellement ou en collaboration. Elle implique des méta-compétences de communications créatives et critiques, de génération de connaissances, de modèle de pratique et de la réflexivité. » (Higgs, 2008)

D'après cette définition, nous pouvons voir que le raisonnement clinique en lui-même est complexe et implique de nombreux éléments en interaction, et que la nature de ces interactions et de leur importance varie au cas par cas et selon chaque clinicien (Groove, 2012). Il est multidimensionnel. De nombreux facteurs interviennent qu'ils soient environnementaux liés au contexte dans lequel il s'effectue, intrinsèques liés aux valeurs, aux facteurs personnels et à la personnalité du professionnel ou des patients, ou encore extrinsèques liés aux modèles de pratique appliqués. Le raisonnement clinique est dépendant des capacités du praticien, qu'elles soient liées à sa pratique ou à ses possibilités « innées » (Kulasegaram, Grierson, & Norman, 2013). Il fait aussi appel à des compétences en communication, en réflexivité et s'appuie sur les connaissances, qu'elles soient expérientielles ou fondamentales. Cependant il est aussi transculturel, le processus de raisonnement clinique s'applique quelle que soit la culture (Ho, 2012).

Le raisonnement clinique englobe toute la démarche clinique qu'elle soit cognitive avec la prise de décision ou qu'elle soit pratique avec l'examen clinique et la prise en charge du patient (Higgs, Jones, Loftus, & Christensen, 2008). Trois temps sont réalisés par le praticien dans la démarche médicale qui est composée d'une démarche diagnostique puis une démarche pronostique avant une démarche thérapeutique pour formuler une proposition de thérapeutiques médico-chirurgicales, médicamenteuses ou physiques (Masquelet, 2006). La démarche

physiothérapique procède de la même démarche que la démarche médicale décrite par Masquelet : une recherche de diagnostic masso-kinésithérapique, une recherche de pronostic fonctionnel et une démarche de mise en œuvre thérapeutique. Il n'est pas possible pour le MK de réaliser une démarche diagnostique à partir des signes cliniques fonctionnels du patient, s'il ne connaît pas lui-même les signes cliniques habituels du tableau clinique rencontré et porté par le patient, l'évolution habituelle de la maladie et l'apport possible de la thérapeutique kinésithérapique dans cette maladie. Il réalise alors une double démarche. Il effectue la démarche médicale, non pas pour poser un diagnostic médical, mais bien pour être en capacité à partir de ces connaissances de savoir quels signes cliniques identifier chez le patient et connaître son apport possible. Les modèles conceptuels médicaux s'appliquent aussi au raisonnement clinique physiothérapeute.

L'imbrication des phases décrites (le raisonnement, l'acquisition et l'organisation des connaissances, la démarche clinique et le recueil des données) rend le raisonnement clinique difficile et complexe. La manière dont le clinicien mène son « enquête clinique » son interrogatoire, son questionnement, les examens réalisés, ... reflète sa capacité à faire les liens face à la situation du patient et sa pertinence à prendre des décisions de qualité pour une prise en charge efficiente du malade.

5.2 Différents modèles conceptuels

Trois grands axes de recherche au sujet du raisonnement clinique sont prédominants : l'un est basé sur la compréhension du processus du raisonnement, l'autre sur les connaissances emmagasinées en mémoire et leur utilisation en situation. Le dernier axe concerne les représentations mentales à type de script, de schémas types (Norman, 2005). Malgré de nombreuses recherches depuis une décennie, son fonctionnement semble rester encore peu compris. De multiples tentatives d'explications du raisonnement clinique ont été posées. Norman semble indiquer que, finalement, le raisonnement clinique est à la fois une pratique basée sur de nombreuses expériences de rencontres de patients, avec la convocation de multiples connaissances en mémoire et ce, à partir de cas cliniques déjà résolus auparavant. De nombreux modèles conceptuels différents ont été formalisés pour répondre à ces choix d'orientation. Aucun ne fait consensus à ce jour. Ces modèles ont été tous déterminés pour la discipline médicale, un seul a été proposé pour les physiothérapeutes, il s'agit du modèle collaborateur (Higgs, 2008) développé dans la suite du texte.

5.2.1 Modèle hypothético-déductif

Un modèle hypothético déductif a d'abord été élaboré par Elstein (1978) pour expliquer le raisonnement clinique. Dans une première étape du raisonnement, les hypothèses sont issues des données cliniques et des connaissances biomédicales, c'est la représentation initiale du problème. Pour parvenir à une évaluation de la situation, les hypothèses sont testées soit par généralisation, soit par cas similaire au travers d'investigations supplémentaires qui permettent de parvenir à une représentation finale de la situation clinique. Ce raisonnement est surtout utilisé par les novices et les experts dans des cas cliniques atypiques. (Higgs, Jones, Loftus, & Christensen, 2008).

Le novice raisonne sur un mode physiopathologique basé sur le savoir biomédical, puis à travers ses premières expériences, il utilise un mode de relation causale et se crée alors ses premiers scripts cliniques par association signes /maladies. Pour les schémas, l'organisation de connaissances se réalise sous forme d'algorithmes : « l'utilisation de ces schémas et la reconnaissance automatique d'une configuration de signes (pattern recognition) ont été associées à une meilleure performance diagnostique » (Nendaz, Charlin, 2005).

Le processus hypothético-déductif est un processus qui va des hypothèses diagnostiques précoces issues de la plainte principale du malade, de quelques signes cliniques et du contexte perçu, vers les données. Il est dit en chainage arrière (backward reasoning). Le processus d'application de règles causales ou conditionnelles est surtout utilisé par les experts, il s'appuie sur des données cliniques pour parvenir à un diagnostic (chainage avant, forward reasoning).

5.2.2 Modèle de la théorie du double processus

Actuellement, les modèles proposés en médecine pour expliquer le processus cognitif du raisonnement clinique utilisent la théorie du double processus. Celle-ci est basée sur les deux vitesses de la pensée développée par Kahneman, (2012). Ainsi la pensée fonctionnerait selon deux vitesses, baptisées système 1 et système 2. Le système 1 est considéré comme un système intuitif, automatique, rapide, ne demandant pas d'efforts cognitifs alors que le système 2 requiert une forte charge cognitive, un fonctionnement lent, plus réfléchi et contrôlé. Le système 1 interviendrait dans la majorité des décisions au quotidien alors que le système 2 ne serait utilisé que lors de situations inhabituelles. Le système 2 serait en quelque sorte le filtre régulateur pour rationaliser les jugements intuitifs effectués par le système 1. Nous repérons des proximités entre cette modélisation en deux systèmes et les systèmes analytiques- non analytiques décrits ci-après par Nendaz en 2005

Le système « analytique » « réflexif » ou « rationnel » est un jugement raisonné et contrôlé qui repose sur la collecte active d'information de la part du soignant, dans un contexte donné et selon l'application de règles scientifiques acquises par apprentissage. Il fournit une réponse normative. C'est un système exigeant au niveau cognitif, il est plus lent que le système intuitif. Le plus connu des systèmes « analytiques » est le processus hypothético déductif (Nendaz, Charlin, Leblanc, & Bordage, 2005).

À partir de données contextuelles et de signes cliniques immédiatement observables, le médecin élabore des hypothèses diagnostiques, dès les premières secondes de la rencontre avec le patient. Il utilise des processus de raisonnements intuitifs non- « analytiques », tacites, automatisés (Norman, 2007). Le soignant utilise son intuition, son sens clinique. Tel un enquêteur, il renifle la situation et suspecte l'état clinique du patient sans pour autant pouvoir en expliciter les raisons.

Les processus « non analytiques » intuitifs automatiques consistent à identifier au sein d'une situation soit des « configurations caractéristiques de signes » (pattern recognition) soit une similarité avec des cas rencontrés précédemment. Le praticien mémorise des cas rencontrés précédemment, qui lui servent de modèles de cas concrets (instances). L'apprentissage consiste en l'accumulation de nouvelles expériences à la base de données en mémoire à long terme. Le niveau élevé de la compétence médicale se traduit par l'existence d'un grand nombre de cas concrets en mémoire. La qualité du diagnostic considéré précocement par le clinicien est associée à la reconnaissance des signes cliniques d'un cas. Norman insiste sur l'importance du raisonnement « non analytique » dans l'expertise clinique (Norman, 2007).

Nendaz décrit un système mixte d'interaction entre ses deux systèmes dit processus de « reconnaissances de similarité-confirmation hypothético-déductive » (Nendaz, Charlin, Leblanc, & Bordage, 2005). Ce système mixte a été développé par la suite par plusieurs auteurs sous le nom de théorie du double processus (Pelaccia & Tardif, 2011). En fonction de la situation, le praticien utilise alternativement le système « non analytique » intuitif et le système « analytique ». Ainsi, s'il s'agit d'un cas clinique « dit de routine », le médecin utilise de façon préférentielle le système intuitif, générant dans la mémoire de travail des hypothèses précoces, qu'il infirmera ou confirmera en utilisant son système analytique. Alors que les deux approches sont décrites séparément, elles ne s'excluent pas mutuellement dans la pratique quotidienne au lit du malade. Il y a un fort niveau d'interaction entre les deux processus. « Il est très probable que les deux formes de traitement contribuent aux décisions finales atteintes dans tous les cas (pour les novices et experts) » (Eva, 2005).

Ainsi, selon la théorie double-processus, le médecin navigue entre la reconnaissance des cas stockés dans la mémoire de travail et la vérification de ces hypothèses par une approche plus analytique. L'utilisation de ces deux approches, par rapport à l'utilisation d'une ou l'autre, a été associée à de meilleurs résultats de diagnostic (Nendaz, 2012).

Selon Pelaccia et Tardif (2011) « la théorie du double-processus met également en évidence le fait que, à des degrés divers, l'intuition est constamment impliquée dans le raisonnement. C'est une caractéristique très importante, puisque, depuis des siècles, l'intuition professionnelle a été considérée en médecine comme une compétence 'mystérieuse' qui n'est pas accessible à la conscience et ne devrait pas l'emporter sur le jugement rationnel et scientifique ». Cette intuition parfois nommée intelligence émotionnelle est définie comme « l'habileté à percevoir, comprendre, gérer et utiliser les émotions pour faciliter la pensée » (Kotsou, 2008). Ce concept d'intelligence émotionnelle est de plus en plus utilisé dans les curriculums de formation en santé dans une logique d'approche par compétence (Parent, Jouquan, 2012). Or le système intuitif est très sensible à l'état affectif du professionnel et au contexte dans lequel la décision est prise. Ainsi, selon Pelaccia et Tardif (2011), reprenant la théorie de Kahneman, « en théorie, le système analytique joue un rôle de surveillance quant à la réaction intuitive ». Le système analytique apporterait alors une réponse normative jugée rationnelle, aux décisions intuitives prises spontanément. L'interaction entre les deux systèmes, comme décrit dans la théorie double processus, permettrait donc un autocontrôle pour le professionnel sur sa manière de fonctionner et de raisonner, sur la compréhension du phénomène intuitif qu'il a utilisé (ou métacognition) qui lui ont permis de poser des hypothèses de travail précoces. Cependant, la capacité du médecin à confirmer et infirmer les hypothèses dépend aussi de la base des connaissances fondamentales qu'il s'est construite.

En poursuivant la théorisation de Kahneman, Croskerry propose un modèle conceptuel universel du raisonnement diagnostique, basé sur l'utilisation des deux vitesses de la pensée et des facteurs les influençant (Croskerry, 2009). Ce modèle fonctionne à partir d'un processus de reconnaissance de la maladie selon deux voies possibles. Le système 1 est utilisé dans le cas de la voie de la reconnaissance de la maladie tandis que le système 2 est utilisé dans la voie de la non-reconnaissance afin d'obtenir un équilibre entre les deux voies pour parvenir à un diagnostic. Croskerry distingue plusieurs facteurs influençant le fonctionnement du système 1 : les conditions ambiantes, les contextes, les caractéristiques des tâches à accomplir, l'âge et l'expérience, l'état affectif au moment du soin, le genre, la personnalité. La capacité intellectuelle, la formation, la pensée critique, la logique, la rationalité influencent le système 2. Ces facteurs influençants ont également été repérés dans le raisonnement en maïeutique

(Demeester, Eymard, 2012). Ils interviennent aussi dans les difficultés identifiées lors du raisonnement clinique, comme nous le verrons ci-dessous.

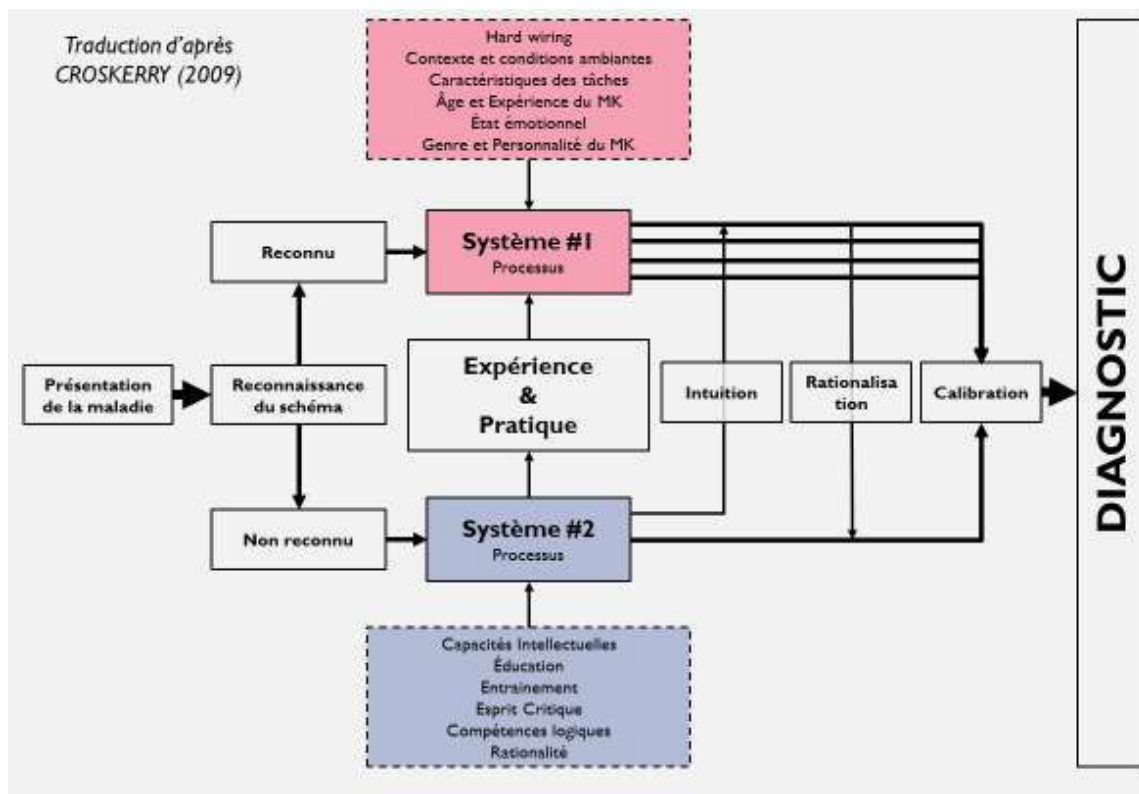


Figure 2: La théorie du double processus dans le raisonnement médical selon Croskerry 2009

Pour sa part, Bourget (2013 b) utilise un modèle adapté de celui de Chamberlin (2006) qui est lui-même une synthèse de plusieurs modèles conceptuels pour permettre la mise en évidence des différentes dimensions mises en jeu lors d'une approche longitudinale du raisonnement clinique dans un continuum de formation. Ce modèle considère cinq dimensions : représentation, processus, métacognition, connaissances et structures. En interrogeant des étudiants en médecine pendant leur passage de la formation pré-clinique à leur formation clinique, et ce en utilisant des patients simulés « cas emblématiques », elle estime que ces cinq dimensions sont présentes dès la fin du cursus pré-clinique et qu'elles sont interdépendantes les unes des autres.

Tous les modèles conceptuels ont été réalisés dans la discipline médicale. Plusieurs modèles sont développés pour les professionnels de la réhabilitation.

5.3 Du choix d'un modèle conceptuel du raisonnement clinique

Il ne s'agit pas ici de proposer un modèle conceptuel, mais plutôt de définir celui qui servira de modèle de référence pour ce travail de recherche, notamment comme outil de compréhension

du recueil de données lors de la construction méthodologique et de l'exploitation des matériaux recueillis lors de la mise en œuvre de cette méthodologie.

Charlin (2012) a proposé le modèle conceptuel principal du raisonnement clinique le MOT qui explique le processus du raisonnement clinique à travers une représentation graphique. Il détermine trois étapes dans le processus : se faire une représentation de la situation initiale du problème, se faire une représentation dynamique du problème, et accéder à une représentation stabilisée du problème au terme de l'épisode de soins. Ce modèle se situe dans une logique hypothético-déductive. Son intérêt est de mettre en évidence toutes les dimensions en interaction. Il est actuellement le plus diffusé internationalement du fait de son MOOC.⁶⁴ (Figure 3)

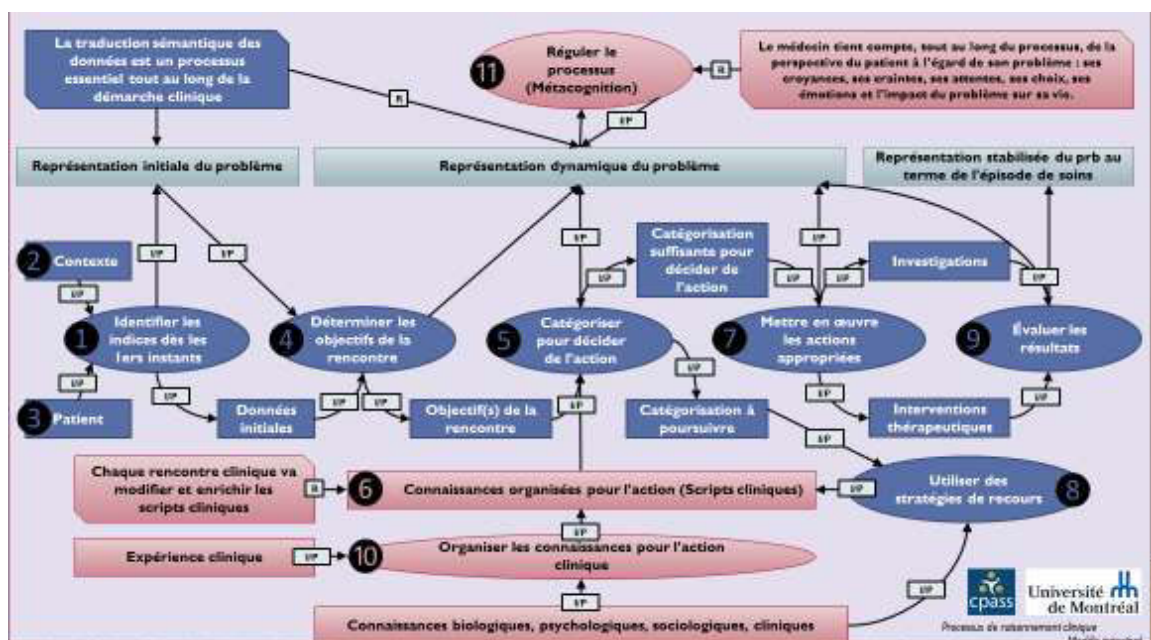


Figure 3: Modèle de raisonnement clinique MOT de Charlin 2012

Selon ce principe en trois étapes, le modèle du raisonnement collaborateur est proposé pour les physiothérapeutes (Higgs, Jones, Loftus, & Christensen, 2008). (Figure 3) Il a la particularité de placer le patient au cœur de la démarche de soin, en coproduction avec le professionnel de santé, à la recherche d'une personnalisation du soin. Il apparaît comme processus interactif. Ce modèle utilise les composantes de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la Santé (OMS CIF 2001).

⁶⁴ <https://www.cpass.umontreal.ca/2016/03/15/inscriptions-ouvertes-pour-le-mooc-sur-le-processus-de-raisonnement-clinique/>

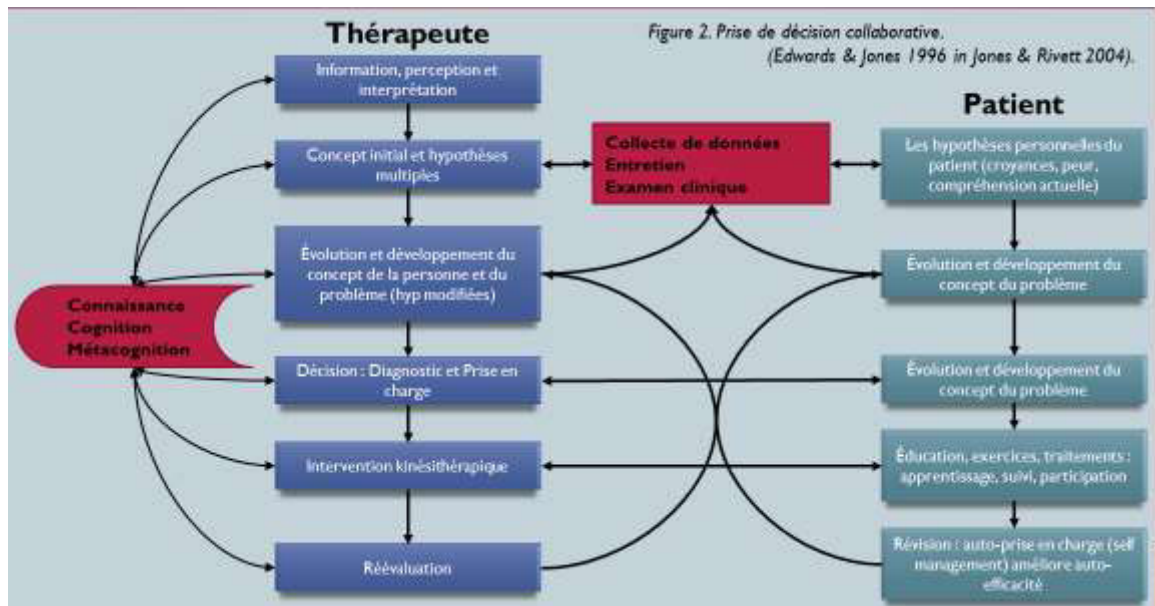


Figure 4: Modèle de raisonnement collaborateur selon Edwards, Jones 2008

Le raisonnement clinique se construit avec la participation, les mots et maux du patient en tenant compte des facteurs contextuels et biopsychosociaux en utilisant cinq types de raisonnements. Le raisonnement procédural est considéré comme similaire au raisonnement hypothético-propositionnel utilisé en médecine, mais l'accent est porté sur l'identification de problème fonctionnel du patient et en sélectionnant les traitements pour réduire les effets du problème. Le raisonnement interactif a lieu lors des interactions en face-à-face entre le thérapeute et le patient. Interaction et collaboration active avec le patient sont utilisées pour comprendre le point de vue du patient. Le raisonnement conditionnel est basé sur les processus sociaux et culturels de la compréhension de l'état futur du patient. Il est utilisé pour aider le patient dans le difficile processus de reconstruction d'une vie qui est maintenant changée par une blessure ou une maladie. Une quatrième forme de raisonnement, le raisonnement narratif est utilisé pour décrire la « façon » dont l'histoire du cas du patient est décrite, dont le patient est perçu dans sa globalité (Higgs, Jones, Loftus, & Christensen, 2008). C'est ce qui se fait en pratique au cours de la « grande visite » médicale au lit du malade et qui permet à chacun qui l'entend d'émettre des hypothèses et d'entendre celles qui ont été émises pour l'approche du diagnostic. La confrontation entre les différents raisonnements effectués dans un même espace de temps et de lieu, appuyés sur les informations issues des différents examens complémentaires demandés, est alors possible. La pertinence des différents examens demandés peut aussi être discutée. Dans ces moments s'apprennent aussi les compétences de communications entre professionnels (Quiligan, 2015).

En 2012, le modèle « intégré » de Marcum intègre la cognition et la métacognition, associées aux 2 systèmes « analytiques » et « non analytiques » complète utilement le modèle collaborateur de Jones en faisant le lien entre cognition et métacognition, lien qui n'avait pas été développé dans ce modèle collaborateur qui utilisait uniquement une logique hypothético-déductive (Marcum, 2012). Boyd (2011) complète ce modèle en proposant 4 types de raisonnement diagnostique pour une approche complète dans le raisonnement clinique, que l'on peut rapprocher des composantes de la CIF. Le diagnostic anatomique fait suite à l'identification du système impliqué, le diagnostic pathologique résulte de la nature de l'état, le diagnostic physiologique est lié aux conséquences fonctionnelles et le diagnostic étiologique fait référence à l'étiologie causale. Ces composantes sont retrouvées dans le *check-list* de la CIF qui permet au physiothérapeute d'établir son diagnostic masso-kinésithérapique à la recherche de l'hypothèse probable de la cause du déficit, liée à la structure atteinte. Chaque phase du recueil des données de l'histoire de la maladie et d'examen est affectée à l'une ou l'autre de ces catégories au fur et à mesure de la compréhension du cas clinique, avec des interprétations et des interactions permettant des conclusions partielles qui progressivement permettent de construire un diagnostic final clinique global. Le système a l'avantage de faciliter un diagnostic individualisé pour le patient, plutôt que selon un certain *check list* de diagnostic précédemment appris, comme cela existe dans la profession infirmière par l'intermédiaire du *Manuel de diagnostic infirmier* formalisé par la NANDA (2014). L'approche de Boyd avec ses quatre types de raisonnement diagnostique est très proche de la pratique masso-kinésithérapique et de son inscription dans la Classification internationale du fonctionnement (OMS 2001) puisque le diagnostic masso kinésithérapique comporte une identification des différentes structures du corps atteintes, des déficiences rencontrées et de leur hypothèse causale (Atkinson, 2011). Nous nous appuyons donc sur le modèle de Charlin (2012) en le complétant des approches de Higgs (2008) et Boyd (2011). L'ensemble de ces trois modèles représente l'intégralité du processus kinésithérapique (cf. chap. 4.6 et 4.7).

Actuellement, des tentatives de modélisation à partir de l'analyse de l'activité réelle de travail, basée sur le champ de la didactique professionnelle, voient le jour. Dans le domaine de la réadaptation, Faucher (2009) a mixé ces visions pour propose un modèle conceptuel en orthoptie en se basant sur l'explicitation de l'activité effectuée par des professionnels au moyen de la vidéo. Pour sa part, Dyer (Dyer & Pudelko, 2011) a cherché en utilisant les activités cognitives à modéliser le raisonnement clinique de 5 experts en réadaptation neurologique sous forme de représentation graphique.

5.4 Quels biais cognitifs dans le raisonnement ?

Kahneman (2012) rappelle que le système 1 est celui qui est utilisé pour la plupart de nos décisions au quotidien et que le système 2 intervient lorsqu'une situation inhabituelle se produit ; ce système 2 régule alors le système 1 pour parvenir à une meilleure prise de décision. Cependant, Kahneman insiste sur les nombreux facteurs personnels, environnementaux qui influencent la prise de décisions. Il distingue de nombreux biais cognitifs tels que l'effet Covera, l'effet halo, les ancrés, ... (Morel, 2002, 2012)-

Nendaz (2012) insiste sur les erreurs liées à la psychologie cognitive et insiste sur le fait que les médecins devraient connaître leur propre mode de raisonnement, avoir une pratique réflexive sur leur activité et que le renforcement de l'utilisation des connaissances basées sur les preuves est important. Les erreurs ne sont pas seulement cognitives et dues au système 1, mais plutôt à attribuer à une multitude de facteurs. (Norman & Eva, 2010) En revanche Van der Berge (2013) insiste sur la nécessité de comprendre les corrélations entre erreurs cognitives et erreurs de diagnostic médical.

Norman (2014) a cherché à mesurer si la vitesse de réaction de diagnostic médical était corrélée à une meilleure précision diagnostique, car il pensait qu'utiliser le système 2 lent serait en faveur d'une diminution du nombre d'erreurs diagnostique. Il conclut qu'encourager simplement à ralentir sa décision et à porter une attention croissante à la pensée analytique est insuffisante pour augmenter la précision de diagnostic. Croskerry (2014) précise que ce n'est pas la vitesse de réaction qui différencie les deux systèmes de cette double théorie, car les réactions diagnostiques ne sont pas immédiates en médecine. Ce qui distingue les deux systèmes est plutôt la fréquence relative du diagnostic des symptômes caractéristiques de la maladie rencontrée. Plus la maladie est prévalente, plus son signe pathognomonique est fort, plus la décision diagnostique médicale va être rapide. Il rappelle que la prise de décision clinique est un processus complexe comportant de nombreuses variables indépendantes et interdépendantes qui doivent être séparées pour être distinguées puis reliées et réfléchies en temps réel afin de se conformer à la pratique clinique, et que l'adaptation de ces deux stratégies (systèmes 1 et 2) se réalise en temps réel. L'enseignement devrait plutôt se focaliser sur la compréhension de la pratique clinique.

Souhaitant mesurer la façon dont novices et experts utilisent leur système mixte, dit intermédiaire, censé être de meilleure qualité pour les performances aux évaluations classantes nationales, Dong (2015) a chronométré le temps de réponses, mais compte tenu de la faiblesse de son échantillon, n'a pas eu la capacité de prouver une différence entre les deux.

Durning (2011) en cherchant à mettre en évidence l'utilisation de l'un ou l'autre de ces deux systèmes à travers l'analyse des résultats obtenus aux tests de script de concordance, conclut que les apprenants utilisent un continuum entre les deux systèmes en fonction des difficultés ressenties faces aux items des scripts. Certains sont alors plus dans une des extrêmes des deux systèmes. Actuellement les études se tournent vers l'utilisation de l'imagerie médicale pour vérifier l'utilisation du système 1 non analytique lors du raisonnement clinique entre novices et experts. Le réseau neuronal semble commun, les experts se démarquent par une utilisation plus grande de neurones dans le cortex préfrontal lors de leur évaluation clinique (Durning, et al., 2015).

Henriksen (2013) insiste sur le fait que les erreurs diagnostiques ne sont pas qu'individuelles, et qu'elles ne sont pas seulement liées aux manques de connaissances personnelles, aux lacunes cognitives, qu'elles ne peuvent pas être résolues avec une simple utilisation de check-list, mais qu'elles sont surtout liées aux facteurs humains représentés par les conditions de travail, de privation de sommeil, d'organisation des systèmes de santé, des informations disponibles et aux manques de ressources documentaires. La solution serait sans doute un outil d'aide à la décision contenant des bases de données actualisées car compte tenu de l'évolution des données à prendre en compte, et du niveau des connaissances à acquérir, le praticien ne peut pas tout avoir en mémoire. Carrier (2015) reprend cette notion concernant les écrits en réadaptation, notamment en ergothérapie. Le faible accès aux ressources documentaires serait un frein au raisonnement clinique. De même, les contextes sociétal et professionnel dans lequel le praticien évolue, influent sur la pratique professionnelle et sur le raisonnement clinique (Carrier, 2013).

Les facteurs influençant la décision sont multiples, ceux dépendant du praticien, représentés par l'émotion et l'éducation, sont plus faciles à corriger et à modifier (Langridge, 2016).

5.5 Les difficultés identifiées dans le raisonnement clinique

Suite à ces biais cognitifs et à la différence de processus entre novices et experts, différentes difficultés peuvent être identifiées.

Audetat (2011) a identifié différents niveaux de difficultés retrouvées dans la discipline médicale, repérées aussi chez les étudiants sages-femmes (Demeester, Eymard, & Vanpee, 2012). Laurin ont décrit cinq types d'erreurs prototypiques les plus fréquentes retrouvées lors de la supervision clinique de l'apprentissage du raisonnement clinique des étudiants en médecine par utilisation du modèle hypothético déductif (Audetat & Laurin, 2012)

Ainsi à l'étape « génération d'hypothèse et récolte de données » sont fréquemment associées des difficultés (type 1) dans la perception des indices clés dans la génération précoce d'hypothèse et dans l'orientation de la récolte de données.

A la deuxième étape considérée comme « le raffinement et le traitement des données » sont associées les difficultés potentielles de type 2 : problème de fermeture prématurée ; et de type 3 : difficulté de priorisation.

Dans la troisième étape décrite comme le diagnostic final et l'élaboration d'un plan d'intervention sont décrites des difficultés de type 4 : difficulté à élaborer un portrait global de la situation clinique et de type 5 : difficulté à élaborer un plan d'intervention.

Cependant ils notent que plusieurs facteurs liés directement à l'apprenant influent sur le raisonnement clinique des facteurs liés aux connaissances, des facteurs internes à l'apprenant, d'autres liées au contexte particulier de la rencontre avec le patient, d'autres encore liés à des facteurs interrelationnels.

Parmi les facteurs liés aux connaissances, Audetat et Laurin distinguent les connaissances insuffisantes, l'organisation déficiente des connaissances ou la difficulté à activer les connaissances dans un processus d'analyse de la situation clinique ou encore la méconnaissance du processus de raisonnement clinique.

Parmi les facteurs internes à l'apprenant, ils repèrent les problèmes d'attitude de l'apprenant, les biais cognitifs ou des facteurs liés à son inexpérience.

Parmi les facteurs liés au contexte, Audetat et Laurin évoquent les difficultés liées à la gestion de l'entrevue avec le patient, la difficulté à établir une relation de confiance, à établir une stratégie de communication efficace pour obtenir les bonnes informations. (Tableau 1)

Ils distinguent aussi la difficulté de la gestion de la dynamique relationnelle entre le patient et l'apprenant ainsi qu'entre le superviseur et l'apprenant. Boileau (2017) parle aussi de difficulté pour le superviseur de repérer les quatre niveaux de difficultés inhérents à l'approche clinique. Il définit les quatre étapes comme la détection subjective d'un problème, la documentation par des données objectives, l'évaluation des données pour établir un diagnostic pédagogique et la mise en place d'un plan de remédiation.

Étapes du raisonnement clinique (d'après Audetat, Laurin, Sanche)	Types d'erreurs (d'après Audetat ; Laurin, Sanche)	Explications possibles (d'après Audetat, Laurin, Sanche)
Phase de génération d'hypothèses et de récolte de données	Erreur de type 1 : difficultés de perception des indices clés	Interrogatoire stéréotypé systématisé, non traduction en concept médical des mots du patient
Raffinement et traitement des données	Erreur de type 2 : problème de fermeture prématurée	Orientation du bilan selon une seule hypothèse,
Raffinement et traitement des données	Erreur de type 3 : Difficultés de priorisation des données	Non interprétation des données recueillies, banalisation de certains critères importants
Diagnostic final et élaboration d'un plan d'intervention	Erreur de type 4 : difficultés de raisonnement à l'étape d'élaboration d'un portrait global de la situation clinique	Description inadéquate du tableau clinique du patient
Élaboration d'un plan de traitement	Erreurs de type 5 : difficultés à élaborer un plan d'intervention	Difficultés aux choix des techniques

Tableau 1: Typologie des erreurs dans l'apprentissage du raisonnement clinique et explications possibles, selon Audetat, Sanche et Laurin 2011 -2012

Aux difficultés déjà repérés en formation médicale, Demeester et Eymard (2012) en formation initiale sage-femme, identifient d'autres causes de difficultés de raisonnement clinique des causes d'origines cognitives, d'autres liées au stage telles que le sens donné au stage, le manque de pratique réflexive, et enfin, d'autres liées à l'évolution du métier telle que la perception du rôle professionnel, la perception du raisonnement clinique. Pour chacune de ces causes, des facteurs intrinsèques (propres à l'étudiant) et extrinsèques (propres au dispositif de formation) sont retrouvés.

En formation initiale de masso kinésithérapie, en supposant que le raisonnement soit hypothético-déductif, Guet (2011) a trouvé des obstacles à l'apprentissage du raisonnement clinique, notamment lors de l'apprentissage du « raisonnement interprétatif des causes de la limitation d'un mouvement passif. Les étudiants présentent des difficultés à intégrer un modèle plus large de raisonnement, celui d'un mouvement actif perturbé [...] Il semble que l'ordre dans lequel l'élève explore différents modèles de raisonnement importe ». Cet auteur estime que « le choix d'un modèle de raisonnement par les étudiants est très significativement moins performant que leurs connaissances du moment issues du même cours ». Pour Choplin (2015) l'apprentissage du raisonnement clinique est aussi dépendant de l'apprentissage tactile.

5.6 Quel enseignement du raisonnement clinique ?

Dans ce chapitre, nous nous plaçons du point de vue de l'enseignant et/ou du référent de stage. Comment enseigne-t-il le raisonnement clinique ?

L'éducation médicale doit être basée sur l'utilisation des connaissances biomédicales issues de la recherche, lorsqu'elles sont disponibles et non seulement sur les jugements d'experts (Richa, S, Shafik, & D., 2015). Patel (2015) considère que l'enseignement du raisonnement clinique est une donnée clef car faire un diagnostic clinique précis est une compétence essentielle pour tous les étudiants et les médecins, avec des implications importantes pour la sécurité des patients. Il estime que les approches actuelles pour apprendre à faire un diagnostic clinique ont tendance à oublier de prendre en considération la complexité des situations rencontrées par les cliniciens dans des contextes de la vie réelle. Il propose un nouveau modèle trans-théorique pour apprendre à faire un diagnostic clinique approprié qui peut être utilisé par les enseignants comme une technique supplémentaire à leur approche actuelle. Ce modèle éducatif intègre la théorie de situativité, double théorie issue du modèle du traitement de l'information et de la théorie socio-cognitive. La cartographie et la microanalyse peuvent aider l'enseignant à identifier les principaux processus impliqués dans la fabrication d'un diagnostic clinique précis, de sorte que la rétroaction fournie par le clinicien se concentre sur l'amélioration des aspects clés de la compétence. Ce nouveau modèle éducatif insiste sur le rôle essentiel de l'enseignant clinique expérimenté dans la pose de jugement clinique. L'expert enseignant clinicien apporte par la régulation une aide majeure à l'apprenant dans ses tentatives à réaliser un diagnostic clinique. Owen, Ryall & Corrigan (2007) utilisent les discussions autour de cas cliniques comme outils de transition entre un apprentissage théorique et un apprentissage clinique. Ils estiment que la particularité de cet enseignement est d'être conçu comme une aide au franchissement de l'entre-deux entre théorie et pratique clinique, par l'installation de discussion au sujet de patients rencontrés le jour même par l'étudiant dans son environnement de travail. La discussion se fait aussi dans l'après-coup par une présentation en groupe du cas clinique. Ils concluent que les enseignants cliniques devraient tenter de faire des liens explicites entre les connaissances biomédicales et les faits cliniques pendant la formation. Cela est possible en jouant sur les vignettes cliniques présentées. Le type de connaissances utilisées par les étudiants lors de la résolution de cas cliniques est différent selon la prévalence de la situation clinique. La confrontation à des cas moins connus et l'explicitation par l'étudiant de son raisonnement le conduisent à déployer de nouveaux liens entre ses connaissances cliniques et biomédicales. (Chamberland, et al., 2013)

L'une des autres possibilités pour développer ces liens est l'utilisation de schéma pour l'enseignement (Blissett, Cavalcanti, Sibbald, 2012). Speicher (2009) démontre que la démonstration de plusieurs exemples de cas résolus par le tuteur permettait un meilleur transfert de l'apprentissage entre la théorie et la pratique clinique, notamment grâce aux conseils donnés et aux explicitations faites par le formateur. Serait-ce une explicitation d'une démarche méthodologique réalisée qui permet à l'étudiant une appropriation de celle-ci ? Pour Michels (Michels, Evans, & Blok, 2012), la compétence clinique est une combinaison de plusieurs domaines différents tels que les compétences de l'examen physique, de la procédure pratique, les compétences de communication et de gestion des patients et du temps. L'acquisition de cette compétence clinique comprend trois volets : apprendre à effectuer certains mouvements (connaissance procédurale), savoir les expliquer (connaissances scientifiques de base sous-jacente), et comprendre que les résultats pourraient signifier (raisonnement clinique). Ceux-ci doivent être pris en compte dans la conception pédagogique du dispositif de formation pour l'enseignement de cette méta compétence en vue de la pratique clinique. Les étudiants en médecine doivent être prêts à prendre des rôles multiples en tant que professionnel de la santé. Cela nécessite l'acquisition intégrée de plusieurs compétences telles que le raisonnement clinique et la prise de décision, les compétences de communication et les compétences de gestion. Afin de promouvoir cet apprentissage complexe, la conception pédagogique a mis l'accent sur l'utilisation des tâches d'apprentissage de la vie réelle que les étudiants effectuent dans un environnement de travail réel ou simulé. Ce modèle offre aux étudiants une variété d'outils d'apprentissage facilitant l'acquisition intégrée des connaissances, compétences et attitudes. L'environnement d'apprentissage est développé en ligne avec une approche globale de la tâche, où un domaine d'apprentissage est considéré comme un tout cohérent, intégré et où l'enseignement en progression propose des tâches complètes relativement simples, mais significatives, authentiques pour parvenir à des tâches de plus en plus complexes (Vandewaetere, et al., 2015). Varpio (2015) interpelle sur les impacts du dossier patient informatisé, sur le raisonnement clinique des praticiens, notamment sur la mise en relation des données du patient faite sous une forme d'arborescence informatique, or comprendre comment les données des patients sont reliées entre elles est essentiel pour le raisonnement clinique. Le raisonnement clinique, une évaluation heuristique d'une situation ?

5.7 Quelle évaluation du raisonnement clinique ?

Au-delà de l'aspect quantitatif représenté par le nombre d'événements indésirables dans les interventions de soins liés à des erreurs diagnostiques, le nombre de plaintes de patients, un

aspect qualitatif peut être envisagé à travers la qualité de soins, la satisfaction du patient, la prise d'autonomie et l'apprentissage de l'étudiant.

Charlin (2003) a énuméré toutes les modalités d'évaluation du raisonnement clinique, il importe surtout que les évaluations soient fréquentes et répétées, en rapport avec des cas cliniques, en situation, permettant de distinguer les processus cognitifs utilisés des procédures mises en place.

Concernant l'apprentissage de l'étudiant, deux types d'évaluation sont possibles pour le raisonnement clinique, une évaluation sommative et une évaluation pédagogique et /ou formative.

5.7.1 L'évaluation sommative du raisonnement clinique

L'évaluation sommative du raisonnement clinique se réalise à l'aide du test de concordance de script. Ce test sert à mesurer le degré de concordance des décisions cliniques prises et des actions réalisées dans un contexte d'incertitude, et ce entre les apprenants évalués et un panel d'experts. Le test repose sur un choix de situations cliniques authentiques et sur la création d'items à partir des questions que les cliniciens expérimentés se posent devant ces situations. Ces questions servent d'ossature au déroulement du test, et les réponses des experts servent de référentiel d'évaluation. Pour chaque item de l'évaluation, un cas clinique est présenté. Plusieurs types de cas existent, soit un manque d'informations pour résoudre le problème clinique (poser le diagnostic, et décider du traitement), soit des données ambiguës, soit de conflit entre les valeurs (évaluation de raisonnement éthique, par exemple). Une série de questions est posée sur le cas clinique. Chaque série de questions contient une option en rapport avec le problème clinique, suivie de la présentation d'une nouvelle information. Les sujets examinés doivent évaluer l'effet de la nouvelle information obtenue en fonction de l'hypothèse qu'ils ont posée. Les questions ultérieures sur le cas permettent d'explorer l'effet d'autres données sur d'autres options. Les réponses obtenues par les apprenants sont alors comparées aux réponses du panel d'experts (Dory, 2012). C'est un test facile à mettre en place et qui semble très discriminatif des capacités de raisonnement clinique entre experts et novices (Humbert, 2012). Il permet la vérification du niveau de connaissances acquises et ce en conformité avec « des bonnes connaissances mises en évidence par l'Évidence Base Practice (EBP) et ce selon l'indice de factualité proposé par Gedda (2018). Ce test permet de mesurer la conformité aux procédures standardisées désignées par les panels d'experts. Cependant, Askew (2012) assure que le script test de concordance n'est qu'une possibilité de mesurer le raisonnement clinique. L'utilisation de ces tests de scripts de concordance a une influence sur l'évaluation du raisonnement des étudiants et sur les processus développés ; et ce en fonction

de la construction du script et de l'agencement et organisation en cascade des questions : est-ce une tâche entière ou des sous tâches qui sont examinées (Lafleur, 2015) ?

Durning (2012) propose d'utiliser un examen clinique objectif structuré (ECOS)⁶⁵ comme moyen d'évaluation du raisonnement clinique de l'apprenant, basé sur la rencontre avec le patient simulé, en mesurant le taux et la vitesse de remplissage du questionnaire de résolution de ce cas clinique standardisé.

Dumas (2016) dans sa thèse, a souhaité vérifier si les tests d'examen clinique objectif structuré (ECOS) habituellement utilisés en médecine étaient transposables en physiothérapie, prédictifs des erreurs de raisonnement des étudiants et corrélés aux erreurs de raisonnement repérées en stage dans les évaluations des tuteurs. Les scores des "problèmes de raisonnement clinique" sont discriminants en fonction des résultats de stage pour les différentes catégories de résultats. Les étudiants ayant eu des difficultés de raisonnement clinique en stage se démarquent aussi par des scores plus faibles au test de concordance des scripts. En conséquence, il est possible que ces outils puissent également permettre de dépister des étudiants ayant des difficultés de raisonnement clinique et pouvant bénéficier d'une remédiation à ce niveau. Le repérage des difficultés n'est-elle pas une préoccupation majeure des tuteurs ?

5.7.2 L'évaluation pédagogique et/ou formative des difficultés dans le raisonnement clinique et les remédiations pédagogiques.

Jouquan (2002) rappelle que l'évaluation dans la formation des professionnels de santé est composée de trois étapes : le recueil d'informations, l'analyse de l'information et la prise de décisions. Ces trois étapes de l'évaluation se superposent aux étapes de la démarche clinique réalisée lors du raisonnement clinique, que sont le recueil d'informations cliniques par l'anamnèse et l'examen physique, l'interprétation des données, et les diagnostics cliniques et plan d'intervention (Sanche, 2014). Jouquan et Audetat (2013) comparent la démarche de raisonnement clinique à une démarche d'évaluation formative, car toutes deux ont pour « *finalité la sollicitude à l'égard d'une tierce personne* ». Celle-ci est elle-même à considérer comme une démarche clinique, telle que Cifali (1996) la définit « *une approche qui vise un changement, se tient dans la singularité, n'a pas peur du risque et de la complexité, et co-*

⁶⁵ « Un examen clinique objectif structuré (ECOS) est un examen pratique qui permet d'évaluer de façon normalisée des compétences cliniques. Durant un ECOS, les candidats doivent accomplir diverses tâches cliniques dans un contexte clinique simulé, tout en étant évalués par des examinateurs à l'aide d'outils d'évaluation normalisés. Habituellement, les candidats passent d'une station à l'autre dans lesquelles ils interagissent avec un patient standardisé (PS). Pour chaque interaction, on demande aux candidats de faire la démonstration d'aptitudes à effectuer un examen physique, à recueillir une anamnèse, à interpréter des données ou à prendre en charge un nouveau problème médical. Une station peut aussi servir à évaluer des aspects d'une communication efficace ou l'aptitude à faire preuve de professionnalisme » in Conseil Médical du Canada (2013). Lignes directrices sur l'élaboration de cas d'examen clinique objectif structuré (ECOS)

produit un sens de ce qui se passe », et met en parallèle deux rencontres cliniques : l’enseignant avec l’apprenant et le médecin avec le malade.

Audetat (2011) propose une démarche diagnostique pédagogique pour permettre la reconnaissance précoce des difficultés d’un étudiant dans sa démarche de raisonnement clinique. Cette démarche se fait par similitude avec la démarche de raisonnement clinique. Elle a fait l’objet d’une revue de la littérature (Boileau, St-Onge, & Audetat, 2017) d’une recommandation de guide de bonne pratique pour l’éducation médicale. Elle est composée de cinq étapes la suspicion d’une difficulté dans le raisonnement, le recueil des données sur les difficultés de l’apprenant, une impression diagnostique pédagogique, une recherche d’explications et de causes, une représentation globale de la situation pédagogique ou formalisation d’un diagnostic éducatif et la mise en place d’un plan d’intervention pédagogique. Cette modélisation de l’activité du superviseur clinique est représentée en figure 5.

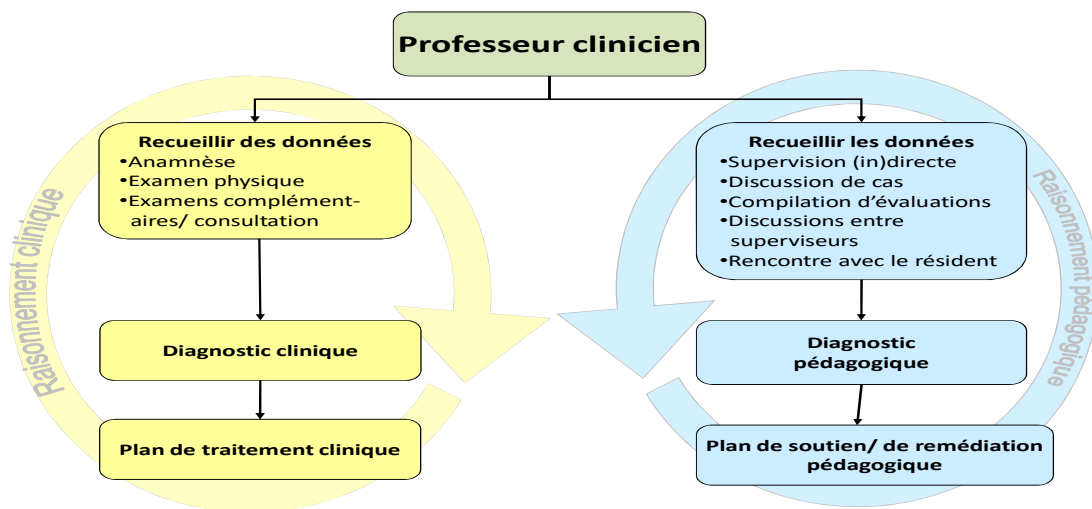


Figure 5: Modélisation de l’activité du superviseur clinique dans le raisonnement clinique (Audetat, 2011)

Alors que dans le raisonnement clinique, la démarche est initiée en fonction de la plainte d’un patient, ici la démarche débute par la suspicion d’une erreur dans le raisonnement, sur la base de difficultés répétées plusieurs fois par l’apprenant et repérées par le clinicien dans des situations cliniques différentes et dans des contextes différents.

L’enseignant doit alors par le recueil d’informations concernant le discours, le comportement et les écrits de l’apprenant, repérer ses difficultés selon la classification décrite plus haut. Au niveau pédagogique le processus de raisonnement clinique est découpé en trois étapes

principales et à chacune correspondent des difficultés potentielles. Les étapes du raisonnement pédagogiques sont synthétisées dans le tableau 2 suivant.

Étapes	Démarche
1	Intuition -Suspicion / détection de la difficulté
2	Recueil des données (par génération et vérification d'hypothèses)
3	Impression diagnostique
4	Investigation / recherche d'explications et de causes
5	Diagnostic final / Représentation globale de la situation pédagogique
6	Plan d'intervention pédagogique

Tableau 2: Étapes du raisonnement pédagogique selon Audetat (2011)

Audetat et Laurin (2011) proposent pour chacune des difficultés citées, des indices pour les repérer dans le cadre des supervisions ainsi que dans les notes au dossier ; des exemples de questions permettant de faire verbaliser le raisonnement clinique ; des hypothèses de compréhension de la difficulté ; des propositions de stratégies de remédiation adaptées.

Ainsi les erreurs de type 1 ou problèmes liés à la génération précoce d'hypothèses diagnostiques se manifestent par un apprenant qui n'a pas la capacité de cibler son recueil de données, ce qui ne lui permet pas de générer rapidement des hypothèses diagnostiques à partir des indices recueillis (Audetat, 2011). L'anamnèse est réalisée sous forme d'un interrogatoire systématisé, appareil par appareil sans tenir compte de la situation clinique du patient, et ce comme le ferait un novice. La situation clinique est présentée de façon désordonnée et ne permet pas d'avoir une représentation de la situation, certains détails significatifs sont omis ou non exploités.

Plusieurs hypothèses explicatives de la difficulté à générer des hypothèses sont avancées, notamment la difficulté à traduire en concept médicaux les propos du patient, ou encore le besoin du fait de son inexpérience de suivre une trame de bilan pour se sécuriser et ne rien oublier, ce qui se traduit par un interrogatoire non orienté ni adapté au cas clinique du patient présent.

Les auteurs préconisent les stratégies de corrections suivantes. Lors de l'analyse réflexive à posteriori, il s'agit de faire expliciter par l'apprenant son processus de raisonnement clinique général, faire verbaliser et expliciter par le superviseur sa propre représentation du problème et le raisonnement suivi ainsi que la traduction sémantique faite des propos du patient et l'association d'hypothèses réalisées lors de cette traduction. Et lors de l'analyse de contenu de l'entretien de l'apprenant avec le patient, c'est lui permettre de repérer les éléments

discriminants qu'il a occulté et qui lui auraient permis de poser de façon précoce des hypothèses.

Les erreurs de type 2 ou problèmes liés à la fermeture précoce du raisonnement clinique lors de l'étape du traitement et du raffinement des hypothèses, se manifestent lorsque l'apprenant se concentre sur une seule hypothèse et oriente son recueil de données sur cette seule hypothèse négligeant ainsi les autres possibilités, il aboutit alors à une erreur diagnostic (Sanche, 2012). Cette fermeture prématurée s'explique par un défaut de recherche ou d'utilisation des indices qui lui auraient permis de mettre en avant d'autres hypothèses diagnostiques. Elle s'observe dans trois catégories de figures : la personnalité de l'apprenant (excès de confiance dans son jugement ou manque de rigueur), les circonstances cliniques (manque de temps, fatigue, difficultés avec certains thèmes), le déficit de connaissance et la non-intégration d'éléments pertinents lors de l'analyse.

Les objectifs des stratégies de corrections proposées sont de réfléchir aux raisons qui ont amené à privilégier une seule hypothèse, de stimuler la génération systématique d'hypothèses alternatives ; de développer la rigueur du raisonnement en se focalisant sur la justification des hypothèses, et d'encourager l'acquisition de connaissances.

Pour les erreurs de type 3 ou problèmes liés à la difficulté de priorisation des informations à l'étape d'interprétation des données et de priorisation des informations, le clinicien n'arrive pas à interpréter les données, ni à identifier les éléments clés ni à hiérarchiser les différentes informations qui lui permettraient de poser un diagnostic le plus probable (Laurin, 2012).

Ces erreurs se manifestent lorsque l'apprenant ne caractérise pas la plainte principale du malade, réalise un interrogatoire stéréotypé pour tous les patients et éprouve une difficulté à faire une synthèse de tous les éléments recueillis.

Elles peuvent s'expliquer par une absence de choix dans les indices à prioriser, une banalisation de certains critères importants ou une surestimation de certains.

Les stratégies de correction des difficultés de priorisation sont l'utilisation de l'explicitation pour identifier les raisons de la non-priorisation, et l'encouragement de l'étudiant à développer des connaissances en contrastant des éléments clés discriminants de certaines pathologies.

Pour les erreurs de type 4 ou difficultés de raisonnement à l'étape de l'élaboration d'un portrait global de la situation clinique, le clinicien ne parvient pas à établir les liens entre les différentes données recueillies, ni à intégrer les données du contexte, ni à envisager les perspectives du

patient pour construire un portrait global de la situation clinique et y ajuster le plan thérapeutique (Laurin, 2012).

Ces erreurs se manifestent par une non-adaptation du traitement aux spécificités du patient, par une description du tableau clinique ne permettant pas de voir le patient dans sa globalité. Le patient n'est pas perçu.

Elles peuvent s'expliquer par une incompréhension de l'importance des facteurs psychosociaux, par une mauvaise intégration d'une approche centrée sur le patient, par une difficulté de gestion de ses émotions, de son rôle professionnel et de l'incertitude en situation. Les stratégies de remédiation proposées sont d'encourager l'apprenant à se centrer sur le patient et ses facteurs personnels, psychosociaux et environnementaux, de faire construire un schéma heuristique de la situation clinique du patient en vue d'une meilleure compréhension, et de proposer des stratégies de gestion d'entrevue et de techniques de communication.

Pour les erreurs de type 5 ou difficultés de raisonnement clinique à l'étape de l'élaboration du plan d'intervention, après l'étape de formulation du diagnostic pour guider les choix à réaliser à chacune des composantes du plan d'intervention (Sanche, 2012).

Ces erreurs se traduisent par un plan d'intervention, non présent, insatisfaisant ou non adapté au patient.

Elles peuvent s'expliquer par un déficit de connaissances, et une synthèse inadéquate des données du patient, sans tenir compte des données psycho-socio-environnementales du patient. Pour remédier à ce dysfonctionnement, il est recommandé à l'apprenant de reprendre son raisonnement clinique en adaptant les guides de bonnes pratiques aux données particulières du patient. L'explicitation de la situation clinique est semble-t-il une technique de choix pour l'apprentissage du raisonnement clinique. (Tableau 3)

Etapes du raisonnement clinique (d'après Audetat, Laurin, Sanche)	Types d'erreurs (d'après Audetat; Laurin, Sanche)	Explications possibles (d'après Audetat, Laurin, Sanche)	Remédiation et auto-évaluation possibles (d'après Audetat, Laurin, Sanche)
Phase de génération d'hypothèses et de récolte de données	Erreur de type 1 : difficultés de perception des indices clés	Interrogatoire stéréotypé systématisé, non traduction en concept médical des mots du patient	Explicitation, analyse réflexive
Raffinement et traitement des données	Erreur de type 2 : problème de fermeture prématurée	Orientation du bilan selon une seule hypothèse,	Stimuler la génération d'hypothèses alternatives
Raffinement et traitement des données	Erreur de type 3 : Difficultés de priorisation des données	Non interprétation des données recueillies, banalisation de certains critères importants	Développer ses connaissances concernant les critères importants
Diagnostic final et élaboration d'un plan d'intervention	Erreur de type 4 : difficultés de raisonnement à l'étape d'élaboration d'un portrait global de la situation clinique	Description inadéquate du tableau clinique du patient	Se centrer sur le patient dans sa globalité en utilisant les facteurs biopsychosociaux, CIF
Elaboration d'un plan de traitement	Erreurs de type 5 : difficultés à élaborer un plan d'intervention	Difficultés aux choix des techniques	Déficit de connaissances

Tableau 3: Les différentes remédiations possibles en fonction des typologies des erreurs dans l'apprentissage du raisonnement clinique et leurs explications potentielles selon Audetat, Sanche, Laurin 2011-2012

6 Le raisonnement clinique : une situation pédagogique de résolution de problèmes ?

Dans l'apprentissage du raisonnement clinique, sous l'appellation patients, sont en fait regroupés plusieurs types de patients depuis le patient virtuel jusqu'au patient réel.

En fonction du choix effectué, le rôle du patient est plus ou moins important dans la formation clinique. Parmi ces choix, nous repérons l'étudiant qui joue un rôle pour son collègue apprenant, le patient simulé qui a appris un scénario et qui par ses réponses guide l'examen de l'apprenant, le patient enrôlé (patient ressource expert) (Thievenaz & Tourette-Turgis, 2015) pour la démonstration d'une séquence liée à sa maladie et le « vrai » patient dans une situation de son réelle. Un cinquième type de patient a été mis en place en 2017 : le patient virtuel au cours d'un serious game européen consacré au raisonnement clinique physiothérapique en gériatrie⁶⁶. Spencer (2009), d'un point de vue théorique et empirique, estime que l'apprentissage du raisonnement clinique, serait plus efficace avec des patients virtuels qui permettent la confrontation à de multiples cas.

Les étudiants apprécient les patients virtuels qu'ils considèrent comme des configurations adaptées, réalistes et stimulantes. Ils se distinguent du patient standardisé par la capacité à reproduire des anomalies physiques. Ils permettent aussi une progression dans la confrontation aux patients. La complexité des patients virtuels utilisés à des fins d'apprentissage et d'évaluation peut alors être organisée. Les étudiants en première année de médecine n'ayant pas

⁶⁶ <https://info.erasmusplus.fr/projets-et-impacts/16-les-projets-erasmus/38-un-serious-game-pour-les-etudiants-en-physiotherapie.html>; <https://simforhealth.fr/wp-content/uploads/2017/09/European-Pethra-Cup-.pdf>

encore eu de contact clinique significatif (Gesundheit, 2009), apprécie plus particulièrement cet apprentissage par réalité virtuelle à la différence des étudiants plus expérimentés qui privilégient le face à face avec le patient (Raupach, 2009). La rencontre de cas simulés et cas réels rencontrés dans le service est importante pour améliorer les compétences de raisonnement clinique chez les étudiants de dernière année de médecine (Nikendei, 2009). Peut-être les étudiants déjà confrontés à des cas virtuels rencontrent-ils d'autres problématiques face à un vrai patient, surtout que les étudiants se destinent à un métier du lien, et cherchent à considérer l'autre comme un sujet, du moins dans une partie de ses actes et de ses pratiques. Sans doute y a-t-il une utilité du vrai patient pour l'apprentissage clinique même si la Haute Autorité de Santé scande « jamais la première fois sur le patient ». Le contact direct avec les patients joue un rôle crucial dans le développement du raisonnement clinique, les compétences de communication, les attitudes professionnelles et de l'empathie. Il motive aussi à travers la promotion de la pertinence et le fait de tenir compte d'un contexte singulier, celui du patient. (Spencer, 2000)

6.1 Des recherches actuelles peu centrées sur l'apprentissage en situation réelle

Peu d'écrits traitent de l'apprentissage en situation. Les études « in vivo » sont surtout réalisées pour comprendre comment le raisonnement se réalise chez les professionnels (Carrier, Freeman, Levasseur, & Desrosiers, 2014) dans une recherche de meilleure qualité des soins (Croskerry, 2013), surtout dans le domaine médical (Woods & Mylopoulos, 2015) et notamment chez les urgentologues (Pelaccia & Tardif, 2011).

Certains écrits font état d'un apprentissage dans l'après coup de la situation de soin, qui se réalise avec un superviseur clinique au sein de situations particulières spécialement conçues pour la circonstance avec une boîte à outils technologiques (Audetat, 2014) et sous la forme d'un débriefing de la pratique réalisée. Pour guider les superviseurs, des grilles d'observation de comportement dénotant le raisonnement clinique sont élaborées pour leur permettre de détecter si des aspects de l'attitude de l'étudiant résultent du raisonnement clinique⁶⁷. D'autres écrits portent sur l'apprentissage avec des cartes conceptuelles en maïeutiques (Demeester & Eymard, 2012) ou en sciences infirmières (Paucard-Dupont & Marchand, 2014). L'utilisation de vignettes cliniques est aussi proposée en réadaptation (Dyer, 2015) ou en sciences infirmières (Perrier, 2014).

⁶⁷ CNFS (2011) consortium national de formation en santé, université d'Ottawa

En quoi l'explicitation de son raisonnement clinique en situation professionnelle, par le tuteur, face à un patient lors de la réalisation d'une séance, influence sur l'apprentissage du raisonnement clinique, le rapport au savoir de l'étudiant et motive son désir de savoir ? Cette question me semble être la problématique principale. Car un constat est réalisé à partir d'un superviseur clinicien performant. Parallèlement à la formation d'un étudiant au raisonnement clinique, il faut envisager une formation au tuteur de stage à devenir un superviseur clinicien qui connaît la « chaîne des savoirs ». C'est un point soulevé aussi dans la formation infirmière (Pedarribes & Lefeuvre, 2014). Si les référents de stage n'ont pas formalisé les concepts utilisés lors du raisonnement dans l'action, comment peut-on leur demander d'aider des étudiants de conceptualiser et de transposer dans de nouvelles situations ? Cela pose toute la question de la formation du superviseur clinique. Les jugements évaluatifs et les arguments utilisés par les étudiants lors d'une pratique réflexive sont de nature variable. Le rôle du formateur est essentiel pour aider les étudiants à les exprimer afin d'ajuster ensuite son accompagnement (Grevellec & Marchand, 2014). Rothier Bautzer (2017) a décrit la même difficulté liée à des savoirs empiriques non formalisés dans les sciences infirmières et paramédicales en général.

Le choix de regarder la manière dont le tuteur transmet son raisonnement clinique en situation de soin avec un patient, et la manière dont le jeune MK étudiant construit son raisonnement professionnel clinique, s'est réalisé à la suite de l'étude exploratoire des écrits concernant le raisonnement clinique et son apprentissage et suite aux analogies faites par Jouquan et Audetat (2013) entre raisonnement clinique et évaluation formative avec la démarche clinique. Il y a là, deux rencontres cliniques : celle du médecin avec son malade et celle de l'apprenant avec son tuteur. En situation d'apprentissage de soin, avec le patient, l'apprenant-médecin et le tuteur - médecin sont dans une double posture. L'un et l'autre réalisent un soin, une démarche professionnelle envers le patient. L'un est en situation d'apprentissage, l'autre est en situation de supervision clinique. Comment cette double rencontre clinique opère ?

En effectuant une revue de littérature sur le portail de l'université de Rouen Normandie durant l'année universitaire 2014-2015, quelques 2000 titres sur le raisonnement clinique sont recensés. Concernant l'apprentissage du raisonnement clinique, environ 150 titres sont apparus. Ces titres peuvent être classés en grandes thématiques : les nouvelles avancées dans la compréhension des processus cognitifs du raisonnement clinique, les « techniques » pédagogiques du superviseur clinique, les données sur l'apprentissage de l'étudiant, et ce dans le domaine médical, de la réadaptation, de la maïeutique ou des sciences infirmières.

L'état des lieux de la littérature est centré sur le domaine de la réadaptation, et ce, pour les thématiques précitées. Une synthèse sera effectuée de manière à formuler la problématique de recherche et dégager son intérêt dans la continuité des travaux réalisés auparavant sur le sujet.

L'auto-explicitation semble être d'un grand intérêt pour les étudiants (Chamberland, et al., 2015) pour les aider dans leur apprentissage du raisonnement clinique. Cependant, malgré la confrontation des étudiants à des exemples de raisonnement clinique que ce soit l'écoute des entretiens d'explicitations de résidents ou le guidage par questions, soient importants, le transfert des apprentissages semble pauvre.

Bourget (2013 a) dans sa thèse, réalisée en situation au Canada, utilise des patients simulés, volontaires à qui l'on donnait un scénario à reproduire. En s'appuyant sur les cinq dimensions⁶⁸ interdépendantes identifiées par Chamberland (1994), elle a repéré cinq transformations qui se sont opérées chez les apprenants au cours de leur formation clinique : « l'automatisation et l'adaptation des connaissances procédurales liées à la démarche de collecte d'informations, le déplacement de la cible de la régulation ; le passage d'une recherche de cohérence entre les signes et symptômes à l'évaluation des hypothèses ; le passage du recours aux connaissances biomédicales à l'utilisation marquée des connaissances cliniques ; l'émergence de scripts ». Ces transformations arrivent de façon interdépendante quand la démarche de collecte d'informations est intégrée et quand l'apprenant passe d'une démarche compréhensive physiopathologique à une démarche axée sur la catégorisation de signes et leurs probabilités potentielles. Il y aurait donc une progression dans l'acquisition du raisonnement clinique entre les différentes phases du curriculum. Bourget estime que ces différentes transformations seraient transversales à d'autres professions.

Pour Heather (2012), l'apprentissage de la présentation orale influe aussi sur la concision de la présentation du cas clinique et le raisonnement clinique. Cette capacité à effectuer une présentation concise peut être envisagée avec un programme interactif en ligne qui développe les habiletés pratiques à exposer des situations cliniques concises et raisonnées.

Al Wassia (2015) par une revue de littérature portant sur l'utilisation du tableau de rappel simulé et la discussion à partir de cas comme outil d'évaluation pour les stagiaires en médecine, montre qu'il n'y a toujours pas de preuve convaincante pour l'utilisation des dossiers du patient pour évaluer les stagiaires en médecine en milieu de travail et que des preuves valides, fiables, documentant l'effet éducatif en faveur de l'utilisation des dossiers des patients afin d'évaluer les

⁶⁸ Pour rappel les cinq dimensions sont : les connaissances, les représentations, les structures (scripts, etc.), les processus, la métacognition

stagiaires en médecine sont nécessaires. De même, l'enseignement mixte (Rowe, Frantz, & Bozalek, 2012) dans l'optique de combler l'écart entre théorie et pratique ne semble avoir que peu d'impact sur les performances d'apprentissages du raisonnement clinique. Il semble plutôt que ce soit l'intégration de nouvelles technologies complétant les approches traditionnelles qui ont le potentiel d'améliorer les compétences cliniques chez les étudiants en santé. Cependant l'utilisation du jeu sérieux, à travers une revue, n'a pas fait la preuve de son efficacité ni de son inefficacité. Les méthodes d'évaluation existantes n'ont pas eu la capacité d'analyser les apprentissages qui ont pu se produire dans ces jeux (Abdulmajed, Park, & Tekian, 2015). Cependant plusieurs auteurs insistent sur l'importance et la nécessité de la simulation (Causser, Barach, & Williams, 2014 ; Motola, Devine, Chung, Sullivan, & Issenberg ; Grand, et al., 2013 ; Okuda, et al., 2009). L'apprentissage de l'observation par la simulation devient un facteur important de développement du raisonnement clinique. En enregistrant les mouvements oculaires, Jarodzka et al. (2012) montrent que les projections de vidéos de cas sont un bon outil de guide pour orienter l'attention des élèves vers les caractéristiques pertinentes de la situation. En outre, à la suite de l'essai, les étudiants ont développé des habiletés de raisonnement clinique lors de projections ultérieures de vidéos de nouveaux cas de patients sans aucune indication ne leur soit donnée. Rowe (2012) propose l'utilisation des réseaux sociaux pour développer le raisonnement clinique. Leurs utilisations faciliteraient le raisonnement de réflexion dans le cadre du développement de la connaissance de la pratique en révélant le niveau de la compréhension des élèves de leur pratique clinique.

Le recueil, par questionnaire, des perceptions des étudiants sur l'intérêt d'un apprentissage par problèmes est perçu comme étant peu en rapport avec la réalité, car les vignettes cliniques ne sont pas conformes avec les situations complexes rencontrées dans les pratiques ordinaires et qu'en revanche il présente un intérêt dans le processus d'apprentissage (AlHaqwi & Tariq Awad, 2015).

Cruz (2012) dans une étude qualitative centrée sur les perceptions de ce qu'est le raisonnement clinique pour les étudiants, a permis à travers des groupes de discussions, d'identifier quatre thèmes. Il est perçu d'une part comme un processus instrumental, un processus de clinicien, un processus dépendant de la connaissance et un processus dépendant du contexte. Les résultats de cette étude suggèrent que l'objectif principal du raisonnement clinique est d'aider les physiothérapeutes musculosquelettiques dans le diagnostic et le traitement des problèmes cliniques, et de faciliter une gestion efficace des pratiques individuelles.

Dans la formation médicale pré-doctorale, en général, les étudiants estiment que la rencontre avec le vrai patient est plus instructive et plus authentique que les rencontres de patients simulés.

Toutefois, plusieurs points forts sont à noter dans les rencontres de patients virtuels par rapport aux rencontres de patients réels. Les interactions avec les patients simulés prépareraient mieux les étudiants pour la communication et la confiance en soi, nécessaires pour les interactions avec les patients réels. L'enseignement de compétences nécessaires dans l'examen physique intime serait plus aisé avec les patients simulés car ceux-ci donneraient aussi plus des commentaires constructifs sur les compétences de communication. Ils offrent à l'élève une rétroaction plus spécifique car les patients simulés sont mieux informés du but de la consultation. Même si les étudiants considèrent l'authenticité de la rencontre avec un vrai patient comme un avantage important, leur recrutement difficile représente un inconvénient important. Le choix de contacts réels de patients ou des contacts de patient simulés dépend alors des choix pédagogiques (Bokken, et al., 2009).

Le tutorat est perçu comme un facteur important pour le développement professionnel et le développement de la compétence clinique (Sandars, Patel, Steele, & McAreavey, 2014) car il permet un soutien aux étudiants et met l'accent sur le développement positif et proactif de la personne tout entière, et pas seulement sur le développement de la compétence académique et clinique. L'école de médecine est considérée comme un lieu permettant le développement personnel, combinant le parcours personnel de formation, et le passage à l'âge adulte avec la maturation d'une nouvelle identité personnelle et professionnelle en lien avec la variété de nouvelles expériences acquises et rencontrées dans le lieu de formation. Cependant le soutien au développement des étudiants nécessite une culture organisationnelle considérant celui-ci comme la responsabilité de tout le monde, et la nomination de tuteurs référents personnels. Rencic (2011) préconise un plan de douze conseils permettant aux cliniciens de développer leur compétence pour enseigner de façon réaliste le raisonnement clinique. L'enseignement explicite de la démarche de la résolution de problèmes et la prise de décision peut aider les apprenants à améliorer leurs choix de précision et de traitement de diagnostic. Audetat (2011) dans une étude exploratoire auprès des superviseurs cliniques a pu repérer des points de difficultés et a proposé des plans de remédiations basés sur les erreurs pro typiques rencontrées par les étudiants dans leur apprentissage du raisonnement clinique (Audetat & Laurin, 2012). Pottier (2011) a effectué une évaluation d'un dispositif cartographique procédural pour l'étude du raisonnement clinique. Son travail exploratoire montre que l'utilisation d'une méthode cartographique originale de représentation du raisonnement clinique retrouve les différentes stratégies de raisonnement procédural rapportées dans la littérature et suggère l'utilisation de stratégies mixtes chez les novices comme chez les experts, confrontés à des problèmes cliniques complexes simulés par écrit. Cet outil d'évaluation des processus impliqués dans

le raisonnement clinique pourrait s'avérer utile pour dépister des dysfonctionnements chez des étudiants

Les expériences de raisonnement clinique sont faites avec des patients simulés, ou virtuels, ou des patients enrôlés volontairement. Ces patients ne sont pas là pour recevoir des soins mais comme prétexte à une séquence d'apprentissage. Le raisonnement clinique apparaît comme une situation pédagogique didactique à des fins d'apprentissage avec des patients virtuels, simulés, joués. Il y a peu d'étude sur le raisonnement en physiothérapie (Carrier, 2015). Une étude herméneutique (Ajjawi & Higgs, 2008) a été réalisée a posteriori sur la compréhension du parcours d'apprentissage du raisonnement clinique, pour connaître comment les physiothérapeutes avaient appris. Il ressort qu'un axe dominant de la formation clinique des étudiants en santé est l'apprentissage expérientiel à travers un modèle d'apprentissage où les élèves sont exposés à une gamme de scénarios cliniques et soumis à l'observation et ensuite mis en situation par la pratique clinique supervisée (Delany & Watkin, 2009).

Il ne semble pas y avoir d'études sur l'apprentissage du raisonnement clinique chez les étudiants kinésithérapeutes avec des vrais patients, ainsi que peu d'études en cabinet libéral, et peu d'études en situation de tutorat - apprentissage en situation de soin en libéral. Les études semblent surtout basées sur la compréhension du raisonnement clinique mis en place par les professionnels, dans le domaine cardio-respiratoire (Smith, Higgs, & Ellis, 2008), dans le champ musculosquelettique (Josephson, 2013), dans les unités spécialisées (Holdar, Wallin, & Heiwe, 2013). Le raisonnement clinique y est perçu comme une collaboration avec le patient et très dépendant des facteurs contextuels du patient, des connaissances du praticien et de ses caractéristiques individuelles et de l'image qu'il se représente du patient. Les études sont aussi centrées sur le développement des guides de bonnes pratiques (Oostendorp, 2013) aussi bien en hospitalier qu'en ambulatoire (Normann, 2014).

Les séquences d'apprentissage du raisonnement clinique sont des simulations, des exercices pédagogiques qui permettent de former des professionnels selon les règles prescrites de bonnes pratiques dans un « contexte constant de re normalisation des pratiques » (Thievenaz, 2017). Comme si l'on souhaitait automatiser certaines étapes du processus de décisions et de pensée, à l'image du *Carpenito ou manuel de diagnostic infirmier* de l'association infirmière nord-américaine (NANDA) qui constitue le catalogue des diagnostics infirmiers possibles, plutôt que de développer un processus personnel de réflexion. Comme s'il était recherché la transmission d'une procédure à appliquer pour former des professionnels selon l'archétype du bon professionnel interchangeable polyvalent, respectant les règles de bonnes pratiques, d'un « prêt à porter » alors que le raisonnement clinique devrait permettre une automatisation des routines

professionnelles et en même temps, un processus personnel de réflexion selon les deux systèmes de la pensée de Kahneman (2012).

Le concept du raisonnement clinique est aussi actuellement utilisé avec une visée politique et dans une recherche mondiale d'harmonisation des pratiques (WCPT) pour combler l'écart entre les savoirs de la pratique et les savoirs de la recherche (OMS 2005). Il devient un étendard brandi pour réclamer l'accès direct de la profession. « La législation sur la prescription médicale en masso-kinésithérapie et le processus de raisonnement clinique conduisent le physiothérapeute à user de sa compétence de triage pour assurer la sécurité et l'efficacité du soin » (Panchout, 2018). En quoi l'apprentissage d'une méthodologie basée sur des séquences pédagogiques de simulation, par résolution de problèmes peut-elle servir une visée politique ? En quoi un modèle conceptuel proposé selon une perspective de psychologie cognitive (Charlin, 2012) peut-il être porteur de cette visée politique alors qu'il ne tient pas compte du corps du professionnel, ni de la particularité de son identité professionnelle (Prel, 2001 ; Olry, 2015), ni du patient alors que les politiques de santé sont censées être centrées sur lui, ni des savoirs professionnels qui sont positionnés en stratégie de recours ? Quelles sont les intentions implicites (Janner Raimondi & Wittorski, 2017) ? N'est-ce pas ce que signifie Jeulin (2014) dans sa thèse « Le raisonnement clinique est un outil, une méthode de travail qui permet à la fois de structurer la pratique et d'en faciliter la transcription. Il permet le passage des savoirs à leur application pratique dans le déroulement des traitements. Réciproquement, il permet une analyse rétrospective des pratiques pour en réaliser une transcription savante, à des fins didactiques et de reconnaissance institutionnelle ». La formalisation et l'apprentissage du raisonnement clinique en formation initiale favorisent l'identification des savoirs mobilisés dans la pratique professionnelle et produits par celle-ci. Cette identification ne permet-elle pas la découverte des postures et gestes professionnels du kinésithérapeute, à l'image du « multi agenda de préoccupations enchâssées » des enseignants (Bucheton & Soulé, 2009). N'est-ce pas cela l'enjeu du raisonnement clinique : identifier l'activité quotidienne du masseur kinésithérapeute, faisant de ce processus conceptuel une méta compétence professionnelle (Rey, 2006). Avoir un raisonnement clinique, n'est-ce pas être un professionnel ? Être professionnel, est-ce appliquer une méthode prescrite ou est-ce jouer avec les règles du métier pour concevoir, créer son style (Clot & Faïta, 2000) ? L'apprentissage du raisonnement clinique ne devrait-il pas être un outil d'émancipation pour le professionnel en responsabilité, un outil qui « vise la liberté de celui qu'il soigne » (Winckler, 2016) ? Comment un concept basé sur la résolution de problème, sur la simulation pédagogique, sur la conformité à des examens cliniques à objectif structuré (ECOS) peut-il parvenir à cette visée ?

6.2 Comprendre des pratiques tutorales

Cette recherche se réalise dans la continuité des travaux précédemment cités. Elle se situe dans l'entrelacement des situations précédemment décrites : ce qu'est le raisonnement clinique, comment il s'apprend, comment il se transmet.

Quand le raisonnement clinique est abordé, la question princeps serait une capacité à investiguer, à proposer une rationalité, et à un moment à minimiser les erreurs. Cela n'est pas possible sans un détour par les connaissances et sans passer par une mise en lien de ses connaissances et de l'expérience.

Nendaz (2005) a précisé qu'aider les enseignants à prendre conscience, de manière explicite de leurs propres processus de raisonnement, pouvait les aider à mieux modéliser et expliquer leur démarche de diagnostic face à des cas spécifiques.

Speicher et Kerrhahn (2009) indiquent que l'incitation ou le conseil par le tuteur favorise le transfert des apprentissages de la théorie vers la pratique clinique. En proposant un modèle théorique pour aider à ce transfert, ils semblent alors implicitement annoncer que le raisonnement clinique face à des vignettes cliniques ou des patients virtuels, était une réalité différente de celle de la pratique clinique. Aussi, que se passe-t-il en situation de pratique clinique ? Comment se déroule en situation cette incitation ? Comment le tuteur concrètement s'y prend-t-il pour aider au transfert d'apprentissage ?

Chamberland (2013) explique que le type de connaissances utilisées par les étudiants lors de la résolution de cas cliniques et lors de la confrontation à des cas moins connus serait différent, et l'explicitation par l'étudiant de son raisonnement lorsqu'il fait face à des cas cliniques peu connus, l'oblige à plus de réflexion et à déployer de nouveaux liens entre ses connaissances cliniques et biomédicales, ce qui facilite ainsi la construction d'une représentation mentale plus cohérente des maladies. Nous pouvons imaginer que lorsque l'étudiant est confronté à un cas non connu de cas clinique comme c'est le cas avec un vrai patient, chaque patient étant singulier et l'expression du tableau clinique de sa maladie lui étant propre, l'étudiant va interagir avec le patient et adapter son raisonnement aux informations que lui renvoie le patient. Il devrait donc être plus dans la réflexion lors de l'auto-explicitation de ses prises de décisions.

Comme le soulignent Aper et al. (2014), mener une consultation est une compétence complexe, un art. La consultation est composée des différents temps de la démarche clinique et chacun de ses temps ne se réalisent pas de façon linéaire, mais de façon interdépendante et interactive. Les cliniciens ont alors à intégrer les processus parallèles de gestion de la communication avec le patient, de réalisation de l'anamnèse, de pratique de l'examen technique et du raisonnement

clinique. La tâche complexe de mener des consultations complètes devrait être mise en œuvre au début dans les programmes médicaux parce que les étudiants ont besoin de temps pour transposer leurs connaissances médicales en connaissance clinique applicable. Un cours de consultation intégré devrait comprendre une stratégie étape par étape de l'enseignement avec une variété de superviseurs, de la rétroaction adaptée aux étudiants et à leurs niveaux de compétence. Les élèves devraient être guidés dans la formulation de normes réalisables pour les empêcher de se sentir surchargés dans la pratique de consultations complètes avec des patients simulés ou réels (Aper, et al., 2015).

6.3 Comprendre des pratiques professionnelles ordinaires

Mon intérêt porte sur les pratiques réelles, celles de la vie professionnelle ordinaire, utilisées dans le quotidien de l'activité et non pas sur les pratiques idéales.

Ces pratiques ordinaires font appel à des patients réels. Or, la responsabilité de vrais patients est ressentie par les étudiants comme insécurisante (Aper, et al., 2015). Bokken souligne que l'utilisation de patients réels provoquent une plus grande réflexion et un plus grand impact chez les étudiants (Bokken, et al., 2010). Spencer (2000) préconise un plus fréquent recours aux patients réels dans la formation médicale malgré le peu d'études réalisées sur ce sujet. Pour Yardley (2013), être confronté à de vrais patients permet d'entrevoir les conditions de l'exercice professionnel futur, avec des situations non prévues, avec de vraies demandes de soins de patients à décoder, avec des patients plus ou moins anxieux, avec des situations cliniques complexes qui nécessitent un travail d'équipe. Situations non rencontrées dans les expériences simulées et pour lesquelles le référent clinicien doit jouer un rôle d'accompagnement (Peter & Cate, 2014).

La place du patient, au cœur du processus de soin est maintenant reconnue comme centrale depuis la loi des droits des malades, dite loi Kouchner du 4 mars 2002. En travaillant sur des patients simulés, il me semble que ce patient est replacé dans une position d'objet de soins, de matériel d'enseignement (Spencer, 2010) et non pas dans une position de sujet à qui un soin est destiné et qui co-construit le soin avec le professionnel de santé, conformément au modèle du raisonnement collaborateur de Higgs et Jones (2008).

Concernant ces pratiques ordinaires, l'OMS a établi qu'il y avait un écart « the know-do gap » entre les pratiques appliquées et les pratiques applicables compte tenu de l'état actuel des connaissances liées à la recherche (WHO, 2005). Mon intérêt ne porte pas sur la conformité des pratiques à une norme, mais plutôt sur l'« activité créative » (Betton, 2015) utilisée au quotidien

par le professionnel dans la réalité de la situation de soin face aux imprévus, aux aléas, à ses propres difficultés de déchiffrement de la situation clinique du patient, et aussi dans la réalité de la situation pédagogique avec le hasard de la rencontre de l'étudiant, de sa personnalité, de ses valeurs, de sa représentation du métier. Comment la situation est-elle accommodée par chacun des deux participants le tuteur et l'étudiant, au profit du patient ?

La compréhension de cette pratique ordinaire présente un intérêt d'un point de vue pédagogique pour comprendre comment les étudiants construisent en situation leurs savoirs professionnels du raisonnement clinique, leurs connaissances du patient. Comment construisent-ils de nouveaux savoirs ? Comment intègrent-ils les valeurs du métier lors de la rencontre avec les patients ? Comment parviennent-ils à transposer leurs savoirs savants sur le patient ? Comment parviennent-ils à concevoir la singularité du patient ? Comment parviennent-ils à « écouter » le patient à entendre les mots au-delà des maux et à interagir avec lui ? Comment parviennent-ils à reconnaître le rôle actif essentiel du patient ? (Spencer, 2010)

Le stage étant considéré comme « un impensé » dans la formation des soignants (Rothier Bautzer, 2007) et les réingénieries des études paramédicales (Rothier Bautzer, 2012), cette situation d'apprentissage constitue « un angle mort » de la formation. Pour le tuteur, le raisonnement clinique est-il la transmission d'une expérience ? la transmission d'une connaissance ? l'acquisition d'une démarche ? l'acquisition de problèmes de santé et de leur solution ? la recherche de la conformité de connaissances à une norme ? Quelle est la conception du stage pour le tuteur, quelle transmission souhaite-t-il ? Sur quel modèle se base-t-il ?

J'y vois aussi un intérêt pour le développement de l'expertise professionnelle, le développement professionnel pour le futur tuteur. Comprendre comment celui-ci aide à la construction de ce savoir et comment le tuteur non expert mais expérimenté au sens de Dreyfus et Dreyfus (repris par Benner, 2003), se « débrouille ». La personnalité du thérapeute, son éducation, son expérience, ses connaissances, sa prise en considération du patient comme une personne interviennent dans sa manière d'agir, dans sa manière de faire « vivre » son métier, dans ses décisions cliniques (Holdar, Wallin, & Heiwe, 2013). Quel style du métier le tuteur a-t-il endossé ? Comment se transmet-il cette vision du métier ? Quel rôle prend-il auprès de l'étudiant ? Comment l'étudiant s'inspire-t-il de la manière de faire du praticien ? Comment apprend-il à lire les signes du patient pour comprendre sa situation clinique ? En paraphrasant le titre de la veille de l'IFE « lire pour apprendre, lire pour comprendre » au sujet de l'apprentissage de la lecture (Gaussel, 2015), nous pourrions écrire « lire le patient pour

l'apprendre, le lire pour le comprendre ». Comment lit-il le patient pour l'apprendre, comment le lit-il pour le comprendre ?

La problématique est alors : comment le tuteur, en situation de soin, avec un patient réel, accompagne l'apprentissage du raisonnement clinique de l'étudiant et facilite la lecture du patient ? et comment l'étudiant, en situation de soin, avec un patient réel réalise un raisonnement clinique et en quoi sa lecture du patient est favorisée par le raisonnement clinique du tuteur et son accompagnement ? (Figure 6)

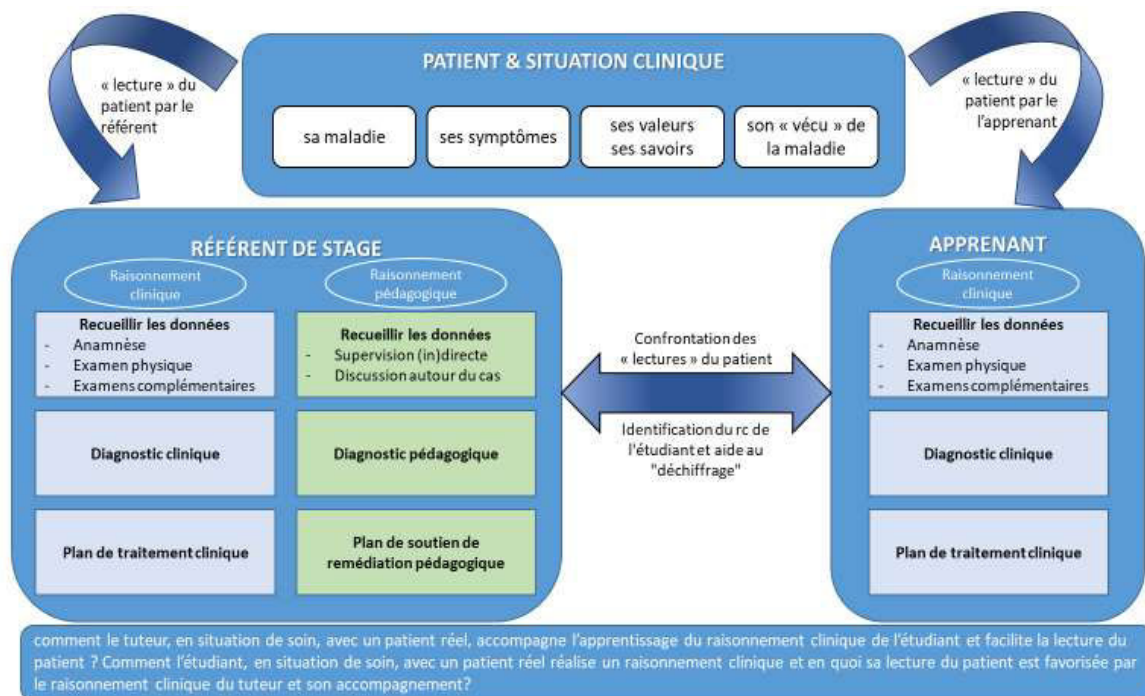


Figure 6: Modélisation de la problématique, inspirée de Audetat 2011

Dans cette partie, nous avons expliqué le choix de notre thématique de recherche : comprendre le raisonnement clinique en situation pour pouvoir instrumenter son apprentissage en institut de formation initiale. Le choix de notre objet de recherche est au cœur de notre implication. La profession étudiée a un contexte mouvant en évolution. Sa définition professionnelle s'est modifiée au cours de ce travail. Elle est en pleine mutation par la réingénierie de ses études depuis 2015. Elle cherche une reconnaissance institutionnelle par la création d'une discipline. Elle est en concurrence avec d'autres métiers inscrits actuellement dans le domaine du bien-être. Elle semble peu présente dans les écrits concernant les projets politiques nationaux de santé (Macron, 2015). Elle est dans une posture d'adolescence professionnelle (Bossard, 2001) ne sachant pas encore ce qu'elle va devenir réglementairement (plan ma santé 2022) avec une nouvelle perspective concernant ses conditions d'accès. Et ce même si les instances

représentatives ont des ambitions d'accès au grade de master 2 et de création de discipline (CNOMK, 2017). Nous avons décliné la théorie du concept du raisonnement clinique telle qu'elle est décrite dans le domaine médical, avec ses modèles conceptuels, ses difficultés, son enseignement. Ce concept se situe dans un paradigme de résolution de problèmes, avec ses propres théories : les scripts de reconnaissances, des réseaux sémantiques et des schémas. Les difficultés de son évaluation à la fois formative et pédagogique ont été soulevées. Leurs analyses ont débouché sur une proposition de démarche diagnostique pédagogique sur laquelle nous nous appuyons (Audetat, 2011). Nous avons énuméré les types d'erreurs repérés dans son apprentissage (Audetat, Sanche, Laurin, 2011) ainsi que les remédiations proposées. Nous avons choisi le modèle conceptuel MOT de Charlin (2012) car la démarche de raisonnement collaborateur kinésithérapeute (Edwards, Jones, 2008) y trouve sa place. Nous avons repéré que peu d'études parlent de l'apprentissage en situation. Les études in vivo sont surtout réalisées pour comprendre comment le raisonnement se construit chez les professionnels (Carrier, Freeman, Levasseur, & Desrosiers, 2014), dans une recherche de meilleure qualité des soins (Croskerry, 2013) surtout dans le domaine médical (Woods & Mylopoulos, 2015) et notamment chez les urgentologues (Pelaccia & Tardif, 2011). Certains écrits font état d'un apprentissage dans l'après coup de la situation de soin (Audetat, 2014) et sous la forme d'un débriefing de la pratique réalisée. Notre intérêt porte sur les pratiques professionnelles quotidiennes de la vie ordinaire, avec des patients réels placés au cœur du processus de soin. Comment le professionnel fait-il face aux imprévus, à ses propres difficultés de déchiffrement de la situation clinique du patient ? Quelle est la réalité de la situation pédagogique de tutorat avec le hasard de la rencontre de l'étudiant, de sa personnalité, de ses valeurs, de sa représentation du métier ?

Dans la prochaine partie, nous développerons les concepts théoriques en lien avec notre problématique à savoir la résolution de problème et la problématisation, l'enquête, les caractéristiques professionnelles dans les métiers du lien, l'activité de travail comme outil d'analyse pour la didactique professionnelle et l'accompagnement en situation.

Deuxième partie :

Le raisonnement clinique comme un schème ?

En nous appuyant sur le contexte de notre recherche, nous cherchons à éclairer notre objet de recherche avec des concepts théoriques pour mieux le cerner. Nous avons soulevé plusieurs dilemmes professionnels et contextuels.

Les experts MK (Signeyrole 2001 ; Lassalle 2007 ; Delplanque 2005) définissent le diagnostic masso-kinésithérapique comme une problématisation. La confédération mondiale de la physiothérapie (WCPT 2005) définit le diagnostic comme le résultat d'un processus de raisonnement clinique et celui-ci est considéré comme une démarche de résolution de problèmes. Est-ce le même registre ? Qu'est qu'une démarche de résolution de problème ? Est-ce problématiser ?

Mener une consultation complète est considérée par les étudiants comme un art et la responsabilité de vrais patients ressentie comme insécurisante (Aper, 2015). Aper préconise de guider les étudiants dans la formulation de normes réalisables pour les empêcher de se sentir surchargés dans la pratique de consultations complètes. Quel est l'effet produit par cette rencontre ? Est-ce l'effet de l'étonnement ? En quoi cette première rencontre avec le patient participe de l'apprentissage ? Quels éléments de développement professionnel sont susceptibles d'être présents ?

Nous sommes intéressé par les pratiques réelles, celles de la vie « ordinaire », utilisées dans le quotidien de l'activité professionnelle, en raison du gap estimé par l'OMS entre pratiques et savoir de la recherche. Les pratiques « idéales » prescrites par la profession et proposées par l'IFMK du fait de sa fonction de « temple des bonnes pratiques » et que nous entrevoyons au quotidien, nous questionnent moins. Comment utiliser une pratique professionnelle comme outil d'analyse ? Y a-t-il des éléments invariants, des concepts en actes reproductibles et transposables en vue de la formalisation de son enseignement ?

L'apprentissage du raisonnement clinique est vu comme un exercice pédagogique, comme une situation de simulation. En quoi l'exposition à une situation réelle peut-elle être une situation potentielle d'apprentissage ? Des règles du métier sont-elles transmises ? Quelles ressources sont utilisées par les tuteurs et les étudiants ?

Nous avons vu que la profession ne s'est pas préoccupée de la formation de ses formateurs ni de ses tuteurs de stage⁶⁹. Une démarche diagnostique pédagogique basée sur un modèle de clinicien superviseur a été proposée par Audetat (2011). Cette démarche a été complétée d'une typologie d'erreurs et de remédiations. Est-ce une pratique habituelle de tuteur de stage en situation professionnelle ? Sont-elles retrouvées chez les étudiants ? Font-elles parties des outils pédagogiques du tuteur ? Qu'est-ce accompagner pour un tuteur de stage ?

Cette deuxième partie va s'articuler autour de plusieurs chapitres thématiques suscités par les dilemmes suggérés par l'exploration du contexte et définis ci-dessus. Dans un premier chapitre, à travers la logique de l'enquête de Dewey (1993), nous explorerons résolution de problèmes et problématisation (Fabre, 2005), à la recherche de l'intérêt de l'utilisation de l'outil « raisonnement clinique » comme support du développement de la pensée professionnelle et des capacités de prise de décision.

Dans le chapitre suivant, nous poursuivrons notre réflexion au sujet du développement de la pensée professionnelle kinésithérapique voire soignante. Quelles sont les caractéristiques des métiers du lien ? Se retrouvent-elle au niveau des actions des professionnels ? Si la problématisation est source de questionnement, l'utilisation de l'outil « raisonnement clinique » permet-il d'adopter une posture de praticien réflexif, leitmotiv des réformes des études paramédicales ? Des indicateurs de développement professionnel (Piot, 2009) pourraient-ils être prédictifs ou révélateurs de « bon » raisonnement clinique ? La maîtrise du raisonnement clinique est-elle un indicateur de la professionnalité du professionnel ? Raisonner cliniquement, est-ce être un professionnel de santé ? Est-ce être compétent ?

Dans le chapitre suivant, nous nous attarderons sur le courant de la didactique professionnelle, dans laquelle ce travail s'inscrit. La didactique professionnelle considère l'analyse du travail comme préalable à toute situation de formation (Pastré, 2002). En nous appuyant sur la structure conceptuelle proposée par Vergnaud (2007), nous inscrirons le raisonnement clinique comme un schème (Nagels, 2017). Nous définirons les registres des ressources pragmatiques ordinaires ou des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive utilisées par les professionnels et les néo professionnels à l'image des propositions de Piot (2015). Ces ressources participent d'un processus de problématisation et de mise à jour de schèmes.

⁶⁹ Des projets sont apparus depuis l'écriture de cette partie : Circulaire du 4 novembre 2016 sur le cahier des charges des formation de tuteur paramédical. Projet URPS-kiné IDF sur une évaluation en e-learning des pratiques des tuteurs (2018). Projet formation de formateur paramédical, en partenariat ARREP-INK-CNAM (2018)

Ensuite, en nous appuyant entre autres sur Mayen (2012), nous analyserons en quoi une situation peut être source d'apprentissage. La situation productive dans un métier du lien a-t-elle une particularité ?

Dans un autre chapitre, en nous appuyant sur l'étonnement (Mayen, 2014 ; Thievenaz 2017), nous expliciterons en quoi celui-ci peut être source d'apprentissage (Broussal, 2018). La première séance, premier moment de rencontre avec l'étudiant serait-elle un moment privilégié qui en ferait un temps d'apprentissage réciproque, un temps d'apprivoisement ? La première rencontre serait-elle une situation emblématique ? Quelle serait la place du patient dans cette première rencontre ?

Dans un dernier chapitre, nous exposerons les modèles de l'accompagnement d'après les travaux de Paul (2004), Vial-Caparros-Mencacci (2007) et en particulier ceux de Kunegel (2011) sur les maîtres d'apprentissages et l'encadrement en situation de stage. Nous indiquerons en final nos questions de recherche.

7 Le raisonnement clinique : une logique de l'enquête ?

L'apprentissage du raisonnement clinique médical a été institué, sous la forme de résolution de problèmes. Après une série d'examen et d'hypothèses, le soignant pose un diagnostic et propose la mise en œuvre d'un plan de traitement qu'il juge le plus pertinent compte tenu de la situation du patient. Cette démarche a été recrée sous forme de vignettes cliniques qui permettent de résoudre des situations cliniques emblématiques régulièrement rencontrées dans la vie professionnelle. La résolution d'un cas clinique est-elle un problème à résoudre ?

7.1 Problème et résolution de problème

Le problème est défini comme « toute situation qui se caractérise par un ensemble de données, un ensemble de questions qui précisent le but à atteindre, un ensemble de contraintes qui délimitent les actions du sujet » (Weil-Barais, 1993).

Fabre (1999) propose de définir les problèmes à l'aide de 4 caractéristiques : la représentation du problème, la structuration de l'information, la manière dont le traitement est géré, et l'orientation cognitive choisie. La représentation du problème peut être soit une recherche de changement d'état en appliquant une série de mesure, soit une recherche de relation dans un ensemble (induction de structure). S'il s'agit de comprendre une procédure ou de faire preuve de connaissances les problèmes sont « sémantiquement riches » (Weil-Barais, 1993) et sont dit

problèmes de laboratoire. Les problèmes de terrain sont régulièrement des descriptions à *posteriori*. Ce premier point nous rappelle un élément décrit dans le contexte, le raisonnement clinique y est décrit comme une pratique de simulation et consiste régulièrement en une reconstitution à *posteriori* de la situation clinique rencontrée. Il s'agirait alors d'un problème de laboratoire au sens de Weil-Barais.

La structure de l'information dépend du niveau de compréhensibilité du problème, de la complétude des données et son degré de fermeture. Le problème est alors plus ou moins ouvert en fonction de la spécification du but à atteindre et des données disponibles. S'il n'y a qu'une seule solution et qu'une seule procédure de résolution, il est dit fermé. S'agissant d'un problème clinique, une seule solution n'est pas envisageable, le problème de santé est ouvert. Pour qu'un problème soit dit complet, trois notions doivent être aperçues : -la reconnaissance du signe que l'on recherche lorsqu'il se présente et la solution qu'il donne ; -la déduction à faire suite à cette solution et avec quelles données ; -le rapport possible entre les données connues et inconnues. S'agissant d'un problème clinique, les trois notions proposées par Fabre (1999) correspondent à l'interprétation des indices clés présentés par le patient et la traduction de ceux-ci en concepts médicaux, qui se traduisent par des hypothèses de travail à tester ; le cas clinique est alors un problème complet. La gestion du problème est liée à la dévolution qui en est faite (Brousseau, 1998). Il est rare que la même personne présente le problème, l'étudie, propose la solution et la mette en œuvre. Dans l'état actuel du parcours de soin, le médecin présente voire étudie le problème pour le professionnel. L'accès direct est une recherche de gestion totale du problème.

Dans l'orientation cognitive, Fabre (1999) distingue trois processus : la position du problème, sa construction et sa résolution. Les processus de résolution de problèmes ont différentes phases : une élaboration de la représentation du problème suite aux interprétations des données initiales et à rechercher, des contraintes à prendre en compte et du but à atteindre ; une autre phase consiste en un traitement des données, puis une prise de décision (Weil-Barais, 1993).

Si nous considérons l'apprentissage du raisonnement clinique à partir de cas clinique avec des énoncés, le problème est complet, compréhensible, ouvert. Lorsque celui-ci est réalisé en situation écologique a-t-il les mêmes caractéristiques ? Est-il toujours ouvert, complet ? Y a-t-il une démarche d'interprétation des données, des contraintes ?

Le diagnostic MK avec ses trois niveaux de problématiques (Signeyrole, 2001) serait l'illustration de l'étape de la représentation du problème. Les données collectées seraient représentatives de la problématique clinique, le but à atteindre serait lié à la connaissance des tableaux cliniques ou problématique théorique, et les contraintes seraient illustrées par la

problématique professionnelle, le périmètre d'action du professionnel étant lié à son décret d'actes. Il propose une pratique comme solution. Cependant le problème deviendrait fermé compte tenu de son adaptation au patient présent. Pour autant, le diagnostic MK est-il une activité de problématisation ? Le professionnel est-il en capacité de définir les conditions et données de son problème, ses normes ?

7.2 Problématisation et enquête

Dewey (1938) définit l'enquête comme un acte de pensée par lequel un sujet va « transformer une situation obscure, douteuse, conflictuelle, troublée en une situation claire cohérente, stable, harmonieuse. » Il distingue cinq étapes dans la réflexion : la perception du problème liée à un déséquilibre entre le résultat souhaité et les moyens à mettre en œuvre, sa détermination, la suggestion de solutions possibles ; l'examen raisonné des suggestions et de leurs conséquences ; l'émission d'une opinion suite au test voire l'expérimentation des hypothèses.

S'appuyant sur Dewey (1993), Fabre et Musquer (2009) définissent le processus de problématisation comme « un ensemble d'opérations visant à déterminer des données et des conditions (position et construction du problème) et à générer un certain nombre d'hypothèses de solutions à tester au regard de ces données et conditions (résolution du problème) ». Pour Rey (2005), c'est « le mouvement par lequel se déterminent mutuellement les faits à prendre en compte et le modèle qui permet de les interpréter ». Pour que cette problématisation soit véritable, l'étudiant doit lui-même construire le problème en utilisant trois types de modèles d'interprétation possibles : un registre interprétatif empirique, un registre explicatif (Orange, 2005) et un registre des « principes régulateurs » qui repose sur les principes et normes à prendre en compte (Rey, 2005). La totalité du processus de problématisation est à la charge du sujet, ce qui le différencie du processus de résolution de problèmes (Fabre, 2014). Ainsi, un apprentissage du raisonnement professionnel par vignettes cliniques est du domaine de la résolution de problème. Lorsque l'institut de formation prescrit comme objectif institutionnel à l'étudiant la construction d'une vignette clinique à partir d'une situation clinique vécue en stage, il cherche alors à le positionner dans une démarche de problématisation. Cependant, il est possible de s'interroger sur la nécessité d'une telle prescription. La confrontation avec le patient en situation écologique ne permet-elle pas en elle-même cette démarche de problématisation sans qu'il soit nécessaire de la faire à posteriori ?

Fabre (2005) distingue cinq caractéristiques de la problématisation : les trois conditions du problème à savoir sa position, sa construction et sa résolution, une recherche d'inférences des données connues et inconnues dans un ensemble, une utilisation de normes et principes pour contrôler ce qui est fait, une dialectique alternant à la fois à un contrôle de la théorie par la pratique et la pratique par la théorie, « d'une schématisation fonctionnelle du réel qui renonce à tout embrasser et à reproduire la réalité mais vise plutôt à construire des outils pour penser et agir ». La problématisation serait alors « une formalisation de la pensée » (Fabre, 2014). Problématiser serait alors le contraire de l'utilisation des explications habituelles et de la routine (Eteve, 2014). Il y aurait production de savoirs construits entre le problème perçu et sa construction (Orange, 2005). Problématiser est alors passer d'une logique d'application des données à une démarche de questionnement des évidences qui permettrait par la confrontation de choisir les savoirs les plus pertinents pour des actions les plus adaptées. Cette définition ressemble à la recherche de la pratique basée sur des résultats probants dans le cadre de la démarche EBP, démarche dans laquelle s'inscrit aussi l'institutionnalisation du raisonnement clinique. Cependant la démarche de questionnement due à la problématisation va au-delà de la prise de conscience, elle engage le sujet à un travail sur ses représentations, sur ses normes, sur ses façons de penser la pratique (Fabre, 2005), sur son expérience. La démarche de raisonnement clinique engage-t-elle le professionnel dans un travail sur soi, sur son travail et son expérience ? Est-elle véritablement une démarche de problématisation telle qu'elle est décrite par les représentants de la profession ? Pottier et col (2009) ont cherché à étudier la part de problématisation dans le raisonnement médical. Ils ont identifié deux moments de problématisation, l'un initial, l'autre réalisé après la confrontation à un sentiment d'impasse, lors d'une confrontation à son expérience.

Dewey définit l'expérience selon deux points : « l'interaction de l'organisme à l'environnement » et la logique expérimentale de la connaissance, l'enquête, et deux phases l'une passive, l'autre active. « Il y a un effort fait en vue de procurer un avantage pour modifier l'environnement dans les intérêts de la vie » (Dewey, cité par Zask, 2015, p 50). Dewey (1910) parle d'interaction et de situation. L'interaction est la relation qui s'établit entre le sujet, les objets et d'autres personnes (Dewey, 1968). L'expérience est liée à la situation et l'interaction du sujet avec celle-ci. « Le principe de la continuité de l'expérience signifie que chaque expérience, d'une part, emprunte quelque chose aux exigences intérieures et, d'autre part, modifie de quelque manière la qualité des expériences ultérieures » (Dewey, 1968, p 473). L'expérience est alors une réorientation de la conduite du sujet suite à un événement qui lui a fait interrompre le cours de son activité, qui l'oblige à reprendre son activité et d'envisager ses actions futures. Cette démarche repose sur une logique de production de connaissance et de

responsabilité du pensant, « tout acte de pensée intelligent signifie une augmentation de liberté dans l'action-une émancipation à l'égard du hasard et de la fatalité » (Dewey, cité par Zask, 2015, p 58). Toute expérience conditionne les futures expériences. Ainsi en le paraphrasant, un étudiant qui apprend à lire le patient trouve alors dans son environnement de nouvelles possibilités et de nouveaux désirs, mais il acquiert en même temps des mécanismes, conditions objectives de son savoir ultérieur. Quand il apprend à le lire, il s'ouvre en même temps de nouvelles perspectives de compréhension des futurs patients et de l'environnement. L'enquête tient non seulement compte du problème et de sa détermination mais surtout de l'effet sur le développement professionnel du sujet en interaction dans la situation. En nous basant sur la définition et les caractéristiques des métiers destinés à autrui (Piot, 2009), nous estimons que la démarche de raisonnement clinique est une enquête car elle engage le professionnel dans une situation et qu'il est en interaction avec les éléments de la situation, interaction qui fait l'essence même de l'activité et qui est toujours en recomposition. Celui-ci est alors impliqué et impliquant dans la situation. (Figure 7)

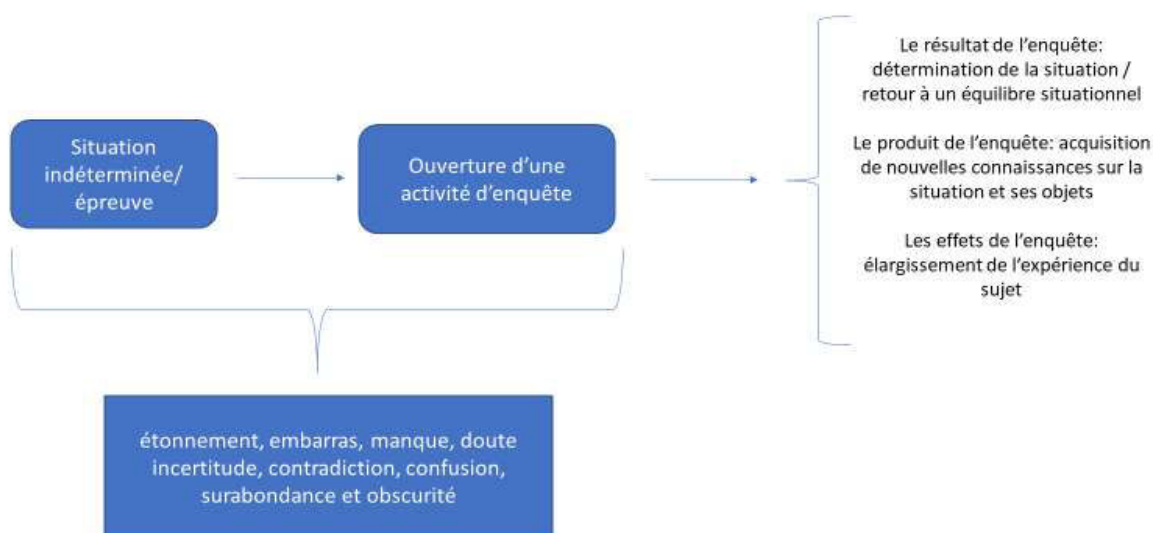


Figure 7: Schème de l'enquête selon Dewey et déclencheurs de l'enquête (Thievenaz, 2017 e)

L'enquête est dans un double processus de recherche de retour à une situation stable et explicite mais aussi de « reconstruction réorganisation de l'expérience qui ajoute à la signification de l'expérience et qui augmente la capacité à diriger le cours des expériences ultérieures » (Dewey, 1916). L'enquête est à considérer comme une problématisation de l'expérience personnelle du sujet (Fabre, 2014). Son intériorisation est plus ou moins facilitée par la médiation d'une aide extérieure. Si l'on considère l'activité de soin comme une co-production, le raisonnement clinique est alors un outil qui permet au professionnel de mener l'enquête, de jauger la situation

en partenariat avec le patient : « l'esprit éduqué est celui qui dans une situation donnée, juge la portée à accorder à chaque étape » (Dewey, 1910, p 106). Cet outil d'enquête engage le professionnel au-delà de la simple prise de conscience du problème, de l'analyse de pratique dans une démarche de problématisation de son expérience. Il serait alors perçu comme un outil pour comprendre et transformer la réalité (Fabre, 2005 p 8) et se transformer. Comment favoriser cette problématisation ?

Fabre et Musquer (2009) définissent l'inducteur de problématisation comme des aides spécifiques pouvant activer les schèmes cognitifs en fonction des différents éléments du processus de problématisation. (Figure 8) Il « relève de ce qui, dans l'énoncé du problème, dans les interactions maître/élève ou dans le dispositif mis en place, est susceptible d'activer chez l'élève de tels schèmes anticipateurs ». L'apprentissage étant une mobilisation continue de ces schèmes, il serait alors possible d'utiliser ces inducteurs pour inciter à la problématisation de l'étudiant. L'inducteur de problématisation a plusieurs caractéristiques : il est inhérent au milieu pédagogique, il est représenté par une manière de questionner et de suggérer. « Son trait de surface ou amorce » représente sa forme. Il a trois fonctions : une fonction cognitive d'opérationnalisation des trois temps du processus de problématisation ; une fonction argumentative à faire débat avec les hypothèses proposées ; une fonction épistémique d'identification du savoir à construire. Il a plusieurs formes selon qu'il vise la position du problème au niveau des données ou conditions de celui-ci, l'émission d'hypothèses en fonction des données et des conditions du problèmes ; la critique des solutions proposées ou l'articulation des données et conditions du problème. (Figure 8)

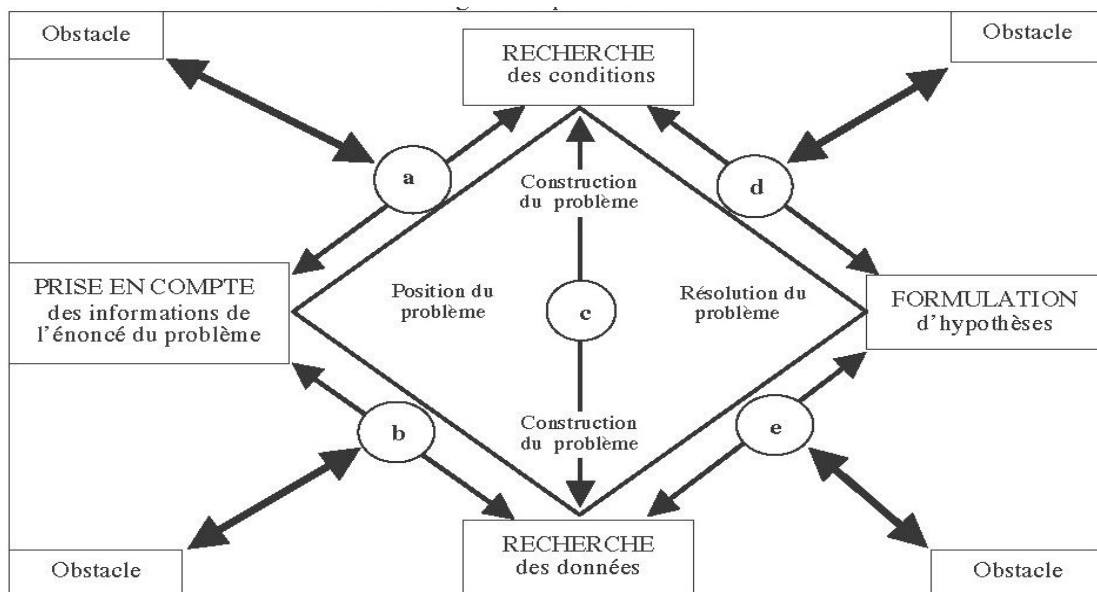


Figure 8: Losange et inducteurs de la problématisation (Fabre, Musquer, 2009)

Thievenaz (2017d, 2017e), s'appuyant sur Dewey, définit les « déclencheurs de l'enquête » comme « les modes de pensée ou les configurations expérientielles propices à l'ouverture d'une activité réflexive chez le sujet à l'occasion de la conduite de son action ». Ces déclencheurs seraient l'annonce d'un déclenchement d'un apprentissage chez la personne qui les manifestent. Il décrit différents types de déclencheurs de l'enquête chez les apprenants : étonnement, embarras, manque, doute incertitude, contradiction, confusion, surabondance et obscurité. L'étonnement serait lié à la confrontation à une situation inhabituelle par rapport à l'attendu. L'embarras survient lorsque les moyens à mettre en œuvre pour atteindre le but sont inadaptés. Le manque se manifeste par une absence de compréhension de l'évènement rencontré. Le doute et l'incertitude sont liés à une non-inférence des données présentes du problème. La contradiction apparaît lorsque plusieurs solutions se présentent aux conséquences contradictoires. La confusion survient lorsque le sujet ne peut pas prévoir les résultats de l'action qu'il mène. La surabondance est liée à un afflux d'informations. Un dernier déclencheur est l'obscurité lorsque le sujet ne sait pas ce qu'il va advenir des résultats de son action. Ces différents déclencheurs mobilisent des registres différents de l'enquête, selon les trois matrices expérientielles, cognitives et culturelles entrevues par Dewey dans sa théorie (Zask, 2015).

Étapes de l'enquête (Dewey,1910)	Étapes du raisonnement clinique (Charlin, 2012)	Déclencheurs de l'enquête (Thievenaz, 2017d, 2017e)	Erreurs dans l'apprentissage du raisonnement clinique (Audetat, Sanche, Laurin, 2011)
Perception du problème	Étape 1 : représentation initiale de la situation	Étonnement, Surabondance,	Erreur de type 1 : difficultés à la recherche des indices clés
Détermination du problème	Étape 1 : représentation initiale de la situation	Embarras, manque	Erreurs de types 1 et 2 : difficultés à la recherche des indices clés et non-priorisation des données
Suggestion de solutions possibles	Étape 2 : représentation dynamique de la situation	Doute, incertitude	Erreur de types 2 et 3 : fermeture précoce et non-priorisation des données
Examen raisonné des suggestions	Étape 2 : représentation dynamique de la situation	Contradiction	Erreur de type 3 : non-priorisation des données
Émission d'une opinion voire expérimentation	Étape 3 : représentation stabilisée de la situation	Confusion	Erreur de types 4 et 5 : représentation globale de la situation, élaboration d'un plan de traitement

Tableau 4: Regard croisé enquête -raisonnement clinique, étapes, déclencheurs et erreurs

Considérant les étapes du raisonnement clinique, le dépistage des indices clés serait une recherche des éléments déclencheurs de l'enquête, qui permettrait l'amorce de la démarche d'enquête par la découverte des données, conditions de la situation au cœur de son environnement. Nous pouvons recouper les différentes étapes et déclencheurs de l'enquête avec les différentes étapes et erreurs de l'apprentissage du raisonnement clinique (Audetat, Sanche, Laurin, 2011 ; Thievenaz, 2017d, 2017e) (Tableau 4)

7.3 La première séance : une situation problématique

La première séance avec le patient est entrevue sous deux aspects : une première rencontre vue comme un commencement et une rencontre avec un sujet inconnu qu'il va falloir découvrir à propos d'un but à découvrir et d'une situation problème à construire.

La première séance peut être vue comme un commencement. La séance de soin en tutorat est une triple rencontre. Elle met en parallèle trois rencontres cliniques : celle du tuteur avec l'étudiant, celle du soignant avec le malade et celle, plus ou moins présente selon les séances, de l'étudiant avec le patient. Cette première fois est située dans une relation de double domination (Dejours, 2014). Le tuteur connaît déjà le patient, et le tuteur supervise l'étudiant, plaçant celui-ci dans une position basse. Étudiant et patient ne se connaissent pas, le patient n'a pas forcément choisi l'étudiant.

Cette première séance est une situation inédite, il s'agit de la découverte du patient, de son corps, de ses mots, de ses maux. L'étudiant doit au premier coup d'œil repérer la situation alors même qu'il se fait une image de la situation : « un commencement est d'abord attaché à la représentation d'un sujet qui débute à propos d'un processus en cours, qui l'embarque, qu'il embarque ou actualise » (Olry, Ducharme, 2017). Cette situation de mise à l'épreuve professionnelle, alors qu'il n'a pas assisté aux séances précédentes du patient, le fait entrer dans un processus de soins en cours, sans qu'il en connaisse les règles d'actions, sans anticipations possibles, sans expérience sur laquelle s'appuyer, parfois en difficultés pour obtenir les informations nécessaires et en incapacité à proposer un plan de traitement adapté (Olry, Ducharme, 2017). Mais n'est-ce pas une formidable opportunité d'apprendre de la situation (Pastré, 2011), d'aiguiser son désir de savoir

La première rencontre peut être vue comme une situation d'étonnement. Cette première rencontre peut être considérée comme une « forte surprise provoquée par quelque chose d'inattendu ou d'extraordinaire » (cntrl) ou un étonnement. Il est aussi une émotion causée par

un événement ou une réalité qui conduit à se poser des questions du fait de son caractère inhabituel, inattendu, étrange, difficile à expliquer.

Hameline (2014) considère plusieurs composantes à l'étonnement : une composante de surprise, un effet de comparaison, et une notion de fragilité. L'émotion liée à l'étonnement arrive par la découverte d'une situation à laquelle le sujet n'était pas préparé. Il va alors comparer cette situation à un attendu et se retrouver dans deux situations potentielles, une étrangeté ou une situation ressemblante à une épisode rencontré antérieurement : « S'étonner c'est comparer ce qui advient avec ce qui est, avec ce que l'on attendait, avec ce que l'on estimait devoir être » (Hameline, 2014, p 11). Cette double situation n'est pas sans rappeler le modèle des deux vitesses de la pensée. Le soignant est-il face à une situation connue à laquelle il a déjà été confrontée, ou une situation inconnue pour laquelle il n'a pas encore de routines. Ce que Mayen appelle les « ruptures d'anticipation » (2014), comme un passage entre système 1 et système 2 du fait de cette rencontre d'un inhabituel. La démarche de raisonnement clinique telle qu'elle est décrite par Charlin (2012) est non seulement une démarche d'enquête, mais elle est surtout basée sur une démarche d'étonnement, repérer les indices clés par rapport avec ce qui est connu du tableau clinique de la pathologie, rechercher les éléments qui auraient dû être présents mais qui sont pourtant absents ; puis se prononcer sur une situation future en établissant un pronostic en fonction de ce que les thérapeutiques peuvent apporter. Elle demande au professionnel d'être sur le qui-vive en permanence. « *C'est non-l' étonnement qui fait la professionnalité, mais la confrontation à l'étonnement qui est source de professionnalisation* » (Masse & Gouyet, 2014)

Cet étonnement est l'opportunité d'acquérir de nouveaux savoirs mais est aussi l'occasion d'angoisse et génère de l'altération du fait même de la rencontre (Hameline, 2014). L'étonnement est toujours présent dans les métiers de la relation à autrui « encore pour s'étonner faut-il être présent dans la relation à l'autre » (Cifali, 2014). Il n'y aura altération et étonnement qu'en cas de d'intérêt pour la singularité et de la situation et du sujet. Comme l'écrit Saint -Exupéry dans *le petit prince*, apprivoiser c'est créer des liens. Apprivoiser le malade lors de sa première rencontre peut alors être considéré comme faire des liens entre ses différentes dimensions biopsychosociales pour appréhender la réalité de celui-ci. « *Le choc de la rencontre et de la prise de conscience de la réalité d'autrui* » (Ardoino ; 2014, p 46) est source d'apprentissage. Encore faut-il que le choc ne conduise pas à l'éblouissement à l'aveuglement ou à l'inquiétante étrangeté (Freud, 1919) tant la confrontation est forte. La confiance est alors nécessaire pour accepter d'être déstabilisé et touché par une situation non comprise. Montrer son étonnement c'est aussi montrer son non savoir (Cifali, 2014). Thievenaz (2014) a élaboré quatre types d'indices permettant de repérer l'expression de l'étonnement dans l'activité à la

fois à travers l'expression corporelle, les discours, les intonations et les échanges entre les acteurs. Ces indices peuvent alors servir au tuteur comme repères. Au tuteur de créer les conditions de cette surprise au sein d'un espace de développement potentiel où l'étudiant pourra être « disponible à la surprise » (Ardoino, 2014) et disponible à autrui. « Accepter d'être surpris, d'être mis en déroute par le surgissement 'un autre, là où on ne l'attend pas, rend un professionnel plus apte à se guider dans les imprévus d'une relation » (Cifali, 2014, p 146). Il s'agirait donc d'une disposition personnelle. Cifali estime que l'étonnement est d'abord l'affaire du professionnel. Jobert et Thievenaz (2014) précisent que c'est l'écart à la norme qui fait étonnement et pour connaître celle-ci, il faut déjà être dans le métier, « avoir un déjà-là » pour pouvoir s'étonner. Nous sommes face à un paradoxe, l'étonnement permettrait d'apprendre, or il faut déjà des connaissances pour pouvoir s'étonner et repérer ce qui est inhabituel.

Cifali (2014) estime que c'est au professionnel de transmettre à l'étudiant son propre étonnement pour lui permettre à son tour de s'étonner et de « construire de l'expérience ». En donnant à voir sa capacité d'étonnement, le professionnel offrirait une vue sur son rapport au savoir, sur son engagement au métier. L'étonnement serait alors une source de développement de sa capacité à penser (Fabre 2014). L'apprentissage du raisonnement clinique basé sur une démarche d'étonnement serait-il un outil d'aide au développement de sa capacité de pensée, permettant à l'étudiant de se mettre en posture de professionnel « s'étonnant de » devant la singularité de cas patient rencontré. « Le développement des capacités de percevoir, de penser et d'agir serait la possibilité d'une émancipation » (Astier, 2014).

7.4 Le raisonnement clinique lors de la première séance : une enquête à construire

« Raisonner c'est exercer l'art de la pensée » (Dewey, 2004, p. 40), le raisonnement clinique est alors l'art d'exercer la pensée clinique en se basant sur des données probantes, et non seulement sur des certitudes car « le raisonnement permet de discerner les éléments éprouvés de ce qui est basé sur des certitudes » (Dewey, 2004). L'institutionnalisation du raisonnement clinique est alors une éducation à la pensée du professionnel de santé, celui-ci est transformé en clinicien chercheur capable de décision, d'analyse de son expérience, basé sur l'intégration des données fondamentales, les valeurs soignantes et les siennes de valeur. La première séance serait alors un évènement qui provoquerait l'étonnement déclencheur d'enquête et de travail de problématisation de la situation rencontrée dans laquelle le praticien est impliqué. « Il n'y a pas de pensée sans étonnement, celui-ci doit alors être heuristique pour initier une démarche de problématisation » (Fabre, 2014)

8 La pratique professionnelle d'un métier du lien comme objet d'analyse

L'analyse de la pratique professionnelle est l'étude de l'activité humaine singulière et intentionnelle en situation, produite dans un souci d'efficacité. (Marcel et al, 2002). Cette activité implique un sujet en interaction dans un environnement donné et dans des contextes définis. Nous nous trouvons ici dans le cadre particulier de la pratique professionnelle dans les métiers du lien, en référence à la didactique professionnelle qui se base sur l'étude de la conceptualisation des situations et dans une situation particulière, un « entre-trois » au cours d'une situation de soins dans un cabinet libéral.

8.1 Spécificité de la pratique professionnelle dans les métiers du lien

L'activité professionnelle des métiers du lien est réalisée par un humain qui s'adresse à un autre humain dans l'objectif de son développement et son apprentissage (Maubant, 2013).

8.1.1 Un double registre de compétences

Selon Piot (2009, p 263) « le travail de l'interaction humaine, ou l'activité du travailleur est adressée à autrui, se distingue du travail industriel classique en ce sens qu'il est écologique, interprétatif, historicisé (Piot, 2006) et requiert la maîtrise d'un double registre de compétences (Mayen, 2007), d'une part des compétences sur l'objet de service qui correspondent [...] aux techniques de soin pour l'infirmière [...] et d'autre part, des compétences communicationnelles et relationnelles qui consistent à obtenir et garder la confiance d'autrui, à conduire des conversations exemptes de malentendus ou de non-dits, c'est-à-dire des conversations satisfaisantes au sens de la pragmatique ». Dans ce double registre de compétences, se trouve ainsi intégré le registre des savoirs constituant la compétence « raisonnement clinique », que Maubant (2013) a distingué en compétence de diagnostic et compétence de conception et mise en œuvre du traitement. C'est sur la qualité de ces dernières compétences, que les sujets bénéficiaires du soin jugeront de l'efficacité du traitement en fonction de la qualité de interactions produites. Ce métier du lien a alors la caractéristique d'être adressé à un sujet et à son corps, ce qui en fait un double sujet-objet, dont la relation singulière doit tenir compte du fait de la subjectivation-projection du patient et qui s'exprime à travers les interactions langagières.

8.1.2 Le registre particulier des savoirs de compétence diagnostique

Le MK, d'après la définition des métiers du lien de Piot (2009) renforcée par celle de Maubant (2013) réalise une double démarche professionnelle, l'une s'adresse à la relation avec le patient au niveau subjectif le corps sujet et l'autre s'adresse à la compréhension du corps-objet par

l'interprétation de ces signes cliniques à travers la démarche de raisonnement clinique. Jouquan et Audetat (2013) comparent cette dernière à une démarche clinique, car toutes deux ont pour « finalité la sollicitude à l'égard d'une tierce personne ». Quelles sont leurs caractéristiques ?

Le mot clinique se définit sous plusieurs formes : qui s'opère au chevet du malade ; qui repose sur l'observation directe du malade alité ; qui repose sur l'observation des symptômes physiques ; qui est typique des diagnostics médicaux les plus fréquents (Cntrl). La démarche clinique est l'activité réalisée au pied du lit du malade, celui-ci étant alité, à la lecture des signes cliniques du patient ; le raisonnement clinique englobe la démarche clinique. Grace à l'expérience clinique, « le praticien tient sur l'individu un discours à structure scientifique » (Fabre, 1963). Ce praticien a un regard particulier : le regard clinique « il est pris dans une spirale indéfinie, il s'adresse à ce qu'il y a de visible de la maladie-mais à partir du malade qui cache ce visible en le montrant, par conséquent, il doit reconnaître pour connaître » (Foucault, 1963, p 28). La démarche clinique s'adresse à un individu singulier : « la perception médicale ne doit s'adresser ni aux séries ni aux groupes ; elle doit se structurer comme un regard à travers une loupe qui, appliquée aux différentes parties d'un objet, y fait encore remarquer d'autres parties que l'on n'apercevrait pas sans cela (Foucault, 1963, p 35). Elle consiste à repérer la densité et la profondeur de la maladie : « le labeur du médecin quand il décrira la maladie sera de restituer l'épaisseur vivante » (Foucault, 1963, 35).

Quant à la démarche clinique de recherche, Cifali (1996) la définit comme « une approche qui vise un changement, se tient dans la singularité, n'a pas peur du risque et de la complexité, et co-produit un sens de ce qui se passe ». La démarche clinique est centrée sur une ou des personnes en situation et en interaction, avec l'objectif premier de comprendre la dynamique et/ou le fonctionnement de ce sujet dans leur singularité irréductible (Blanchard Laville, 1999).

Revault d'Allonnes (1989) a défini les caractéristiques de cette démarche. Elle a un lien important avec la pratique à laquelle elle se réfère. Elle cherche à apporter distanciation et compréhension. Elle fait l'objet d'une demande de la part du sujet ou du chercheur. Elle postule que demandeur et demandé soient tous deux en position de demandeurs, pour rendre possible la rencontre. Elle est interpersonnelle, « l'objet étant un ou des sujets, elle travaille dans et sur la relation » (p 23). Elle relate les interactions du au décalage de « l'espace ouvert de la demande » par un dispositif mis en place. Elle met l'accent sur l'implication du chercheur selon les trois moments forts : une prise de conscience affective et intellectuelle de l'implication dans toute sa complexité, d'une prise de distance à l'objet puis d'une maîtrise de la relation. Le chercheur est au cœur de son thème de recherche, et la personne interviewée est considérée comme une personne singulière et non comme un objet. « La démarche clinique

est doublement subjective » Rinaudo (2014). Elle invite à une posture clinique porteuse d'une attention particulière au sujet et cherchant à donner du sens à ses actions. Elle tient compte des situations dans leur diversité et analyse subjectivité et intersubjectivité. « Une des spécificités de cette démarche consiste bien dans le fait de s'attarder auprès du singulier pour lui-même, en le reconnaissant dans son épaisseur propre, sans renoncer à une certaine forme de généralisation » (Blanchard-Laville, 2005)

Des points communs se retrouvent dans ces deux démarches, une attention particulière au sujet, une implication du clinicien ou du regard clinique pour le médecin, les deux cherchent à donner du sens aux situations. « Une démarche clinique n'appartient pas à une seule discipline, elle ne constitue pas un terrain spécifique, c'est un art de la recherche, de l'intervention et de la formation » (Cifali & Giust-Desprairies, 2006) tandis que l'acte de connaissance médicale est défini par « le croisement systématique de plusieurs séries d'informations homogènes les unes aux autres-plusieurs séries qui enveloppent un ensemble infini d'événements séparés, mais dont le recoupement fait surgir, dans sa dépendance isolable, le *fait individuel* » (Foucault, 1963, p 54). Nous pouvons résumer la démarche clinique est alors une démarche de métier du lien ou chacun produit de la connaissance à partir d'une situation dans laquelle il est impliqué. Le raisonnement clinique basé sur une démarche de recherche de connaissance médicale est une démarche clinique dans laquelle le praticien, en recherche de compréhension de son patient et de l'intersubjectivité installée par l'interaction, est impliqué. N'est-ce pas ce qui fait sa difficulté, sa complexité et sa mise en exergue ? Il nous semble que la démarche de raisonnement clinique est alors à considérer non pas comme une résolution de problème, mais comme une problématisation de l'expérience selon « l'interaction de l'organisme à l'environnement » et la logique expérimentale de la connaissance, vus comme démarches cliniques.

8.1.3 Une professionnalisation en tension et des signes de déprofessionnalisation

Pour autant qu'elle soit adressée à autrui, une profession des métiers du lien est réglementée et obéit à des normes. Une profession comporte quelques conditions, un ensemble de savoirs généraux, disciplinaires et spécifiques de l'activité, une utilité sociale, un code de déontologie, un contrôle par le conseil de l'ordre, une reconnaissance sociale de l'expertise professionnelle et une rétribution par des honoraires. Si l'on considère la masso kinésithérapie, celle-ci ne répond pas aux critères d'une profession, elle n'a pas de rétribution par honoraires, ses tarifs étant réglementés par la nomenclature générale des actes professionnels, convention élaborée par la sécurité sociale. Elle n'a pas encore de reconnaissance de son expertise, puisqu'elle n'est pas disciplinaire, comme nous l'avons abordé dans la première partie de ce travail, et le

professionnel ne profite pas encore d'une revalidation périodique de ses acquis. La kinésithérapie est alors un métier en devenir de profession, comme cela se produit actuellement au niveau européen⁷⁰. Le corollaire de la profession est la responsabilité. La compétence de diagnostic, donnée règlementairement depuis 1996 aux MK est un outil de développement professionnel selon la logique de la sociologie des professions car elle donne accès à une activité intellectuelle et à la responsabilité. Nous avons vu que dans les faits cela était peu réalisé, et ce d'autant plus que la contingence logistique et financière des professions paramédicales par l'encadrement des tarifs de prestation, est liée aussi à une volonté manifeste de rationalisation des soins et de recherche de gestions des risques. La professionnalisation de ces métiers via l'universitarisation est alors envisagée comme une amélioration de la qualité des soins par l'amélioration des pratiques professionnelles (Bourdoncle, 1991). Sous couvert de guide de bonnes pratiques, de chemins cliniques, sont aussi recherchées une amélioration de la productivité et une application des techniques prouvées à l'instar des éprouvées. La démarche de raisonnement clinique, décrite comme une activité de résolution de problème, alors que la « profession » revendique une activité intellectuelle de problématisation, participe de ce mouvement de rationalisation des soins et d'application des données probantes, sous couvert d'efficacité et de scientificité. C'est alors oublier la définition et les caractéristiques d'un métier adressé à autrui. À moins que cela ne soit des signes des éléments caractéristiques de la déprofessionnalisation comme la perte de compétences spécifiques, le partage de tâches avec d'autres métiers, la perte d'une autonomie professionnelle et du « pouvoir d'action du sujet 'travailleur', conséquence de cette crainte (ou de ce refus) du risque, nourrie par une judiciarisation croissante des désaccords ou des conflits susceptibles de naître entre le professionnel et le bénéficiaire de son intervention »(Maubant, 2015, p 67). Le raisonnement clinique vu comme une double démarche (une démarche clinique et une démarche d'enquête) serait-il un outil de résistance à une logique de rationalisation en laissant place au sujet-objet (Piot 2009) et à la problématisation de l'expérience du professionnel lui permettant ainsi l'utilisation des trois piliers de l'évidence base practice en connaissance de cause et en responsabilité ?

8.1.4 Des indicateurs de développement spécifiques des métiers du lien

Piot (2009) a proposé une classification des métiers de la relation humaine, selon trois typologies à autrui, pour autrui ou avec autrui. Le soin y est considéré comme « une situation destinée à autrui », à visée éducative en vue d'une transformation d'autrui. La relation à l'autre

⁷⁰https://www.actukine.com/Les-kinesitherapeutes-luxembourgeois-accedent-a-la-premiereintention_a6763.html, consulté le 20 novembre 2018

est considérée sous trois aspects : « le service à autrui, le don de soi et la construction de l'identité professionnelle » (Maubant, 2013, p 17). Nous rejoignons ici la double démarche clinique vue précédemment qui vise un changement, une interaction (Cifali, 1996) tout en ayant un discours à caractère scientifique sur autrui. Maubant (2013) précise à propos de cette catégorisation des métiers du lien, l'importance de prendre en considération le développement professionnel à la fois sur le versant compétence mais aussi sur le versant rapport au travail et le sens donné à celui-ci. Nous faisons ici le lien avec des erreurs de l'apprentissage du raisonnement clinique décrite par Audetat (2011) et confortée par Demeester et Eymard (2012). Ainsi le sens donné au stage et la perception du rôle professionnel font partie des difficultés relevées. Sans doute ces erreurs sont en lien avec la difficulté d'appréhender ce cœur de métier vu comme un « ensemble de tâches imbriquées dans la relation singulière entre le travailleur, le bénéficiaire de l'intervention et le contexte de la situation » (Maubant, 2013, p17) et dont la qualité des compétences communicationnelles et relationnelles est la clef de la réussite de l'acte professionnel. Le formé a alors un apprentissage sur soi à réaliser pour l'appréhension des différentes dimensions de ces compétences et retrouvées dans l'expression du raisonnement clinique mis en œuvre. « Il s'agit moins d'analyser le travail actuel que les conditions et les processus par lesquels des professionnels deviennent ou sont devenus des professionnels capables de se débrouiller avec les situations lorsqu'elles se présentent sur leur chemin » (Mayen, 2012, p 63). Les conditions et processus utilisés peuvent être perçus dans les dires des intervenants, notamment à travers ce qu'ils expriment de leurs compétences relationnelles, et de l'efficacité de leur action, caractéristiques primordiales dans les métiers du lien. Piot (2009) a défini des indicateurs de développement professionnel caractéristiques des métiers adressés à autrui en reprenant les trois caractéristiques de la relation à l'autre. En s'exprimant sur sa sensation de maîtrise dans la dimension relationnelle opérée, l'acteur donne des indications sur la dimension communicationnelle registre subjectif, et ses dires peuvent être confrontés à ceux des pairs pour la composante registre intersubjectif. La compétence sur l'objet de service est regardée à la fois par un registre objectif de mesure de la performance et un registre subjectif de déclaration du degré de maîtrise de l'action réalisée. (Tableau 5)

Champs	Registres		Objectif	Subjectif	Intersubjectif
Développement du développement professionnel issu de l'analyse de l'activité	Développement des compétences	Sur l'objet de service	(1) Mesure de l'activité et la performance (Cf. référentiels de compétences) (Trois positions :+/-/-)	(2) Degré de maîtrise des compétences déclarées pour conduire orienter, conduire et réguler l'activité du point de vue des valeurs et de l'efficacité (Trois positions :+/-/-)	
		Sur la dimension communicationnelle		(3) Sentiment de maîtrise dans la dimension relationnelle et communicationnelle de l'activité (Trois positions :+/-/-)	(4) Indications croisées de la hiérarchie et des bénéficiaires de l'activité permettant de caractériser les compétences communicationnelles (Trois positions :+/-/-)
	Dynamique de l'identité professionnelle			(5) Sentiment de maîtrise ou d'efficacité personnelle Sentiment d'appartenance à un collectif de travail, à une communauté de pratique et/ou à une organisation Epanouissement/accomplissement ou souffrance au travail exprimée (Trois positions :+/-/-)	

Tableau 5 : Les indicateurs de développement professionnel selon Piot (2009)

Ainsi, les dires sur les pratiques personnelles peuvent servir d'analyseur de la pratique professionnelle et donner des indications sur le processus de raisonnement clinique mis en place révélateur des caractéristiques du métier du lien.

8.2 La pratique professionnelle : un objet d'analyse pour la didactique professionnelle

La didactique professionnelle développée par Pastré (2011) est « l'analyse du travail en vue de la formation ». Elle s'intéresse à l'intelligence de l'activité, par l'intermédiaire de l'analyse de l'activité, des processus cognitifs mis en jeu dans la conceptualisation de l'activité réalisée et l'apprentissage via le développement des compétences professionnelles. Il s'agit d'apprendre des situations de travail. Ce courant d'analyse de l'activité s'articule autour de trois concepts : le schème, la situation, l'expérience.

8.2.1 Courants socles de la didactique

Ce couple notionnel situation – activité a été construit à partir de deux courants théoriques, la psychologie du travail de langue française et le courant de la conceptualisation dans l'action. La psychologie du travail a défini que l'activité professionnelle présentait une certaine organisation orchestrée autour d' « un diagnostic de situation, une résolution de problèmes, de planification et de mise en œuvre de stratégies » (Pastré, 2006). Toutefois, cette activité en situation recèle toujours une part d'inventivité qui correspond aux stratégies déployées par le sujet pour s'adapter aux situations rencontrées, elle est toujours au-delà de la tâche prescrite :

« il y a toujours plus dans le travail réel que dans le travail prescrit » (Pastré, 2006). Elle contient « une structure cognitive de la tâche ». La situation de travail inclue alors la prescription de la tâche et la structure cognitive révélée par des données objectives qui orientent la tâche. En s'appuyant sur les trois types d'action de la base d'orientation de l'action initiée par Galpérine, Savoyant (1979) a décrit les opérations d'exécution, de contrôle et d'orientation retrouvés dans toute activité de travail. Le travail d'exécution comme tout travail manuel comporte une partie d'activité intellectuelle (Pastré, 2001). Les opérations d'orientation correspondent à la manière dont les sujets se représentent leur action, ce qui va conditionner les caractéristiques de la situation. Cette structure cognitive révèle la sélection d'informations faites par le travailleur avec lesquelles le travailleur s'est construit des indicateurs qui lui permettent de suivre son action (Pastré, 2006). La situation est avant tout une situation de travail, dans laquelle un professionnel engage un apprenant à exécuter une activité (Pastré, 2011). Samurçay et Rabardel (2004) ont distingué activité productive et activité constructive, le but de l'activité productive est orienté par la production d'une activité en situation habituelle de travail. L'activité constructive est la situation construite pour la formation, l'activité productive sert alors de moyen à l'activité constructive, la finalité première est l'apprentissage du métier et non la production du travail. Cette distinction est parfois difficile à réaliser dans les métiers du lien, puisque l'activité envers autrui engage une action productive indépendamment de l'objectif initial fixé à cause du co-engagement des parties. L'étudiant doit alors se construire une représentation de l'action ou image opérative, à partir de son image cognitive soit « transformer une conceptualisation épistémique en conceptualisation pragmatique » (Pastré, 2007). Ce modèle opératif spécifique du professionnel en fonction de sa compétence et de son expérience, guide son action. Il est le reflet des invariants présents qui représentent les dimensions sélectionnées et prises en compte pour que l'action soit efficace (Pastré, 2007) Celui-ci distingue alors le « couple « structure conceptuelle de la situation » qui relève d'une analyse de la tâche / « modèle opératif » qui relève d'une analyse de l'activité ». Considérant le raisonnement clinique, nous pouvons le rapprocher de la structure conceptuelle, car il représente l'analyse de la tâche prescrite à réaliser alors que l'activité du professionnel relève de l'analyse de son activité réelle redéfinie en fonction de sa représentation. Celle-ci est organisée selon une certaine invariance, une forme d'organisation habituelle entre routines et adaptations aux situations ; cet équilibre entre principes organisateurs habituels et adaptation est baptisé *schème* et défini par Vergnaud (2001) comme « organisation invariante de l'activité correspondant à une classe de situation donnée ».

8.2.2 Schème

Le schème est inspiré de la théorie socio-constructiviste du développement initiée par Piaget puis par Vigotski selon laquelle l'individu apprend en permanence au contact de son environnement, par les interactions créées et développées, en premier lieu par l'action et grâce à la médiation du langage. Le schème, d'après le dictionnaire, est « une représentation psychologique simplifiée intermédiaire entre image concrète et concept abstrait ». C'est l'activité qui permet le développement de l'intelligence et celle-ci se crée par confrontation au réel par l'intermédiaire d'une représentation mentale. Se basant sur la théorie du développement de Piaget, Vergnaud (2001) développe les deux formes de connaissances : la « forme opératoire et énoncée » qui permet d'agir en situation et de comprendre comment l'activité est organisée et "la forme prédictive et discursive "qui correspond aux propriétés et les relations des objets de pensée. La forme opératoire permet de comprendre l'organisation cognitive de l'activité, la forme prédictive permet la verbalisation des connaissances présentes et nécessaires à la réalisation du mode opératif (Pastré, 2011). L'articulation des deux modes opératif et cognitif permet d'analyser l'activité cognitive à partir de l'activité opératoire, et d'accéder aux principes organisateurs de l'activité. Ces principes organisateurs de l'activité sont regroupés sous la forme de structure conceptuelle ou « schème » pour lequel Vergnaud (2007) donne la définition suivante en proposant trois composantes.

« 1 un schème est une totalité dynamique fonctionnelle.

2 un schème est une organisation invariante de l'activité pour une classe définie de situations.

3 un schème est nécessairement composé de quatre catégories de composantes - un but (ou plusieurs), des sous buts et des anticipations - des règles d'action, de prise d'information et de contrôle - des invariants opératoires (concepts-en-acte et théorèmes-en-acte) - des possibilité d'inférences ».

Vergnaud (2001) estime que la notion de schème peut s'appliquer à toutes les activités y compris celles relevant des métiers du lien. « Tous les registres de l'activité sont concernés par le cadre théorique des schèmes, des champs conceptuels et des relations signifiants/signifiés. Les gestes de l'artisan, du sportif et de la danseuse, les raisonnements scientifiques et techniques de l'ingénieur, du technicien de maintenance, du médecin et de l'avocat, les formes énonciatives et discursives des uns et des autres, l'interaction avec autrui et les compétences affectives sont tous et toutes des formes d'organisation de l'activité. Le concept de schème est donc pertinent pour entreprendre leur analyse ».

Vergnaud (2007) définit le but comme l'intention ou l'attente face à la situation. Les règles d'actions engendrent la conduite observable et toute « une activité non directement observable, comme les inférences et la recherche en mémoire ». Les « concepts-en-acte sont les briques avec lesquelles les théorèmes-en-acte sont fabriqués, et que la seule raison d'existence des concepts-en-acte est justement de permettre la formation de théorèmes-en-acte (propositions tenues pour vraies), à partir desquels sont rendus possibles l'organisation de l'activité et les inférences ». Ces quatre éléments réunis de la structure conceptuelle permettent de bien comprendre l'activité produite à la fois dans son approche systématique et dans sa contingence (Vergnaud, 2007). La composante systématique correspond à l'application de procédures par exemple, requises par l'exercice de l'activité professionnelle. En kinésithérapie, la procédure pourrait être la démarche de bilan proposée par la WCPT. La contingence est l'adaptation que réalise le professionnel face à la situation en s'inspirant soit de ses schèmes précédemment organisés, soit en bricolant de nouveaux à partir de ses ressources cognitives. Grâce à la contingence, l'activité de deux intervenants n'est pas identique, ce sont les invariants opératoires qui favorisent cette adaptation. Ils permettent de prélever et de sélectionner l'information pertinente ainsi que de conceptualiser à partir des inférences les conséquences utiles pour l'action, le contrôle et la prise d'information associés. Les invariants opératoires ont alors une fonction de conceptualisation et d'inférences. « La fonction de conceptualisation assurée par les invariants opératoires est donc cruciale pour comprendre que les schèmes sont le lieu psychologique central d'adaptation à la nouveauté, comme ils le sont de l'adaptation à la diversité » (Vergnaud, 2007, p 9). En s'appuyant sur la zone proximale de développement de Vigotski, Vergnaud développe la notion de champs conceptuels, ensemble de classe de situations issues de l'utilisation de schèmes et théorèmes en actes qui seraient acquis plus tôt dans le développement du fait de leur moindre degré de sophistication. Sans doute face à un patient, y a-t-il des schèmes plus facilement appropriables que d'autres ? Vergnaud précise qu'un concept uniquement mobilisé dans l'action ne devient véritablement un concept que lorsqu'il s'accompagne d'une représentation (Vergnaud, 2007). Il estime que la prise de conscience est une conceptualisation. Parage (2007) indique que le processus de prise de conscience comprend trois étapes : « - l'action sans représentation, moment où le schème est mobilisé ; - l'abstraction réfléchissante, moment de passage du schème au concept ; - l'abstraction réfléchie, moment de mobilisation du concept qui dispense de l'action ».

Pastré (2007) nomme « concepts pragmatiques » les concepts organisateurs de l'action rencontrés dans le travail. Il leur attribue trois caractères : organiser l'action, être issus de l'exercice professionnel et avoir « une dimension sociale : Ils sont nommés et transmis, souvent par une combinaison de nominalisation et de monstration. Ce sont des concepts scientifiques

qui jouent ce rôle : Dans ce cas, ils sont pragmatisés, c'est-à-dire transformés en instruments de diagnostic ». (Fig. 9)

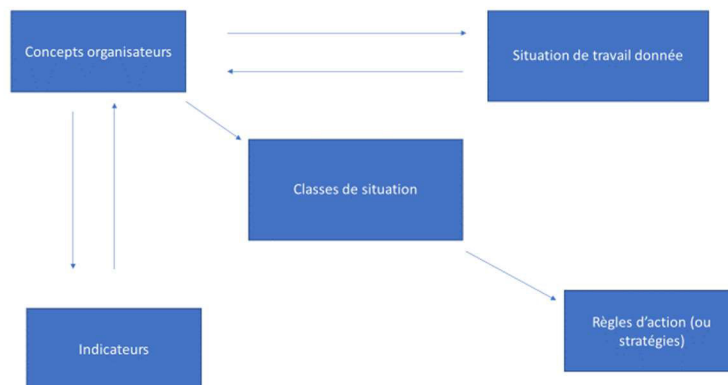


Figure 9 : Les éléments constitutifs de la structure conceptuelle d'après Pastré

8.3 La situation de travail en kinésithérapie : une situation professionnelle dynamique

La situation de travail avec le patient est considérée comme dynamique car elle évolue au cours du temps et ce qu'elle que soit l'action du thérapeute (Parage, Bomal, 2015). Dans les environnements dynamiques des métiers du lien, l'une des particularités de l'analyse de l'activité est que celle-ci ne peut se réaliser sans tenir compte du couplage d'activité réalisé avec le patient bénéficiaire du soin (Parage, Bomal, 2015). La part de conceptualisation et de langage présentes dans chaque situation singulière prennent alors une grande place dans l'analyse de l'activité. Dans le champ de la masso-kinésithérapie, plusieurs auteurs ont identifié des concepts organisateurs de l'activité. Olry (2005) a mis en évidence le concept de distance thérapeutique comme concept pragmatique organisateur de l'activité du MK libéral. Au cours de celle-ci, le MK est « contraint à la recherche de la distance adéquate pour se saisir de la prescription, entendre les attentes du patient, choisir la meilleure thérapeutique et les meilleurs moyens » (Olry, 2005). La distance serait appuyée sur trois sources d'interaction avec le patient : le sensoriel, le discursif et le réflexif.

Froissart (2017) propose une structure conceptuelle de l'activité du stagiaire MK avec une situation de soin, basée sur trois types de connaissances : les connaissances liées au domaine médical et au contexte institutionnel, les connaissances en lien avec la relation client et « les variables professionnelles agissantes » et les connaissances en lien avec « le mouvement perturbé » ; chacun de ces domaines s'organisent autour de concepts pragmatiques suivants, qui sont respectivement « la non contre-indication », le « mieux-être » et l' « autonomie

physique ». Ces types de connaissances sont-ils à rapprocher des savoirs contenus dans le double registre de compétences spécifiques des métiers du lien ?

Parage et Bomal (2015) ont identifié, lors d'une activité de formation de formateurs en IFMK, un autre concept organisateur de l'activité : « l'effort demandé au patient ». Derrière cet organisateur, les formateurs placent toutes les indications mises en place pour doser les manipulations effectuées sur le corps du patient. Ces indications sont classifiées en fonction de l'adéquation de la mobilisation réalisée. Prolongeant son étude, Parage (2015) estime que l'effort demandé au patient doit être vu sous deux aspects, à la fois celui demandé par le MK et aussi celui produit par le patient. C'est dans l'adéquation entre les deux paramètres que se situerait la « bonne distance thérapeutique » (Olry, 2005). À partir du modèle opératif et de la représentation de l'activité à réaliser, Parage (2015, p 113) caractérise la tâche du MK : « redonner un certain niveau d'autonomie motrice (but 1) et réduire le déficit fonctionnel (but 2), en évitant l'aggravation de la pathologie (condition 1) et en maintenant l'adhésion du patient au processus de soin (condition 2) ». Les éléments de la structure conceptuelle seraient organisés autour du concept organisateur d'effort. Les classes de situation seraient l'expression du décalage entre les efforts demandés et déployés par le patient. Les indicateurs seraient le signe de l'attention portée au déficit fonctionnel et à ses compensations. Cependant, au-delà de l'opinion singulière du formateur, Parage (2015) interpelle sur le modèle opératif utilisé : celui d'un professionnel rééducateur ou celui d'un professionnel formateur. Olry (2007) avait déjà repéré que les modèles opératifs et cognitifs des praticiens titulaires et remplaçants étaient différents et sources d'apprentissages informels : « les modèles cognitif et opératif convergent, s'ignorent ou entrent en contradiction ; cet espace de jeu entre les modèles manipulés par les professionnels est aussi un espace discrétionnaire d'apprentissages » (Olry, 2007). Il est admis qu'en formation initiale les étudiants développent en premier lieu leur modèle cognitif alors que le professionnel utilise principalement son modèle opératif. Que se déroule-t-il en situation de travail durant un stage ? Y a-t-il convergence, contradiction entre les modèles des professionnels et des étudiants ? Existe-t-il un seul modèle pour le métier de MK ?

8.4 Le raisonnement clinique comme un schème : une situation de pratique professionnelle productrice d'expérience

L'une des caractéristiques de la formation en alternance est la situation de travail rencontrée en stage. La situation professionnelle de travail (Mayen, 2012) est définie en didactique professionnelle selon quelques caractéristiques. Il s'agit de considérer comment les futurs professionnels se débrouillent avec les situations de travail rencontrées, quels moyens ils

mettent en place pour s'accommoder de la situation et parvenir malgré tout à effectuer le travail à réaliser en fonction des contraintes et des conditions présentes. C'est alors « une manière de penser les questions en jeu entre travail, apprentissage et formation » (Mayen, 2012, p 64)

L'apprentissage par situations problèmes est une démarche d'acquisition d'une compétence professionnelle clinique et de diagnostic. Rey (2009) explicite les caractéristiques d'une compétence professionnelle. Celle-ci comporte une interprétation de la situation et doit être pouvoir rendue publique selon les règles de la profession. « Mais, pour avoir un caractère professionnel, cette interprétation à son tour n'est ni intuitive ni déductible de la seule expérience pratique ; elle doit pouvoir être rendue publique et transmise explicitement ; elle s'appuie donc nécessairement sur un discours issu d'une problématisation de la réalité et porteur de preuves ; elle implique un processus de rationalisation » (Rey, 2009). Cette compétence professionnelle est alors une interprétation de la réalité à partir des preuves repérées dans celle-ci. Cette définition rejoint une des définitions du raisonnement clinique, notamment celle de Nendaz (2005) « activité intellectuelle selon laquelle un clinicien synthétise l'information obtenue dans une situation clinique, l'intègre à ses connaissances et à ses expériences antérieures dans le but de les utiliser pour prendre une décision diagnostique et de prise en charge ». Le raisonnement clinique permettrait de mettre à jour les ruses réfléchies et efficaces déployées par les professionnels dans le quotidien de leur activité. Il serait alors une compétence professionnelle basée sur l'intelligence pratique, une *métis*, mise en œuvre pour déjouer la situation. Il serait alors autre chose qu'une simple application d'une procédure. S'appuyant sur la définition de la compétence professionnelle, « faculté de juger de ce qui est opportun dans les situations que la profession fait rencontrer » (Rey, 2009), l'utilisation de l'outil « raisonnement clinique » est alors à voir comme une méta compétence (Rey, 2006). Rey en 2009 donne la définition d'un professionnel compétent : « l'acteur compétent est celui qui sait mobiliser, parmi les connaissances et les procédures qu'il possède, celles qui conviennent à la singularité de la situation » (Rey, 2009). Un professionnel soignant compétent serait alors celui qui sait mobiliser ses schèmes et en élaborer de nouveaux par bricolage dans toute situation. « Un même schème, grâce à sa puissance assimilatrice, peut être mis en œuvre non seulement dans les situations où il a été construit, mais aussi dans des situations relativement nouvelles » (Rey, 2009). N'est-ce pas l'objectif de l'outil « raisonnement clinique » comme un schème de rendre le professionnel capable d'analyser, de s'adapter et de gérer toute situation. Compte tenu de l'importance de cette méta compétence qu'est le raisonnement clinique (Rey, 2009), nous avons considéré le raisonnement clinique comme une méta compétence professionnelle, comme un schème de haut niveau (Vergnaud, 2001) pour la conduite de l'enquête (interaction situation). Piot (2015) en analysant des enquêtes sur le terrain de néo-professionnels soignants

a proposé une modélisation des registres de ressources utilisées par les néo-professionnels : « des ressources pragmatiques ordinaires et des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive. [...]. Dans les deux cas, les ressources visent à réduire l'écart entre le modèle opératif du sujet, qui lui est personnel et la structure conceptuelle objective des situations de travail (Pastré, 1999) ». Il a comparé avec les ressources qu'utiliseraient des professionnels expérimentés pour agir avec compétence. « Le registre d'analyse clinique professionnelle et réflexive, caractérisé par des schèmes requérant une thématization de la situation (Piaget, 1974), permet justement de dépasser les routines naissantes et de mettre en place une posture de problématisation (Fabre, 2009) productrice de savoir-agir adaptés. Cette compétence à problématiser de manière pragmatique des situations de soins complexes, que l'ingénierie de la formation en soins infirmiers désigne par « raisonnement clinique », est liée certes à des qualités propres aux personnes enquêtées » mais aussi à des éléments du contexte professionnel » (Piot, 2015). Le registre des ressources pragmatiques ordinaires est constitué à la fois de gestes pratiques, de savoirs biomédicaux, de son outil corps. Le registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive peut être rapproché des étapes du raisonnement clinique, avec la recherche des éléments clefs, des hypothèses avec leurs tests et des propositions de solutions. (Tableau 5).

le registre des ressources pragmatiques ordinaires
compétences du référentiel MK
gestes techniques
le patient son écoute
origine de l'expérience : stage/ifmk/autre
savoirs biomédicaux
son propre corps
registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive
la proposition de solution (étape 3 du RC)
les hypothèses (étape 2 du rc)
les tests d'hypothèses
recherche des éléments clés

Tableau 6: Registre des ressources utilisées par les professionnels selon Piot (2015)

9 Un accompagnement en situation d' « entre-trois » dans les métiers du lien

L'une des spécificités des métiers du lien se trouve dans la relation à autrui selon une visée éducative et de transformation du bénéficiaire de l'intervention. Le bénéficiaire du soin est donc partie prenante dans l'action à la fois comme sujet et acteur ; cette position est encore majorée dans la situation de stage. Le professionnel endosse alors un double rôle à la fois de praticien comme à son habitude et de formateur dans l'accompagnement de l'étudiant présent. Cette présence modifie-t-elle l'acte de soin ?

9.1 Autrui un savoir incarné

Nous cherchons à comprendre l'activité de transmission du raisonnement clinique, défini comme « un processus de pensée et de prise de décision qui permet au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolutions de problèmes de santé » (Higgs, Jones, Loftus, & Christensen, 2008). Le raisonnement clinique est un raisonnement professionnel et nous pourrions dire que sa définition est transposable dans d'autres métiers. Par exemple pour les enseignants, la transposition de la définition de Higgs serait la suivante « un processus de pensée et de prise de décision qui permet à l'enseignant de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolutions de problèmes scolaires, » elle pourrait aussi être la suivante pour le viticulteur : « un processus de pensée et de prise de décision qui permet au vigneron de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolutions de problèmes de raisin ». Cependant dans ces transpositions de définition, on en oublie l'enjeu et la finalité du rééducateur, Il s'adresse à un tiers par l'intermédiaire d'un tiers, un métier de la relation à autrui (Maubant, 2013). Son intervention vise à modifier le comportement d'autrui lors d'une prise en soin en vue d'une recherche d'une indépendance fonctionnelle. Celui-ci s'adresse, in fine, à un patient, dont l'état de santé, l'équilibre fonctionnel biologique (Canguilhem, 1943) peut se dégrader par un défaut d'action et une mauvaise prise de décision. Si l'on considère la discipline mathématique, les formules ou théorèmes ne changent pas d'état si la méthode d'enseignement n'est pas en adéquation et/ou si l'apprenant ne parvient pas à apprendre ou à comprendre. Certes le résultat chez l'enfant peut être en deçà des attentes, mais cela ne change pas l'état du savoir « mathématique ».

L'objet du raisonnement avec le patient s'adresse à une personne vivante dont l'état peut changer au cours même de la séance, en ce qui en fait une situation dynamique, comme vu précédemment. Ce qui différencie c'est la finalité, restaurer une certaine indépendance fonctionnelle au patient, et ce sans risques pour le patient. La question est de savoir quoi faire,

comment le faire et pourquoi le faire. Ainsi face à un patient l'étudiant doit apprendre à lire les signes cliniques offerts par le patient lors de son observation, à repérer les signes émis par le patient lors de son interrogatoire mais aussi produire des signes cliniques par son examen clinique, et mettre ses éléments en lien avec des éléments de connaissances, des perceptions et des éléments du métier.

Certes l'image de la vigne utilisée dans la transposition de la définition renvoie aussi à un système vivant, mais l'action réalisée par le viticulteur sur celle-ci (la taille) ne se verra pas immédiatement mais à moyen terme lorsque le cep poussera (Caens-Martin, 2005). Et au pire il n'y a aura peu de raisin l'année suivant la taille.

Dans la situation d'apprentissage en situation du raisonnement clinique, il y a la fois la transmission en situation du savoir raisonner professionnel et du savoir lire les signes cliniques du patient. Et ces signes peuvent se modifier au cours même de la séance sous l'effet de l'action thérapeutique. Le patient est non seulement incarné mais aussi changeant et parlant. Par ses interactions langagières (Olry, 2003), il fournit des indicateurs discursifs sur son état et les effets du traitement en cours de réalisation et à venir. Le professionnel s'adapte en permanence grâce aux interactions mises en place. Que se déroule-t-il quand un stagiaire est présent ?

9.2 Un double triangle pédagogique

Bru (2007) considère qu' « enseigner c'est créer des conditions (relationnelles, sociales, spatiales, temporelles, matérielles, cognitives, émotionnelles, affectives...) auxquelles sont confrontées des personnes censées réaliser ainsi des apprentissages ». En situation de stage, le professionnel de terrain endosse le rôle d'enseignant. Le patient a un statut particulier à la fois de savoir incarné et de destinataire d'une intervention de soin visant à la transformer (Maubant, 2013). Si l'on considère le modèle du triangle pédagogique de Houssaye (2014), nous pouvons estimer que nous sommes dans une double situation pédagogique. Deux triangles peuvent se superposer : d'une part le triangle formé par le kinésithérapeute tuteur de stage, l'étudiant et le patient, objet de savoir à déchiffrer, et d'autre part le triangle constitué par le tuteur, l'étudiant et le savoir raisonnement clinique soit une représentation de triangle dans le triangle, comme si le raisonnement clinique était un méta-savoir qui englobait toutes les autres, à l'image de la compétence de deuxième niveau. (Rey, 2006) (Figure 10)

Nous obtenons alors deux triangles que nous pouvons décomposer en fonction des 3 processus : apprendre, enseigner et former que Houssaye a développé (2014). Ceux-ci dépendent de la place donnée à chacun des pôles du triangle, l'un des côtés du triangle étant plus particulièrement privilégié dans chacun des trois processus. Pour le processus apprendre, le

focus est centré sur l'axe élève-savoir, l'enseignant se plaçant en position de facilitateur de l'accès au savoir direct par les élèves. Pour le processus former, l'axe privilégié est celui constitué entre le professeur et l'élève, ceux-ci vont élaborer une démarche de co-construction pour parvenir à donner aux savoirs une certaine place. Pour le processus enseigner, l'axe privilégié est celui constitué par le rapport fort entre le professeur et le savoir.

Nous pouvons transposer ce triangle à la situation de tutorat de la séance durant le stage en considérant comme nous venons de le voir le patient comme le savoir incarné. Le triangle est alors de sommet Patient et base tuteur étudiant. En fonction des axes privilégiés dans chacun des triangles, les processus sont plus ou moins présents et centrés sur l'étudiant. Quelle place est accordée par le tuteur à l'étudiant dans la situation de soin ? Le tuteur est-il centré sur sa propre compréhension et relation au patient ? Est-il centré sur l'apprenant au détriment du patient qui devient un objet de savoir ? Se fait-il oublier pour permettre à l'étudiant de se centrer sur le patient ? Cela peut être un premier niveau d'analyse de la situation observée.

Ce triangle peut aussi être transposé au savoir « raisonnement clinique » ? C'est alors une autre possibilité d'analyse de la situation de stage. Nous obtenons ainsi un deuxième triangle constitué du sommet raisonnement clinique et à base étudiant-tuteur (Figure 9). Qui est le tiers dans cette focalisation sur le raisonnement clinique, l'étudiant, le tuteur ? Quelle place le tuteur lui accorde-t-il ? Est-il centré sur son propre raisonnement ? Tuteur et étudiant coconstruisent-ils le raisonnement ? Laisse-t-il l'étudiant faire son propre raisonnement ?

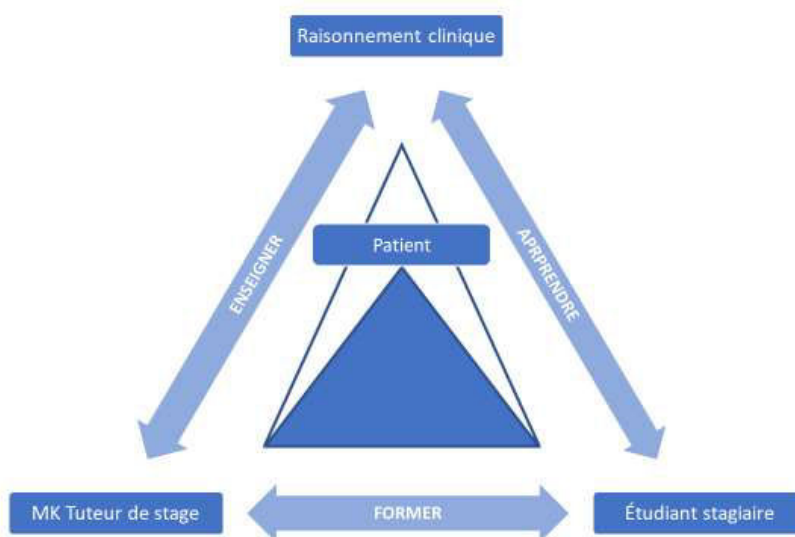


Figure 10: Modélisation du double triangle de la situation transmission -apprentissage du raisonnement clinique en situation

Cette dernière situation où l'étudiant découvre, sous la houlette du tuteur de stage, le patient pour la première fois, à son arrivée dans le cabinet, peut être assimilée à une situation de dévolution (Brousseau, 2012). Elle est définie comme « un acte par lequel l'enseignant fait

accepter à l'élève la responsabilité d'une situation d'apprentissage ou d'un problème, et accepte lui-même les conséquences de ce transfert » (Brousseau, 1998) le tuteur a-t-il mis en place des situations didactiques où l'étudiant doit mettre en application ce qu'il a vu ; ou au contraire le met il face à des situations adidactiques que l'étudiant découvre pour la première fois en situation de stage ? Le stagiaire doit passer d'une situation typique travaillée en IFMK, le cas emblématique, à une situation nouvelle où le tuteur lui demande de transposer et d'exposer ses connaissances dans une situation didactique sans que l'étudiant sache quel résultat atteindre et obtenir.

Cependant ces situations sont dépendantes de l'environnement dans lequel elles se déroulent (ici le cabinet libéral) mais aussi de l'intentionnalité donnée à ce stage ; le contrat didactique défini comme « l'ensemble des comportements spécifiques du maître qui sont attendus de l'élève et l'ensemble des comportements de l'élève attendus par le maître » (Brousseau, 2011)

En fonction du contrat mis en place, de son explicitation, l'étudiant sera plus ou moins en « sécurité » et en confiance à s'exposer et montrer ses difficultés dans la résolution des situations problèmes. Pour Bachelard (1938) lors de l'apprentissage, un certain nombre d'erreurs vont advenir, erreurs qu'il nomme obstacles épistémologiques « on connaît contre une connaissance antérieure, en détruisant des connaissances mal faites, en surmontant ce qui, dans l'esprit même fait obstacle ». Astolfi (1997) citant Fabre synthétise les caractéristiques des obstacles épistémologiques : l'intériorité, la facilité, la positivité, l'ambiguïté, la polymorphie, la récursivité de l'obstacle. Astolfi donne à l'erreur, un « statut d'indicateur et de révélateur des processus intellectuels en jeu ». Il en distingue plusieurs types : les erreurs qui relèvent de la non compréhension de la consigne de travail, l'erreur qui provient d'un mauvais décodage des attentes, celles qui témoignent de conceptions alternatives, de représentations sous-jacentes à la notion usitée, les erreurs qui proviennent des opérations intellectuelles impliquées, les erreurs qui portent sur les démarches et stratégies adoptées, les erreurs dues à la surcharge cognitive.

(Figure 11)

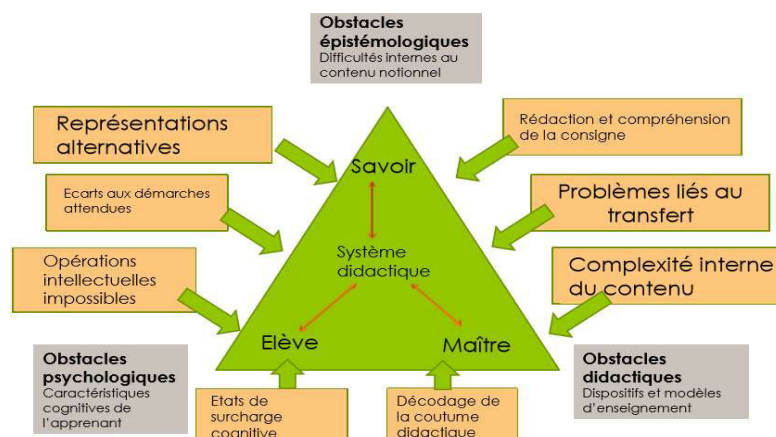


Figure 11: Les typologies d'erreurs selon Astolfi, 1997

Audetat (2012) dans son modèle de supervision pédagogique du raisonnement clinique a repéré 5 erreurs qui correspondent aux étapes du raisonnement clinique (cf. tableaux 1 et 3). Sept explications potentielles des erreurs de raisonnement clinique retrouvées en formation initiale maïeutique ont été formulées et regroupées en 3 catégories cognitive, environnementale et professionnelle (Demeester, Eymard, & Vanpee, 2012). Sont distinguées des erreurs liées au manque de connaissances, à la « mauvaise organisation » de celles-ci et au déficit de liens entre elles, à la non-perception de l'intérêt du stage, à la difficulté de la posture réflexive, à la non-perception du rôle social professionnel et de l'intérêt du raisonnement clinique. Chacune de ces catégories sont à la fois liées au dispositif de formation et à l'étudiant.

Si l'on se réfère à la théorie des situations de Brousseau, ces difficultés sont à la fois dû au contrat didactique et à la dévolution, mis en place au sein du stage, ainsi qu'à la professionnalité en construction de l'étudiant. Après avoir positionné ces erreurs comme indicateurs de suivi pédagogique des « déclencheurs » de l'enquête, nous pouvons voir une deuxième grille de lecture de celles-ci. Si l'on transpose les erreurs repérées au niveau de l'apprentissage du raisonnement clinique dans la typologie de Astolfi (1997), la majorité des erreurs décrites sont dues à des erreurs de complexité propre au contenu, aux démarches adoptées, par exemple l'erreur de type 1 (Audetat, 2011) nommée difficulté de perception des éléments clés. Elles pourraient aussi être dues à l'incapacité à repérer les indices clés qui parfois viennent de plusieurs disciplines médicales ; neurologiques, cardiologiques, ..., de leur donner un sens physiopathologique, de les interpréter pour pouvoir les prendre en considération. Ces typologies d'erreurs de raisonnement clinique sont alors sans doute révélatrices d'autres difficultés. (Tableau 7) Ce qui explique sans doute les résultats obtenus à l'examen clinique à objectif structuré (Ecos) dans l'évaluation du raisonnement clinique (Dumas, 2016) qui finalement ne discrimine pas toutes les erreurs d'apprentissage de celui-ci.

Typologie des erreurs (Astolfi, 1997)	Typologie des erreurs de l'apprentissage du RC (Audetat, 2011)
Non compréhension des consignes	Erreur de type 1 : non repérage des indices clés
Non décodage des attendus	Erreur de type 2 : fermeture prématurée
Conception alternative	
Opération intellectuelle	Erreur de type 4 : diagnostic de la situation
Démarche adoptée	Erreur de type 3 : non priorisation des données
Surcharge mentale	Erreur liée aux connaissances
Contenus issus d'autres disciplines	Erreurs liées à la complexité du cas

Tableau 7: Regard croisé sur les typologies des erreurs

9.3 Un tuteur, un étudiant, un couple en évolution lors du tutorat

Moments privilégiés de la formation par alternance, le stage est le lieu d'approche de la pratique professionnelle par immersion, imprégnation, observation imitation, reproduction et invention en fonction de la temporalité de la formation. Ces longs temps en dehors de l'institut de formation sont entrevus comme des moments d'apprentissage, sont inscrits dans les référentiels de formation initiale. Comme nous l'avons développé précédemment, le stage libéral se répand dans la formation initiale des MK, et pour le professionnel, devenir tuteur repose sur le volontariat et demande un agrément administratif de la structure. Malgré une incitation par une circulaire, aucune formation n'est demandée. Comment se débrouille le praticien pour endosser ce rôle ?

Le tutorat peut être défini comme une relation d'aide entre deux personnes dans le but de faciliter l'apprentissage. Il est lié à une fonction exercée par une personne (Astier, 2017). Il représente l'ensemble des activités réalisées conjointement par des formateurs de terrain et/ou d'université et des étudiants, et ayant trait explicitement à la formation de ces derniers. Plusieurs caractéristiques peuvent être décrites : l'activité de tutorat comme activité constructive, se superpose à l'activité productive habituelle du tuteur. Elle est organisée sous forme de mission et sa reconnaissance est plus ou moins informelle au sein de l'entreprise. Elle se fait « naturellement », comme si les dispositions à réaliser le tutorat étaient naturelles.

Régulièrement, l'alternance, officiellement intégrative dans les référentiels, s'organise de façon juxtapositive, avec peu voire aucun contact avec les formateurs, ni avec les attendus. Le parcours de stage n'est pas construit officiellement entre les trois parties en présence. Kunegel (2011) a mis en lumière, dans son analyse en situation de l'activité tutorale des maîtres d'apprentissage en mécanique, le modèle implicite de progression que les tuteurs s'étaient construits en tenant compte des tâches à réaliser, de leurs difficultés et de la zone proximale de développement de l'étudiant. (Figure 12) Il distingue deux modes d'organisation selon le positionnement de l'étudiant, soit en « tandem » soit « en autonomie relative ». Ces modes s'étalent sur toute la durée du stage et s'alternent au fur et à mesure de l'acquisition de l'étudiant, en fonction de six configurations : familiarisation, familiarisation avancée, transmission, mise au travail assistée, mise au travail semi-assistée et mise au travail. Trois configurations (transmission, mises au travail assistée et semi assistée) sont situées dans la zone proximale de développement, familiarisation et familiarisation avancée se trouvent dans la zone où l'apprenti sait faire avec l'aide d'autrui. Ensuite l'étudiant entrera dans une zone où il pourra faire seul.

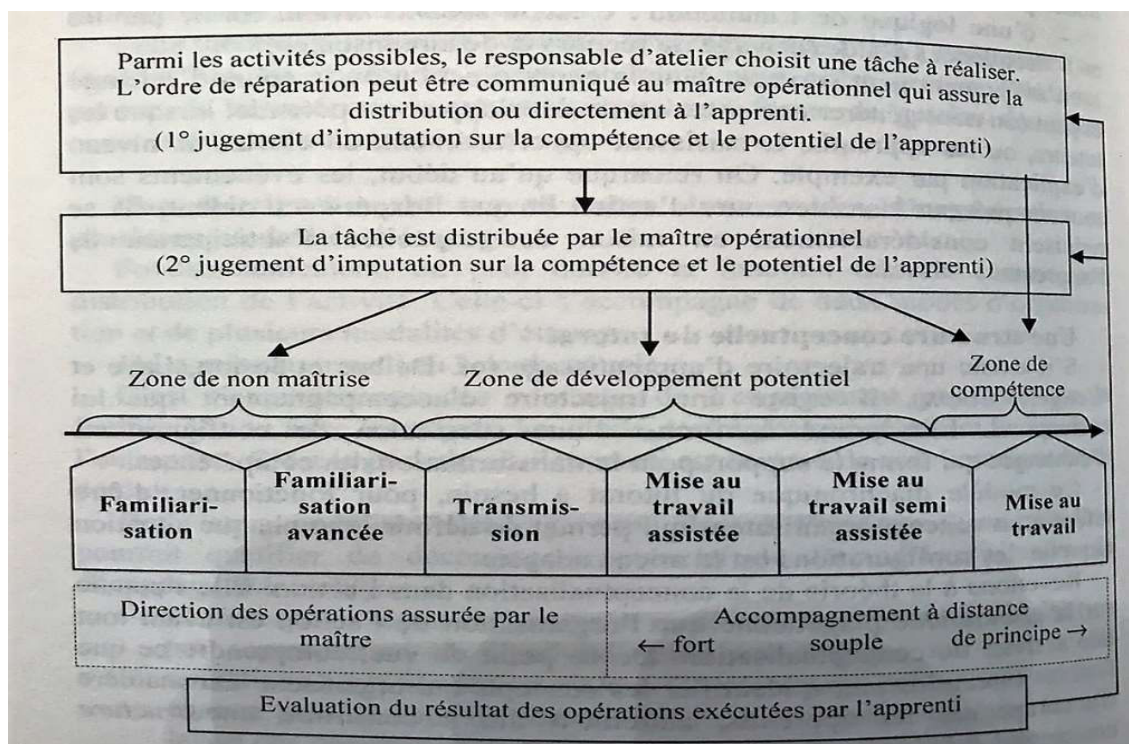


Figure 12: Structure conceptuelle de la situation tutorale selon Kunegel (2011, p 258)

Kunegel (2011) a défini la configuration « familiarisation » comme étant l'activité réalisée lors des premières semaines du stage alors que l'apprenti ne maîtrise pas encore le sens du travail à effectuer et qu'il observe les pratiques professionnelles. Puis dans la configuration « familiarisation avancée », le tuteur commence à expliciter les règles du métier, les schèmes même si l'étudiant n'est pas encore en capacité de profiter de tous les éléments donnés. Dans la configuration transmission, l'étudiant est maintenant invité à une activité productive sous l'œil du tuteur qui sollicite et vérifie la compréhension de l'étudiant, les échanges sont soutenus. Alors que tuteur et étudiant fonctionnaient plutôt comme un tandem, dans la configuration mise au travail assistée, l'étudiant va progressivement adopter une conduite en autonomie relative par la réalisation seul d'un travail. Les consignes sont précises, le tuteur exerce de nombreux contrôles et des reprises en main fréquentes. Dans la mise au travail semi-assistée, les échanges sont à l'initiative de l'étudiant qui ne peut faire face à la variété des situations rencontrées et demande de l'aide au tuteur. Le questionnement du stagiaire gagne en pertinence. Dans la dernière configuration, l'étudiant est considéré comme compétent et réalise la tâche en toute autonomie au sein du collectif de travail. Le tutorat permet à l'étudiant de renforcer ses connaissances mais aussi de s'approprier la pratique professionnelle du métier visé, par l'intermédiaire des situations professionnelles rencontrées et grâce aux échanges réalisés entre tuteur et apprenant. Sous l'effet du questionnement des formés, des ficelles du métier

sont dévoilées et mises en mots pour permettre aux formés de les comprendre (Olry, 2016). Le tutorat en formation initiale de kinésithérapie serait un révélateur des marqueurs et des règles d'actions du métier, marqueurs et règles d'actions qui servent de base de références au raisonnement clinique professionnel. (Olry, 2016) Quels sont les procédés utilisés par les tuteurs ? Kunegel (2011) distinguent deux logiques en fonction des projets qu'ont les tuteurs pour les stagiaires. Dans la logique d'une culture de la mise au travail : fondée sur la logique de l'action il s'agit d'« utiliser une main d'œuvre pour tenir des postes de travail à plus ou moins forte valeur ajoutée et les former à cet effet ». Dans la logique d'une culture de la professionnalisation, fondée sur la réflexion sur et pour l'action, les tuteurs sont enclins à « former de futurs professionnels capables d'assumer l'ensemble du répertoire de l'activité qui constitue le métier. » Dans quelles logiques se trouvent les tuteurs MK ?

9.4 Une situation productive d' « entre-trois » : situation d'apprentissage et pratiques tutorales ou situation professionnelle et pratiques de professionnel ?

Altet (Paquay, Altet, 2007) définit la pratique enseignante comme « processus interactif entre enseigner et apprendre, parce que l'enseignement est un travail adressé à un élève et relayé par un ou des élèves ». Compte tenu du caractère doublement duel de la relation thérapeutique professionnel/patient et du couple tuteur/étudiant, comment définir la pratique du professionnel en situation avec un stagiaire ? Serait-ce un processus interactif entre enseigner et apprendre parce que l'enseignement est un travail adressé à un stagiaire et relayé par tiers qui serait le patient ? En paraphrasant la vision de Tupin (Paquay, Altet, 2007) concernant l'acte d'enseigner, nous pouvons dire que l'acte de soigner relève d'une démarche complexe qui peut être schématiquement décrite comme la résultante d'objectifs que le soignant poursuit et de contraintes qui, non seulement, inhibent fréquemment la poursuite des objectifs visés mais, de surcroît, sont elles-mêmes contradictoires. Nous retrouvons là les caractéristiques du métier du lien avec la co-activité, la confrontation à une situation dynamique et à son imprévisibilité avec des conduites anticipatrices (Alonso Vilches, Pirard, 2018). La situation de tutorat lors d'une séance de soin se révèle être un « entre -trois » présentiel dans une situation d'entre-deux thérapeutique. Le tuteur réalise un double processus inter actif entre enseigner et apprendre à la fois envers le patient et l'étudiant. Il effectue un accompagnement de chacun, pour permettre au patient de retrouver son autonomie et à l'étudiant d'accéder à l'autonomie par la connaissance. Ce double accompagnement est alors un processus singulier, à chaque professionnel et à chaque situation de triade. En se référant à la sémantique du verbe accompagner, celui est basé à la fois sur une relation et un cheminement. Paul (2009) a défini

l'accompagnement comme « se joindre à quelqu'un (dimension relationnelle), pour aller où il va (dimension temporelle opérationnelle), en même temps que lui ». Paul (2004) définit plusieurs caractéristiques à cette notion d'accompagnement ; l'accompagnateur est second, laissant la place à l'accompagné, et valorisant celui-ci. Puisque Paul parle de cheminement, il s'agit d'un intervalle temporellement défini, une sorte de transition pour l'accompagné, guidé selon une certaine orientation, avec des étapes et temps d'élaboration : « la mise en chemin ». Ce cheminement est favorisé par la co-activité des deux membres du binôme. Dans sa « nébuleuse » de l'accompagnement, Paul (2004) distingue plusieurs types de pratique, dont celle du tutorat. Elle considère celui-ci comme « fonction de l'entreprise », à la « croisée d'une logique productive et éducative ». Elle le définit comme « relation d'aide entre deux personnes pour l'acquisition des savoir-faire et l'intégration dans le travail », permettant ainsi de rendre le travail formateur et source d'intégration à l'entreprise. Le tutorat s'inscrit alors dans une double logique de socialisation et de formation. Il recherche la transmission des pratiques et savoirs professionnels, des valeurs du métier, avec un tuteur modèle pour la construction de l'identité professionnelle de l'apprenant. L'accompagnateur se voit défini comme maître d'apprentissage. Kunegel (2011) a exploré cette notion chez les mécaniciens. S'appuyant sur Bruner (1983) qui a défini l'étayage comme « l'ensemble des interactions d'assistance de l'adulte permettant à l'enfant d'apprendre à organiser ses conduites afin de pouvoir résoudre seul un problème qu'il ne savait pas résoudre au départ », Kunegel a transposé cette notion chez les adultes en formation par alternance et a retrouvé chez les maîtres d'apprentissage des caractéristiques basées sur les fonctions de l'étayage. Bruner a proposé six fonctions : l'enrôlement, la réduction des degrés de liberté, le maintien de l'orientation, la signalisation des caractéristiques dominantes, le contrôle de la frustration et la démonstration. La première fonction ou enrôlement cherche à susciter l'adhésion de l'enfant aux exigences de la tâche. La réduction des degrés de liberté permet de simplifier la tâche en réduisant la difficulté du processus de résolution du problème à résoudre. La troisième fonction ou maintien de l'orientation cherche à maintenir le cap sur l'objectif fixé durant la résolution de la tâche. Avec la signalisation des caractéristiques dominantes, le tuteur cherche à faire prendre conscience à l'apprenant des écarts existants entre ce qui est réalisé et ce qu'il voudrait réaliser. Par le contrôle de la frustration, le tuteur essaye de maintenir l'intérêt et la motivation de l'étudiant. Enfin la démonstration consiste en la présentation des solutions potentielles en vue de l'imitation par l'apprenant. Kunegel (2011) a approfondi les différentes fonctions en décrivant des sous-catégories permettant de détailler les différentes caractéristiques de l'étayage (Tableau 8)

Typologie de l'intervention de tutelle	Formes illustratives
Sélection de la tâche	En fonction de -Le niveau de difficulté de la tâche -Le niveau de compétence présumée de l'apprenti -Les impératifs de production -Le niveau d'engagement
Consigne	-Fonction de validation de la sélection initiale de la tâche -Fonction de définition du degré de latitude dans l'exécution -Fonction <i>guidage avant</i> -Fonction de contextualisation de la tâche
Dévolution	Conditions nécessaires : -La responsabilité -La capacité à s'en sortir -L'absence de culpabilité -La responsabilité de l'apprenti à prendre des initiatives mesurées
Enrôlement	
Le laisser-faire	-Une forme de désengagement passif -Une forme de désengagement actif
Le guidage	-Le guidage instrumentalisant -Le guidage des opérations d'exécution -Le guidage par énonciation de conseil -Le guidage par questions interposées
La monstration	-Le commentaire monstratif dans son rapport temporel à l'action -Entre verbalisation pour soi et pour l'autre -Un commentaire en appui de l'action -Un commentaire assujetti à l'action -Un commentaire circonscrit aux stricts besoins de l'action -Un commentaire éclairant l'action -Le commentaire comme justification de l'action -Le commentaire évité ou le <i>botté en touche</i>
Évaluation	-Évaluation mesure -Évaluation jugement -Évaluation débriefing

Tableau 8 : Formes de l'intervention de tutelle selon Kunegel (2011)

Actuellement dans les textes réglementaires de 2015, le terme maître d'apprentissage est remplacé par celui de tuteur qui a, outre son rôle d'étayage, un rôle de tiers médiateur, facilitateur pour l'étudiant des capacités à conceptualiser et modéliser sa pratique, en donnant du sens par la réflexivité à l'expérience vécue. Lors de la séance de soin, comment se déroule pour le tuteur ce double étayage, vis-à-vis du patient et de l'étudiant ? Ce dernier a-t-il un rôle d'étayage envers le patient et la réciproque existe-t-elle ? Cette injonction réglementaire d'aide à la conceptualisation se retrouve-t-elle dans les pratiques ordinaires de tutorat ou le tuteur est-il plus centré sur sa pratique productive ?

10 Le raisonnement clinique comme un schème, durant la première séance : un outil d'apprentissage professionnel

La première séance serait alors un évènement qui provoquerait l'étonnement déclencheur d'enquête et de travail de problématisation de la situation rencontrée dans laquelle le praticien est impliqué. Prendre en considération l'enquête et non seulement la problématisation dans l'utilisation de l'outil raisonnement clinique permet de donner une place à l'humain (Maubant, 2013) et pas seulement à la conceptualisation dans l'action. Le raisonnement clinique comme un schème est alors un moyen de se constituer sa structure conceptuelle, son modèle cognitif, en mettant en application son modèle opératif, sous le contrôle et avec l'aide de la médiation du tuteur, en tenant compte du sujet de l'action. Pastré (2011, p 24) rappelle « qu'il n'y a d'apprentissage ni purement conceptuel ni purement empirique. Même quand on a affaire à des professionnels confirmés en formation de perfectionnement, l'apprentissage chemine bien sur deux pieds : la prise en compte directe des réponses des situations, et c'est sa face empirique qui ne disparaît jamais complètement ; le recours à un modèle opératif ; qui devient de plus en plus puissant et pertinent avec l'expérience, et c'est sa dimension de conceptualisation ». Le tuteur permet, par ses explicitations des règles d'action, de rendre intelligible les pratiques professionnelles, au prisme de ses valeurs professionnelles et de ses contraintes structurelles.

Notre cheminement est parti de la volonté de compréhension de l'utilisation du raisonnement clinique en situation de stage. Notre objet de recherche est : la situation de transmission-apprentissage du raisonnement clinique en situation de stage, quand les deux parties MK tuteur et étudiant sont en présence d'un patient. La compréhension du processus transmission-apprentissage du raisonnement clinique permettra d'une part de comprendre les pratiques tutorales du référent de stage en cabinet libéral, dans une situation de soin ordinaire, et d'autre part d'analyser les pratiques d'apprentissage de l'étudiant kinésithérapeute en formation initiale

La problématique est : comment le tuteur, en situation de soin, avec un patient réel, accompagne l'apprentissage du raisonnement clinique de l'étudiant et facilite la lecture du patient ? et comment l'étudiant, en situation de soin, avec un patient réel réalise un raisonnement clinique et en quoi sa lecture du patient est favorisée par le raisonnement clinique du tuteur et son accompagnement ?

À l'heure de l'universitarisation des études, la formation initiale de MK est une formation professionnelle, centrée sur les « enjeux de métier » (Rey, 2017). Au-delà de l'injonction institutionnelle à l'acquisition du raisonnement professionnel qui sans doute est sous tendue par des raisons politiques implicites (Janner Raimondi & Wittorski, 2017), ce raisonnement

professionnel était autrefois acquis « sur le tas », présente, sans doute, comme toute « ficelle de métier », des principes organisateurs pragmatiques, transmis de façon orale. Les repérer permettrait de théoriser la pratique et d'alimenter la formation professionnelle. (Figure 13) L'institutionnalisation du raisonnement clinique, par la réforme de 2015, est une éducation à la pensée du professionnel de santé (Dewey, 2004). Celui-ci doit se transformer en clinicien chercheur capable de décisions, basées sur l'intégration des données fondamentales, des valeurs soignantes de la profession et celles portées par le professionnel, le « to Heal » et l'esprit critique (Le Faou, Eneau, 2018), et d'analyse de sa pratique Le raisonnement clinique devient un outil d'émancipation et d'académisation des savoirs.

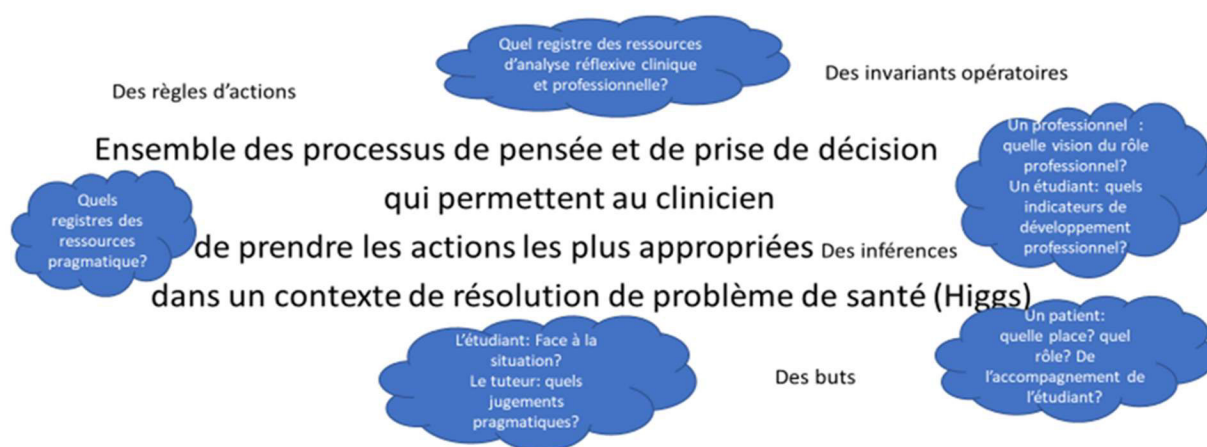


Figure 13: Le raisonnement clinique : une structure conceptuelle ?

Nos questions de recherche sont alors :

- Quels sont les schèmes mis en œuvre par l'étudiant lors d'une séance face à un patient sous la supervision d'un tuteur ?
- Quels sont les schèmes donnés à voir par le tuteur ?
- Comment le tuteur accompagne le raisonnement en acte de l'étudiant ?
- Comment l'étudiant réalise-t-il son raisonnement en acte ?
- Quelle place occupe le patient dans cette situation triangulaire de transmission-apprentissage -du raisonnement clinique ?

Notre thèse est : **Le raisonnement clinique, défini comme un schème, réalisé du fait de la confrontation à l'étonnement suscité par la première rencontre du patient, serait source de professionnalisation et un outil d'émancipation par le développement des capacités de prise de décision et de pouvoir agir.**

Dans cette partie, nous avons regardé le raisonnement clinique à l'aune des apports théoriques sur la problématisation et l'étonnement. Problématiser est alors passer d'une logique d'application des données à une démarche de questionnement des évidences qui permettrait par la confrontation de choisir les savoirs les plus pertinents pour des actions les plus adaptées. Cette définition ressemble à la recherche de la pratique basée sur des résultats probants dans le cadre de la démarche EBP, démarche dans laquelle s'inscrit aussi l'institutionnalisation du raisonnement clinique. La démarche de questionnement due à la problématisation va au-delà de la prise de conscience, elle engage le sujet à un travail sur ses représentations, sur ses normes, sur ses façons de penser la pratique (Fabre, 2005), sur son expérience. Un étudiant qui apprend à lire le patient trouve alors dans son environnement de nouvelles possibilités et de nouveaux désirs. Il acquiert en même temps des mécanismes, conditions objectives de son savoir ultérieur, et s'ouvre de nouvelles perspectives de compréhension des futurs patients et de l'environnement. L'enquête développée pour la démarche de problématisation tient non seulement compte du problème et de sa détermination mais surtout de l'effet sur le développement professionnel du sujet en interaction dans la situation. La démarche de raisonnement clinique est une enquête engageant le professionnel dans une situation dans laquelle il est lui-même en interaction avec les éléments de la situation, interaction qui fait l'essence même de l'activité et qui est toujours en recomposition, comme dans les métiers du lien (Piot, 2009 ; Maubant). Le praticien réalise une double démarche clinique de recherche et d'enquête. Compte tenu de la tension actuelle dans laquelle se trouve la profession, l'outil raisonnement clinique est à voir comme un outil de résistance à une logique de rationalisation des soins, institutionnalisée par l'universitarisation, en laissant place au sujet-objet (Piot 2009) et à la problématisation de l'expérience du professionnel. Celui-ci peut ainsi utiliser les trois piliers de l'évidence base practice en connaissance de cause et en responsabilité. Les dires sur les pratiques professionnelles personnelles servent d'analyseur de la pratique et donnent des indications sur le processus de raisonnement clinique mis en place, révélateur des caractéristiques d'un métier du lien. Ces explicitations de la pratique permettent d'accéder aux modèles cognitif et opératif utilisés dans le courant de la didactique professionnelle. Le modèle opératif est spécifique du professionnel en fonction de sa compétence et de son expérience et

guide son action. Il est le reflet des invariants présents qui représentent les dimensions sélectionnées et prises en compte pour que l'action soit efficace (Pastré, 2007). Un professionnel soignant compétent serait alors celui qui sait mobiliser ses schèmes et en élaborer de nouveaux par bricolage dans toute situation. L'objectif de l'outil « raisonnement clinique » comme un schème est de rendre le professionnel capable d'analyser, de s'adapter et de gérer toute situation, alors même qu'elle est dynamique et en perpétuelle évolution du fait de la co-activité avec le patient, savoir incarné. Un double triangle pédagogique est entrevu, patient et raisonnement clinique étant respectivement les sommets de ces deux triangles. En situation de tutorat, la situation productive basée sur une relation duelle est instituée sous forme d'« entre-trois » dans laquelle patient et étudiant ont plus ou moins de place en fonction de l'échafaudage utilisé, de la temporalité du stage et de la configuration de mise au travail utilisée (Kunegel, 2011). L'étudiant met alors plus ou moins en application son modèle opératif, sous le contrôle et avec l'aide de la médiation du tuteur, en tenant compte du sujet de l'action. Le raisonnement clinique est un moyen de se constituer son schème, sa structure conceptuelle.

Dans la partie suivante, en nous inscrivant dans le courant de la didactique professionnelle qui s'intéresse à l'analyse des situations réelles de travail en vue de la formation, nous présenterons l'instrumentation de notre démarche d'enquête pour répondre à ces questions ainsi que sa mise en œuvre.

Troisième partie

Une démarche de la recherche

Notre cheminement est parti de questions naïves. Comment les MK référents transmettent-ils le « regard kinésithérapique » aux étudiants lorsqu'ils sont tuteurs de stage ou formateurs ? Comment explicitent-ils leur démarche de raisonnement professionnel pour aider l'étudiant à déchiffrer les signes cliniques offerts par le corps, et exprimés par/dans les paroles et gestes du patient ? Comment à travers le raisonnement clinique vont se transmettre les valeurs professionnelles, les compétences relationnelles, la vision du métier et ce dans une contrainte temporelle et financière fortes ? Comment l'étudiant « adolescent professionnel » apprend-il à lire le patient, en situation de soin réelle, lors de sa première rencontre avec celui-ci ?

Notre objet est la situation de transmission- apprentissage du raisonnement clinique en situation de stage, quand les deux parties MK tuteur et étudiant sont en présence d'un patient. La compréhension du processus transmission apprentissage du raisonnement clinique permettra d'une part de comprendre les pratiques tutorales du référent de stage en cabinet libéral, dans une situation de soin ordinaire, et d'autre part d'analyser les pratiques d'apprentissage de l'étudiant kinésithérapeute en formation initiale

Nous avons cherché à comprendre le contexte actuel de cette profession et l'enjeu représenté par l'institutionnalisation du raisonnement clinique instaurée par la réingénierie des études en 2015. Nous avons exploré le concept du raisonnement clinique, avec son apprentissage, ses erreurs et remédiations. L'état des lieux de la littérature nous a permis de dégager une problématique : comment le tuteur, en situation de soin, avec un patient réel, accompagne l'apprentissage du raisonnement clinique de l'étudiant et facilite la lecture du patient ? et comment l'étudiant, en situation de soin, avec un patient réel réalise un raisonnement clinique et en quoi sa lecture du patient est favorisée par le raisonnement clinique du tuteur et son accompagnement ?

Éclairé par les concepts théoriques, le raisonnement clinique est apparu comme une démarche d'enquête avec une recherche de problématisation, en particulier lors de la première entrevue, notamment du fait de la particularité du métier du lien. Celui -ci, basé sur la relation à l'autre, nécessite entre autres des compétences relationnelles et communicationnelles pour assurer des soins efficaces et permettre le déchiffrement des maux du patient au-delà de ses mots et signes

cliniques. Cette rencontre s'opère dans une situation professionnelle dynamique, l'état du patient en tant que savoir incarné évolue durant la temporalité de l'acte de soin. L'objectif de l'outil « raisonnement clinique » est de rendre le professionnel capable d'analyser, de s'adapter et de gérer toute situation, nous avons considéré le raisonnement clinique comme un schème de haut niveau (Vergnaud, 2001). En situation de transmission -apprentissage, la présence du stagiaire transforme la relation thérapeutique duelle en situation d'entre-trois. Un double triangle pédagogique est opéré. La posture du professionnel varie selon sa position sur l'un des côtés du triangle pédagogique, dans cette situation productive.

Nos questions de recherche sont : quels sont les schèmes mis en œuvre lors d'une séance face à un patient sous la supervision d'un tuteur ? Comment le tuteur accompagne le raisonnement en acte de l'étudiant, comment celui-ci le réalise-t-il en acte ? Quelle place occupe le patient dans cette situation triangulaire ?

Notre thèse est formulée ainsi : Le raisonnement clinique, défini comme un schème, réalisé du fait de la confrontation à l'étonnement suscité par la première rencontre du patient, serait source de professionnalisation et un outil d'émancipation par le développement des capacités de prise de décision et de pouvoir agir.

Cette troisième partie est divisée en deux chapitres restituant l'instrumentation de la démarche d'enquête et la mise en œuvre de la méthodologie.

Dans le chapitre instrumentation de la recherche, nous expliciterons notre enquête exploratoire et son intérêt pour la suite de notre travail. En nous plaçant dans le courant théorique de la didactique professionnelle, nous dévoilerons la méthodologie que nous avons construite à partir des caractéristiques remarquées dans l'étude des concepts théoriques et contextuels. Nous exposerons le choix de la situation professionnelle productive.

Dans le chapitre mise en œuvre de la méthodologie, nous aborderons la mise en œuvre de notre méthodologie. Nous exposerons les détails des choix de notre population en décrivant les acteurs et lieux concernés, les contraintes logistiques inhérente à l'activité productive, les situations rencontrées.

11 Instrumentation de la démarche d'enquête

Dans cette partie, nous développerons plusieurs points. Nous expliciterons l'instrumentation de notre démarche d'enquête, depuis les entretiens exploratoires menés jusqu'à la construction de notre méthodologie de recueil de données, avec ses outils d'enquête, la situation observée.

11.1 Entretiens exploratoires

Pour constituer notre méthodologie d'enquête nous avons eu recours à des entretiens exploratoires, auprès de tuteurs et d'étudiants de troisième année ont été réalisés pour nous guider dans la construction des recueils de données empiriques.

Concernant les professionnels encadrant de stage, une demande de participation pour des entretiens exploratoires dans le cadre de ce projet a été réalisée, auprès de professionnels en activité et tuteurs de stage, au sein de l'IFMK ou par l'intermédiaire de formateurs de l'IFMK au sein de leur cabinet libéral.

4 masseur-kinésithérapeutes hommes se sont portés volontaires. Nous présentons leur portrait ci-dessous.

Cristiano est masseur-kinésithérapeute salarié et formateur en formations initiale et continue de MK, il a obtenu son diplôme depuis plus de 15 ans, il a une forte expérience de l'encadrement de stagiaires et une activité habituelle de tutorat des professionnels en formation dans un DIU. Il est diplômé en sciences de l'éducation au niveau master 2 professionnel et est sensibilisé à la posture du tuteur et aux conditions d'apprentissage de l'étudiant. Il connaît le thème de travail de la thèse, ce qui peut constituer un biais. Le choix d'une personne salariée travaillant en milieu hospitalier est lié à la volonté de discerner la « politique d'encadrement des stagiaires » mise en place dans le cadre de l'accréditation des hôpitaux. Politique d'accueil qui n'existe pas de façon formalisée en libéral malgré des tentatives locales, notamment le projet tutorat de l'URPS île de France.

Thierry est MK libéral et formateur en formation initiale et continue de MK, il a plus de 15 ans d'expérience d'encadrement de stagiaires en formation continue. Il encadre les étudiants de formation initiale au sein de son cabinet libéral. Il a occupé un poste de responsable pédagogique dans un institut de formation en pédicurie podologie. Il est actuellement enseignant et directeur au sein d'un Institut de formation en ostéopathie. Il possède un master 2 professionnel. Thierry a été choisi car il a la quadruple casquette professionnelle de MK, pédicure-podologue, ostéopathe et directeur d'un institut d'ostéopathie. Il a aussi mis en place le projet du parcours clinique de stage pour répondre aux obligations réglementaires du nombre de consultations à réaliser durant les études d'ostéopathie. Cet entretien devait nous permettre de discerner les éventuelles difficultés dans l'accueil des stagiaires, dans le choix des soins confiés aux patients compte tenu de l'aspect financier de l'activité. Nous pensions aussi repérer le « risque » représenté par le stagiaire vis à vis de la patientèle et son opérationnalité au sein

d'un cabinet. Et, enfin, nous pensions recueillir une vision triple sur ce qui est à transmettre à l'étudiant, compte tenu des multiples rôles de Thierry.

Alexandre exerce en salarié dans un centre de rééducation en tant que MK et enseigne en tant que formateur en pédicurie-podologie, Il encadre au quotidien des étudiants, depuis l'obtention de son diplôme d'état il y a moins de 5 ans. Il n'a pas reçu de formation particulière pour être formateur et tuteur. Pourtant dans le cadre de son activité professionnelle, il a une activité régulière de tuteur.

Thomas exerce en libéral. Il est formateur en formation initiale et intervient dans plusieurs IFMK. Il est tuteur de stage au sein de son cabinet. Il a obtenu son diplôme d'état 4 ans auparavant et n'a pas reçu de formation particulière pour être formateur et tuteur.

Les entretiens libres ont eu lieu en juillet 2015, ils ont été menés avec la consigne suivante : « vous encadrez des étudiants en stage dans votre pratique professionnelle, dites-moi comment cela se passe pour vous personnellement dans votre pratique quotidienne »

Ces entretiens exploratoires nous ont permis de comprendre plusieurs points. Il semblait y avoir 3 types de tuteurs : celui qui procédait par imitation, par essai erreur, par groupe de pairs. Il semblait, que face aux difficultés de l'étudiant la stratégie du tuteur de stage n'apparaissait pas de manière évidente. Le modèle proposé par Audetat (2011) sur la remédiation pédagogique du raisonnement clinique ne semble pas utilisé.

Ils ont éclairé certains points concernant notre choix de problématique et d'instrumentation de la démarche d'enquête, notamment l'importance du patient « réel » pour l'adaptabilité et l'adaptation de l'étudiant à la singularité du patient ainsi que l'importance de la confrontation à la réalité par la mise en situation réelle. Cela oriente notre recueil de données vers une situation de soin réalisée par l'étudiant.

En revanche, en écoutant les entretiens, j'ai été interpellé par deux points. Il ne semble pas y avoir de dispositifs spécifiques d'accueil pour les étudiants, ceux-ci devant se glisser dans l'activité productive (Samurcay & Rabardel, 2004) du professionnel. Le tuteur doit ainsi parvenir à « cerner » son étudiant et jauger de sa capacité pratique. Il doit aussi évaluer la possibilité de « déléguer » un soin de sa responsabilité en toute sécurité pour le patient. Quelle est alors l'organisation des situations d'apprentissage chez les masseur-kinésithérapeutes libéraux, non formateurs, non sensibilisés au tutorat ? Quelle est la place du patient dans « l'apprendre à lire » de l'étudiant ? Le patient serait-il « la variable » dans l'apprentissage du

raisonnement clinique, recréant ainsi le triangle pédagogique de Houssaye (2014) ? ou le raisonnement clinique serait-il « la variable », constituant ainsi un triangle dans le triangle ?

Il a semblé nécessaire de poursuivre cette enquête préalable par des entretiens exploratoires auprès d'étudiants pour pouvoir affiner l'instrumentation de la démarche méthodologique de recherche et le choix de la population, notamment la constitution de la triade patient/étudiant/tuteur à envisager.

Concernant les étudiants de troisième année, Émeline et Coralie sont deux étudiantes volontaires revenant à l'IFMK, en octobre 2015, après deux sessions de stage consécutives (4 semaines en été 2015 et 7 semaines en septembre octobre 2015). Nous avons réalisé un entretien libre avec chacune d'elle dans les locaux de l'IFMK.

L'intérêt de l'entretien libre était de comprendre ce qu'était, d'après l'étudiant, un encadrement lors d'un stage. La consigne initiale était la suivante : « vous êtes étudiante en 3^e année, vous venez de rentrer de trois mois de stage, qu'est-ce que pour vous, dans votre pratique habituelle de stagiaire, un encadrement de stage ? ».

L'écoute de ses entretiens fait apparaître que l'étudiant a besoin d'être mis en situation de responsabilité pour « apprendre » et se constituer son expérience, sans toutefois, toujours être au clair avec ses responsabilités. Il ressent un bénéfice à être encadré et à réaliser une séance, seul, sous contrôle. Les deux étudiantes ont insisté sur la nécessité d'une autonomie et celle-ci leur semblait utile pour apprendre. Ceci faisait résonance avec les dires des tuteurs sur l'importance de la confrontation à la situation réelle. Cependant, être en situation de faire cela est-ce suffisant pour apprendre ?

Ces entretiens nous ont permis de réajuster notre recherche et de mieux cerner la population à interroger. Il nous semble nécessaire de recueillir des données à la fois concernant le tuteur et sa vision de l'encadrement et concernant l'étudiant et son bénéfice à être encadré.

Il nous semble important de récolter les données de chaque protagoniste avant la séance, puis les données communes d'une séance en situation réelle de tutorat, réalisée par l'étudiant sous supervision ainsi que les données issues de la confrontation des points de vue, en réaction à la séance réalisée.

11.2 Orientation méthodologique de la recherche : une méthodologie qualitative

À la suite de ces entretiens exploratoires, qui ont renforcé notre pensée suite à l'étude des concepts théoriques, et en nous appuyant sur une orientation méthodologique de la recherche,

nous avons pu construire notre méthodologie d'enquête et de recueil de données empiriques. Nous avons élaboré une méthodologie hybride mêlant la démarche clinique et la méthodologie issue de la didactique professionnelle : une méthodologie « quasi-clinique ».

Nous nous sommes appuyées sur l'approche de la didactique professionnelle qui fait appel à des données de terrain issues de situations de travail. Situations qui sont ensuite revisitées par les protagonistes selon la méthodologie de l'hétéroconfrontation développée par Clot et Faïta (2000) puis par des pairs selon la méthodologie de l'hétéroconfrontation croisée, pour parvenir à extraire les concepts opératoires et donner à voir des « règles du métier » (Olry, 2016) et les transposer dans les actions de formations au métier.

Nous souhaitions voir comment ces règles du métier sont utilisées. Puisque, la consultation est un art (Aper, Reniers, Derese, & Veldhuijzen, 2014), nous cherchions à comprendre ce qui se jouait lors d'une première rencontre, et comment l'étudiant lit les signes cliniques du patient et le patient lui-même. Nous souhaitions comprendre comment celui-ci se projetait dans la séance, se préparait à celle-ci, et comment le professionnel pensait accompagner l'étudiant. Nous souhaitions, basé sur notre idée première du modèle de clinicien superviseur de Audetat (2011) repérer le modèle du superviseur utilisé et les erreurs repérées chez les étudiants et dans leur pratique habituelle de tuteur de stage. Il nous fallait pour cela des données déclaratives de leurs pratiques.

Pour Maubant (2013) analyser le travail dans les métiers du lien demande de prendre en compte la situation dans laquelle l'activité se déroule en interaction dans un environnement. Nous souhaitions comprendre comment la triade tuteur, étudiant et patient se constituait dans une séance donnée. Nous avons alors besoin pour réaliser cette analyse de discours de la pratique, mais aussi sur et pour la pratique (Beillerot, 1988). Nous avons fait le choix d'utiliser aussi une démarche clinique car celle-ci est centrée sur une ou des personnes en situation et en interaction, avec l'objectif premier de comprendre la dynamique et/ou le fonctionnement de ce sujet dans leur singularité irréductible (Blanchard-Laville, 1999). Cette démarche présente quelques caractéristiques. Elle a notamment un lien privilégié avec la pratique qu'elle étudie, elle fait l'objet d'une demande de la part du sujet ou du chercheur, la relation est importante, elle est interpersonnelle, elle travaille dans et sur la relation, elle prend en compte l'implication du chercheur (Revault d'Allonnes, 1989). Comme le dit Rinaudo (2014) « la démarche clinique est doublement subjective », l'apprenti chercheur est au cœur de son thème de recherche, et la personne interviewée est considérée comme une personne singulière et non comme un objet.

« Une des caractéristiques de la démarche clinique consiste donc à étudier en profondeur un petit nombre de cas dont on essaye de saisir la dynamique et à partir desquels se construit la théorisation. Le recueil de données se fait le plus souvent par les biais d'entretiens non directifs (ou entretiens cliniques de recherches) car le propre de la démarche est bien de s'intéresser aux sujets non pas pour et par eux-mêmes, mais pour comprendre comment leur structuration inconsciente leur permet de vivre une situation réelle donnée » (Hatchuel, 2005).

11.3 Construction de la méthodologie de recueil de données

Pour vérifier nos hypothèses de travail, nous avons besoin de données déclaratives sur une pratique, de données issues de situations d'activité réelle. Nous avons aussi besoin d'explicitations sur la démarche réalisée au cours de la séance, et ce en dehors de la présence du patient.

Notre population est composée de 7 triades volontaires composées d'un patient/un tuteur libéral/ un étudiant en stage.

Un entretien individuel du tuteur sera réalisé avant la séance de supervision selon une démarche clinique. Une consigne initiale sera donnée puis l'entretien sera libre.

Ensuite, un entretien individuel de l'étudiant aura lieu avant la séance de supervision. L'entretien sera libre après une consigne initiale.

Un enregistrement audio de la séance de soins pour laquelle le patient s'est dirigé vers ce cabinet libéral, suite à une prescription médicale sera réalisé.

Nous choisissons la première rencontre de l'étudiant avec le patient. Car comme vu précédemment, cette première séance est réglementée et doit comporter à son issue, la rédaction d'un document administratif, intervenant dans la prise en charge financière du patient. L'étudiant sera positionné en responsabilité face au patient, il réalisera tout ou partie du bilan ou du traitement de la séance.

Un enregistrement vidéo de la séance de soins avec la triade patient/étudiant/tuteur sera réalisé. Il servira de support à la dernière séquence de la méthodologie d'enquête.

Un enregistrement audio sera réalisé lors de l'hétéroconfrontation (Clot & Faïta, 2000), lors du visionnage de la vidéo réalisée pendant la séance, effectuée par l'étudiant sous la supervision du tuteur.

Le corpus de données sera composé de 5 types de données empiriques : les données issues de la retranscription de l'entretien des tuteurs, celles issues de l'entretien des étudiants, celles provenant de la retranscription de la séance, et celles obtenues après la retranscription de l'hétéroconfrontation.

11.4 Outils d'enquête

Dans cette partie, nous développons les différents outils d'enquête que nous avons mis en place et leurs consignes. Nous avons cherché à repérer les modèles opératif et cognitif des opérateurs pour parvenir aux principes organisateurs de l'activité, selon le courant de la didactique professionnelle.

11.4.1 Les entretiens

Nous cherchions à rendre intelligible, à travers le discours de tuteurs et d'étudiants en formation initiale de masso-kinésithérapie, leurs perceptions de leur rôle professionnel, du tutorat, de leur engagement dans la séance à venir. Nous avons aussi cherché à percevoir leurs représentations de l'activité et, à travers leurs discours, leurs schèmes qui sous-tendent leur activité (Vergnaud, 2007).

Nous avons rencontré tuteurs puis étudiants avant la séance de soin avec le patient, et avons utilisé la méthodologie de l'entretien clinique de recherche (Castarede, 1983).

Il s'agit d'un entretien de type non directif. Seule la consigne de départ est formalisée autour d'une thématique que l'apprenti chercheur cherche à étudier. La consigne est personnalisée pour permettre un meilleur engagement de l'interviewé : « pour vous ? »

Le reste de l'entretien est libre, l'interviewé construit son discours comme il lui semble dans le temps. Aucun nouveau thème ne sera abordé par l'interviewer. Les relances de l'interviewer basées sur les derniers mots utilisés par l'interviewé ne sont là que pour l'encourager à préciser sa pensée, et à l'accompagner dans l'explicitation. L'interviewer s'efface et reste centré sur le discours de l'interviewé dans une attitude d'écoute et de neutralité selon les principes définis par Rogers. Les entretiens sont suffisamment longs pour que le discours de l'interviewé puisse permettre son élaboration personnelle.

Ce sont les interviewés qui ont conclu les entretiens, par une réponse à la question : « vous avez des choses à préciser ? »

11.4.1.1 L'entretien du tuteur

Cet entretien réalisé en amont de la séance de supervision nous indiquera les déclarations que font les tuteurs sur leur pratique de tutorat, sur leur rôle dans la transmission du raisonnement clinique, lors d'un stage.

Réalisé sous forme d'un entretien libre, la consigne initiale était la suivante : « Vous *allez superviser la réalisation d'une séance, auprès d'un patient, par votre étudiant stagiaire.*

Comment vous y prenez-vous, dans votre pratique de tous les jours, pour encadrer un stagiaire ? Parlez librement comme cela vous vient à l'esprit ».

11.4.1.2 L'entretien de l'étudiant

À travers cet entretien, réalisé en amont de la séance de supervision et après l'entretien du tuteur, nous cherchions à entrapercevoir les déclarations sur le développement professionnel, la projection dans le métier, l'intérêt estimé de l'encadrement du tuteur.

La consigne initiale était : *« Vous allez réaliser une séance auprès d'un patient, sous le regard d'un masseur-kinésithérapeute, qu'attendez-vous de cette réalisation et de cette supervision, dans (pour) votre pratique habituelle de stagiaire et de futur(e) professionnel(le) ? Parlez librement comme cela vous vient à l'esprit ».* L'entretien était ensuite réalisé sous format libre.

Tuteur et étudiant ne se croisaient pas entre les deux entretiens, de manière que le discours de l'étudiant soit spontané.

11.4.2 La séance de soin

La séance de soin, lieu de la première rencontre de l'étudiant avec le patient a fait l'objet de deux recueils de données : un enregistrement audio et vidéo.

11.4.2.1 L'enregistrement audio de la séance

À travers cet enregistrement, nous cherchons à approcher les pratiques effectives réalisées en situation de soins. Nous ne souhaitons pas voir les pratiques prescrites ni celles rapportées à l'IFMK par suite des consignes, pour le rapport d'activité support de validation de la formation clinique (UE 11 ou 30) ou d'évaluation de leurs unités d'intégrations (Ui 10 ; 25 et 29).

Nous pensions repérer les tours de parole, la place de l'étudiant qui est censé effectuer la séance, la posture du tuteur et le rôle du patient, si rôle il y a.

11.4.2.2 L'enregistrement vidéo de la séance de soins

Cette même séance de soins a bénéficié d'un enregistrement vidéo au moyen d'une caméra vidéo, placée sur un trépied, et positionnée dans un coin de la salle de soins de manière à avoir les trois protagonistes dans l'œil de mire. Cette caméra n'était pas commandable à distance, le chercheur était donc présent dans la salle et adaptait l'angle de vision en fonction des changements de positions de la triade patient/tuteur/étudiant.

Cet enregistrement vidéo sera le support de l'hétéroconfrontation pour confronter les points de vue des protagonistes et éclairer certains propos de la séance.

11.4.3 L'hétéroconfrontation croisée

La vidéo de la séance était ensuite visionnée soit immédiatement après la séance soit une ou deux heures après en fonction de l'organisation de l'emploi du temps du tuteur dans son cabinet. Il était demandé aux tuteurs et étudiants de commenter les images regardées. Des arrêts sur image étaient réalisés à la demande des tuteur et étudiant. La séance de visionnage se terminait à leur demande quand ils leur semblaient avoir épuisé les commentaires à fournir sur la séance visionnée. Nous cherchions à obtenir l'explicitation du raisonnement clinique mis en place pendant la séance, rejoignant ainsi la préconisation de Audetat & Laurin (2012).

Nous cherchions aussi à obtenir de l'étudiant, à travers une auto-explicitation, ce qu'il avait compris à la lecture de la vidéo qu'il n'avait pas perçu dans l'immédiateté de la séance. Nous cherchions enfin à créer un débat autour des dilemmes obtenus et comprendre les raisons des interventions du tuteur durant la séance à la recherche des invariants opératoires et des éléments de la structure conceptuelle.

11.5 La situation d'observation : un étudiant en stage avec la pratique ordinaire d'un MK en cabinet libéral

Nous exposons les différentes modalités de la situation observée, que nous avons modélisé en figure 14.

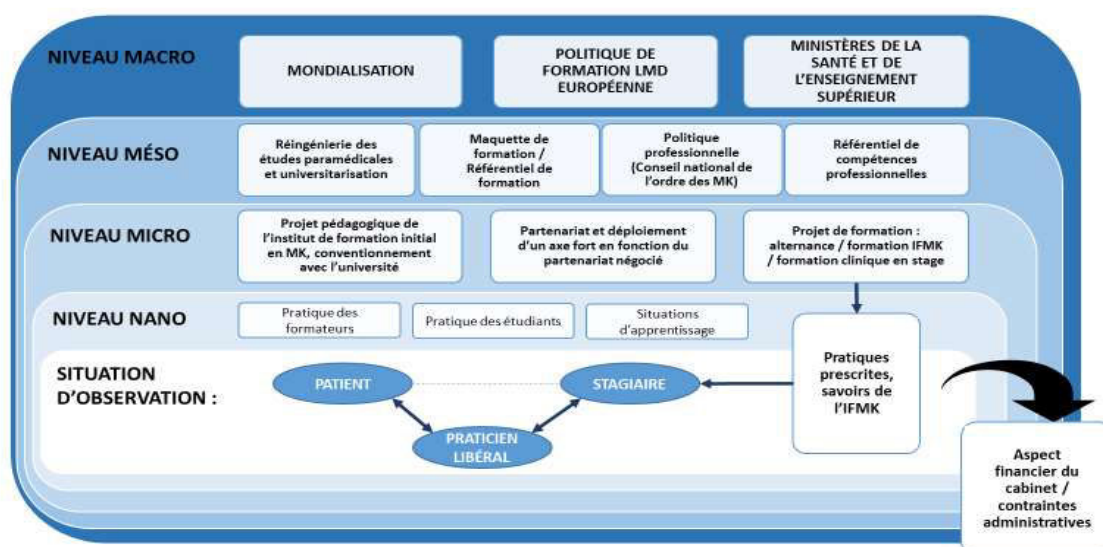


Figure 14: La situation d'observation

11.5.1 Étudier une première rencontre...

Suite à notre revue de littérature sur le raisonnement clinique et nos constats que sur le fait qu'il s'agit le plus souvent de patients simulés ou joués, nous avons fait le choix d'une situation de soin véritable (écologique) avec un « vrai » patient venu, sur prescription médicale, dans le cabinet libéral d'un MK. (Olry, 2016). Ce MK est aussi volontaire pour être tuteur de stage d'un étudiant durant le parcours de stage de celui-ci, conformément à l'Arrêté du 23 mai 2011 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Il validera ou non son stage, en fin de période.

Nous souhaitons assister à la première rencontre du patient et de l'étudiant, pour comprendre le raisonnement clinique qui se met en place. Nous avons fait le choix de l'écologie malgré les recommandations, en 2012, de la Haute Autorité de Santé, « jamais la première fois sur un patient ». Cependant toutes les techniques corporelles étant apprises sur soi en TD, ce n'est donc pas une première fois. En revanche, la nouveauté réside dans la transposition des techniques, technologies et savoirs sur ce patient singulier dans ce contexte-là et à ce moment-là de sa prise en soin.

11.5.2 ... dans un cabinet libéral...

Nous avons choisi le milieu libéral car 80 % de l'activité de la profession se fait en libéral (Sicart, 2013) alors que paradoxalement 80 % de la formation clinique se faisait en hospitalier selon Arrêté du 23 mai 2011 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-thérapeute. La typologie des malades est y aussi différente (Rémondrière, 2014) et sans doute cette typologie de public n'est pas la plus représentative du contenu du programme des études.

Pour recevoir des stagiaires, les masseur-kinésithérapeutes sont dans une démarche volontariste, puisqu'aucune contrainte ne les oblige à le faire. Cependant la mission dévolue aux professionnels de santé, le code de déontologie et la nouvelle définition de la profession stipulent cette obligation.

11.5.3 en observant une triade patient/tuteur/étudiant

Nous obtenons la modélisation suivante de notre situation d'observation. Nous nous trouvons à un niveau nano, face à une situation d'apprentissage, dépendante des pratiques des étudiants, des formateurs, et des pratiques prescrites par l'IFMK, et cela dans un contexte situationnel libéral. Le stagiaire est accueilli par le tuteur volontaire au sein de son établissement, durant son parcours de stage. Le patient s'est adressé au praticien à la suite de la prescription médicale. Il a choisi son lieu de soin. Le lien entre le patient et le stagiaire se fait par l'intermédiaire du

tuteur, le patient n'a pas choisi d'être traité par un étudiant. Son acceptation n'est pas une obligation.

12 Mise en œuvre de la méthodologie

Nous allons maintenant expliciter notre manière de procéder à la mise en œuvre de notre méthodologie, au niveau des acteurs, étudiants et tuteurs, au niveau du cabinet et de ses contraintes logistiques et temporelles.

12.1 Des étudiants sur leur lieu de stage durant leur parcours clinique

Compte tenu de la réingénierie des études intervenue entre la première et deuxième année de cette thèse, la question du choix des étudiants s'est posée, au-delà du recrutement des masseur-kinésithérapeutes volontaires pour participer à la situation expérimentale. Quels étudiants allions-nous observer : les étudiants de l'ancien cursus, ceux du nouveau cursus ?

Dans l'ancien cursus basé sur l'Arrêté du 5 septembre 1989 relatif au diplôme d'état de masseur-masseur-kinésithérapeutes, il n'y a pas à proprement parler d'enseignement spécifique du raisonnement clinique, alors que, dans le nouveau cursus, l'unité d'intégration UEI 10 réalisée durant la deuxième année, porte sur l'acquisition au niveau méthodologique des 11 compétences cœur de métier, obtenue au cours des stages des semestres 3 et 4. Si je choissais de suivre des étudiants du nouveau cursus se posait un obstacle temporel par rapport au délai accordé pour la thèse ; il fallait patienter deux ans que les étudiants réalisent leur stage de troisième et quatrième semestres dont l'un des objectifs réglementaires est « comprendre le raisonnement professionnel ». Il était en revanche d'application plus aisée de suivre les étudiants du nouveau cursus car il nous « suffisait » de choisir parmi quelques-uns des étudiants dont nous avons la responsabilité dans notre métier au quotidien au sein d'un IFMK parisien et de les suivre durant leur parcours de stage. Étudiants pour lesquels nous aurions aussi donner des consignes de travail en vue de leur évaluation de l'UI 10. Nous nous serions alors plus situé dans le travail prescrit implicitement par l'IFMK que dans le travail réel. (Janner Raimondi & Wittorski, 2017). Sachant aussi que chaque institut de formation a une empreinte sociologique particulière du fait de son histoire (Monet, 2003), les implications personnelles et institutionnelles auraient été maximum. Nous avons donc choisi d'étudier des étudiants de deuxième et troisième année de l'ancien cursus de 1989. Il a déjà été vu qu'une réforme ne modifiait pas la posture du tuteur dès la première année (Carme, 2003). Ce choix a aussi été motivé consécutivement aux difficultés exprimées par les tuteurs de stages lors de réunion

d'information à l'IFMK. Ceux-ci avaient à comprendre « l'esprit de la réingénierie », son intérêt, les onze compétences et l'utilisation de son outil « le port folio ». Cela nous a semblé une difficulté supplémentaire à pouvoir recruter des volontaires et un biais qui allait interférer dans notre compréhension de la situation.

Nous n'avons pas choisi la porte d'entrée « étudiants » de manière à ne pas avoir les étudiants de l'institut de formation dans lequel nous travaillons, pour deux raisons. Ce choix s'explique d'une part par la volonté de limiter nos implications du fait de l'absence de neutralité du chercheur en sciences humaines (Devereux, 1980) et d'autre part, par le vœu ne pas être dans une démarche de vérification de conformité de nos résultats vis-à-vis des consignes pédagogiques de travail que nous aurions pu formuler pour le stage des étudiants. Sans doute ce choix a-t-il entraîné une plus grande difficulté à recruter notre population.

Par ce choix, nous avons aussi une population hétérogène d'étudiants, issus de cinq instituts différents, avec des projets pédagogiques distincts, des organisations pédagogiques temporelles et des conditions de parcours de stage variées. Recruter parmi les trois cents étudiants présents dans notre institut d'origine aurait-il donné des résultats différents ?

12.2 Des MK tuteurs de stage volontaires

Nous avons proposé à des MK libéraux volontaires, recevant des stagiaires dans leur cabinet, de participer à cette recherche doctorale. Un premier appel à volontaires a été réalisé le 5 juin 2015 lors de la troisième journée de kinésithérapie respiratoire pédiatrique à Paris, à l'issue d'une communication « *un raisonnement clinique pour tous* ». Un deuxième appel a été réalisé le 26 juin 2015 à l'occasion d'une communication « *un raisonnement clinique pour tous* » version 2, présentée lors de la 12ème journée des réseaux bronchiolite organisée à Paris par le réseau bronchiolite ARB Ile de France. (7 MK se sont portés volontaires à travers la France, 2 en Normandie, 1 en Savoie, 1 en Auvergne, 3 en région parisienne). D'autres appels ont été réalisés au cas par cas auprès d'intervenants formateurs de l'IFMK qui travaillaient dans des cabinets libéraux pluri professionnels, pour essayer de recruter des masseur-kinésithérapeutes non formateurs, et que nous ne connaissions pas, pour limiter les implications.

Nous n'avons pas émis de critères d'inclusion concernant les tuteurs. Nous aurions pu choisir uniquement des praticiens formateurs, uniquement des praticiens, uniquement des praticiens ayant une expérience supérieure à trois années d'exercice professionnel, comme cela se pratique régulièrement dans certains instituts de formation. Aurait-il eu des pratiques d'encadrement différentes ?

Nous n'avons pas non plus sélectionné certains instituts au détriment d'autres. Pourtant chacun a son empreinte historique et son orientation disciplinaire en fonction de la convention de formation signée en partenariat avec l'Université partenaire. Cela implique sans doute une certaine manière de penser le patient et sa maladie, ainsi que son rôle professionnel.

Nous avons exploré une question issue de la *réingénierie* des études, l'institutionnalisation du raisonnement clinique, à travers une population d'étudiants issus de l'ancienne réforme. Cela peut sembler paradoxal. Cependant ce raisonnement professionnel n'est pas nouveau, il entre simplement dans le programme de la formation professionnelle presque 20 années après son entrée en vigueur pour la profession par le décret d'actes de 1996. Et dans notre questionnaire initial professionnel naïf, nous souhaitions repérer quelles pistes d'amélioration seraient à proposer pour l'accompagnement des tuteurs, des étudiants, l'organisation pédagogique des stages et l'apprentissage corporel et cognitif

Il s'agit de réaliser la constitution de binômes masseur-kinésithérapeute référent et stagiaire associés à un patient pendant une séance de soin. Au total, 7 trinômes ont été possibles, un en Auvergne, 6 en région parisienne. Le recueil s'est déroulé de février 2016 à mars 2017, et s'est effectué en fonction de la contrainte liée à l'accueil des stagiaires au sein des cabinets, et selon des périodes de stage fixées par les différents IFMK. Celles-ci sont sensiblement différentes en fonction des instituts et de leur projet pédagogique. Certains ont fait le choix de stage long en libéral, d'autres de limiter les périodes en libéral dans un souci de responsabilité tant que les décrets réglementaires ne couvraient pas explicitement les responsabilités des protagonistes.

Concernant les modalités de suivi du trinôme, plusieurs choix étaient possibles. Chacun avait ses intérêts et désavantages.

Soit plusieurs séances étaient réalisées avec un même patient, cela permettait de suivre l'évolution que se faisait l'étudiant de la représentation de la situation du patient en fonction du temps, pour parvenir à la troisième étape du RC « la représentation stabilisée de la situation clinique » (Charlin, 2012) était alors observé le processus du raisonnement clinique chez un étudiant dans un contexte donné. C'est la thématique de la thèse que réalise actuellement Espenant sous la direction de Olry.

Soit un même tuteur recevait plusieurs stagiaires différents ce qui permettait de repérer l'éventuelle adaptation du tuteur masseur-kinésithérapeute en fonction de l'étudiant. Le recueil de données était alors centré sur le tuteur, son rôle de superviseur clinique et son style. Ce n'était pas notre souhait.

Ou alors, un même stagiaire était suivi au cours de son parcours de stage, avec la rencontre des différents tuteurs en fonction des terrains de stage, ce qui permettait de suivre la construction des connaissances et identité professionnelles de l'étudiant. Le recueil de données était alors centré sur l'étudiant et son adaptation aux différents thérapeutes et contextes. C'est la thématique de la thèse que réalise actuellement Froissart-Monet sous la direction de Olry (Froissart, 2018). Cependant compte tenu de la variété des lieux de terrains de stage possibles, cette éventualité était risquée à assurer pour la temporalité de ce travail,

Ou encore, une première rencontre singulière entre un référent, un stagiaire, un patient était envisagé, ce qui permettait d'essayer de comprendre « le regard MK » et la démarche entreprise de « type enquête » pour comprendre le patient et le « décrypter » lors de la première entrevue de soin.

Chacun des choix était intéressant, cependant certaines conditions étaient plus difficiles que d'autres et certaines nous éloignaient de ce que nous recherchions : comprendre ce qui se déroulait lors de la première rencontre d'un étudiant avec un patient, quel raisonnement clinique mettait il en place ?

Nous avons donc choisi de réaliser des recueils de données lors de la première entrevue de d'un étudiant avec un patient venu se faire soigner dans un cabinet libéral, lors d'un stage sous la supervision d'un MK dans le cadre de sa pratique quotidienne, sa pratique « ordinaire » de thérapeute et de tuteur volontaire. (Figure 15)

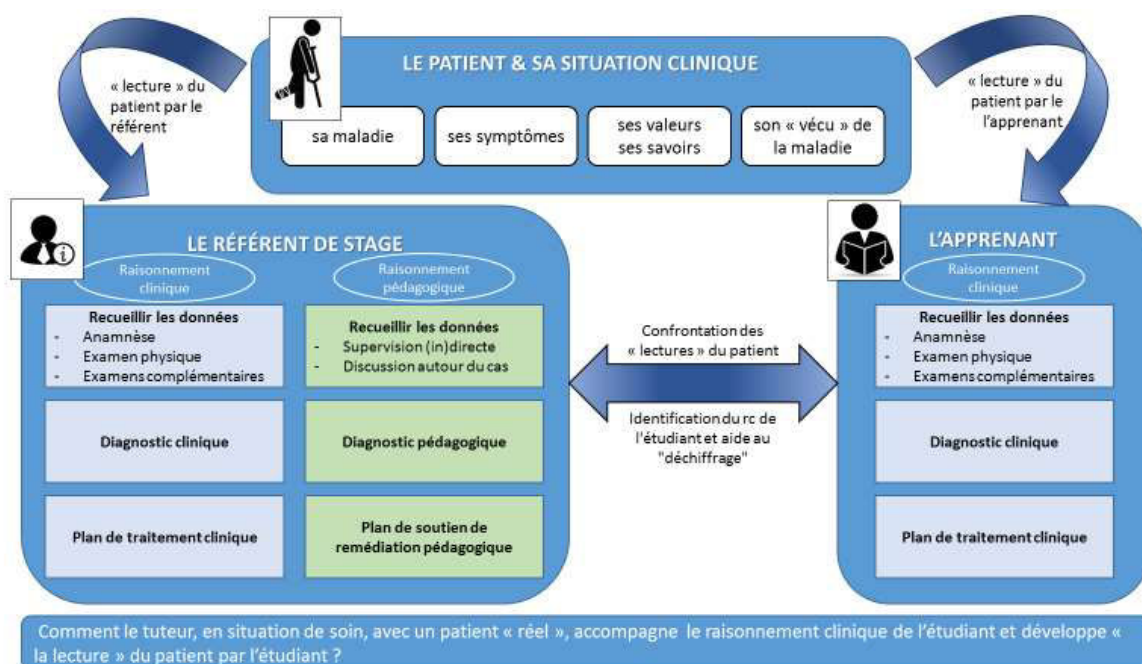


Figure 15: La situation d'observation : une première rencontre

12.3 Les contraintes logistiques d'une activité productive en milieu libéral

Après un premier contact et l'acceptation de participer à l'expérience, nous indiquions aux tuteurs les conditions nécessaires. Le masseur-kinésithérapeute devait planifier les deux entretiens avant la séance et prévoir un temps de visionnage de la vidéo, avec le stagiaire après la séance. N'ayant aucune maîtrise de leur emploi du temps, les masseur-kinésithérapeutes nous contactaient lorsqu'ils avaient réussi à établir une triade de volontaires, en nous indiquant le jour et l'heure de la séance prévue, ainsi que l'heure planifiée pour le premier entretien. Nous devions ensuite nous rendre disponible pour la capture de données.

Nous nous rendions dans le cabinet libéral, lieu d'exercice du praticien. Nous découvriions sur place les modalités d'organisation, les locaux mis à disposition et aussi le patient choisi, patient déjà connu du cabinet, mais inconnu de l'étudiant, qui acceptait de se prêter au jeu de l'enregistrement de la séance. À aucun moment, il ne s'est agi de la première séance du patient dans le cabinet, l'enjeu aurait été trop grand, non pas pour toutes les parties mais pour le patient, le MK et peut-être l'étudiant. Rappelons-le, la MK ne s'exerce, à ce jour, que sur prescription médicale, le patient avait donc forcément une ordonnance, et la séance était décomptée de son quota, ou venait en doublon d'une séance déjà faite, pour ne pas léser le patient dans ses soins.

Les dates de stages des étudiants ont conditionné la temporalité des recueils de données. Un certain délai d'acclimatation de l'étudiant à son tuteur et à son lieu de stage était demandé. Les recueils de données ont eu lieu la dernière semaine du stage, qui durait entre quatre et six semaines, selon les IFMK.

Chaque patient et étudiant étaient volontaires pour participer. S'agissant de vraies séances de soins, aucune image ne sera diffusée pour ne pas laisser de « traces » qui pourraient porter préjudice au MK, et atteinte au secret médical, et aussi pour respecter une certaine éthique. L'anonymat des patients, étudiants et des praticiens a aussi été annoncé. C'est à cette double condition que chacun a accepté la recherche.

12.4 Une population hétérogène

Notre démarche « quasi-clinique » s'intéresse à la singularité de chacune des personnes rencontrées, il s'agit d'étudier en profondeur quelques recueils de matériau pour en extraire des grandes lignes de force (Hatchuel, 2005). Il n'est donc pas judicieux de détailler la population choisie en fonction de critères issus des statistiques nationales concernant la population en formation, mais plutôt en fonction de grandes caractéristiques générales rassemblées dans le tableau 9 ci-dessous.

La population est constituée de 7 triades. Les tuteurs provenaient de quatre cabinets différents, ils avaient entre 3 ans et 30 ans d'expérience professionnelle. Leur expérience du tutorat était comprise entre un premier accueil et 16 années d'expérience. Les étudiants étaient majoritairement de troisième année. Ils provenaient de 6 instituts différents. (Anonymisés numériquement).

Compte tenu des enjeux présents pour l'étudiant puisque le tuteur est aussi l'évaluateur (Baudrit, 2012) de son stage en fin de parcours, sa participation a-t-elle été aussi libre que prétendue ?

Concernant le choix des patients, nous ne savons pas sur quels critères ils ont été choisis par les tuteurs, ni la manière dont la participation leur a été présentée. En tout état de cause, le jour J, aucun n'a manifesté son désaccord, suite à mon questionnement.

Étudiant MK ; Prénom Année d'étude IFMK d'origine et expérience libérale du stagiaire	Tuteur MK, Prénom du Kiné Statut du MK, Année de diplôme	Année d'expérience du tutorat	Composition du cabinet libéral	Patient Champ disciplinaire
E1 : Albertine MK 3 IFMK 1 1 ^{er} stage libéral	T1 : Albert Associé Diplômé en 1999	15 ans	Mixte 3 associés, 1 assistant	P1 : Patient 1 Neurologie
E2 : Bernard MK 2 IFMK 2 1 ^{er} stage libéral	T2 : Béatrice Associée Diplômée en 1999	15 ans	Mixte 3 associés 1 assistant	P2 : Brigitte Neurologie IMC
E3 : Christophe MK 3 IFMK 3 2 ^e stage libéral	T3 : Christian Associé, Diplômé en 2000	16 ans	Mixte, 7 MK, 10 assistants	P3 : Corentin Rhumatologie
E4 : Dimitri MK 3 IFMK 4 2 ^e stage libéral	T4 : Dorothée Associée Diplômée en 1987	1er étudiant	Mixte, 3 kinés	P4 : Daniel Neurologie IMC sportif haut niveau
E5 : Eliott MK 3 IFMK 5 1 ^{er} stage libéral	T5 Ethan Assistant Diplômé en 2013	3 ans	Mixte 18 MK,	P5 : Ellen Traumatologie
E6 : Florine MK 3 IFMK 5 2 ^e stage libéral	T6 : Fanny Assistante Diplômée en 2001	15 ans	Mixte, 15 MK	P6 Patient 6 IMC
E7 : Ghislaine MK 3 IFMK 6 1 ^{er} stage libéral	T7 : Gérald Assistant, Diplômé en 2014	2 ans	Mixte, 18 MK	P7 Géraldine Rhumatologie

Tableau 9: Les caractéristiques de la population

La répartition des champs disciplinaires des pathologies présentée par les patients était représentative de la population retrouvée dans les soins en libéral (Panchout, Panchout, Launay, & Coulliandre, 2017). Cette précision semble importante car la démarche d'évaluation diagnostique est différente en fonction des champs disciplinaires, la porte d'entrée y est différente : la douleur en musculosquelettique, la faisabilité du soin en cardio respiratoire par exemple (Wijbenga & Driessen, 2018).

12.5 Des données de pratiques ordinaires sur le terrain

Les entretiens, la séance de soins et l'hétéroconfrontation de chaque triade ont lieu le même jour pour des raisons de logistiques inhérentes au fonctionnement libéral des cabinets. L'entretien du tuteur a toujours eu lieu en premier, puis celui de l'étudiant sans qu'il n'y ait de contact entre les deux, puis la séance à l'heure prévue dans le planning du professionnel et enfin l'hétéroconfrontation. Les professionnels avaient souvent planifié celle-ci, le midi pendant l'heure de leur pause repas pour les déranger le moins possible dans leur organisation planifiée.

Compte tenu de la temporalité de la capture de données, située lors de la dernière semaine du stage, il n'a pas été possible de positionner l'hétéroconfrontation à distance, comme cela se fait méthodologiquement habituellement. (Clot & Faïta, 2000), les étudiants du fait de l'alternance étaient ensuite en dehors du cadre législatif du stage.

La séance observée et enregistrée a parfois servi de support pour l'évaluation finale du stage de l'étudiant par le tuteur de stage, cette mise en situation professionnelle étant considérée comme un bon reflet de l'évolution du stagiaire au cours de son immersion dans le cabinet libéral.

Dans cette troisième partie, nous avons construit une méthodologie mixte à la fois basée sur une démarche clinique car nous souhaitons comprendre la situation de transmission-apprentissage mise en place par les acteurs rencontrés, et sur la démarche habituellement utilisée dans la méthodologie de la didactique professionnelle qui cherche à comprendre l'activité réellement effectuée en situation écologique.

La démarche clinique est centrée sur une ou des personnes en situation et en interaction, avec l'objectif premier de comprendre la dynamique et/ou le fonctionnement de ce sujet. Elle présente la caractéristique d'avoir un lien privilégié avec la pratique qu'elle étudie et fait l'objet d'une demande de la part du chercheur. Interpersonnelle, elle travaille dans et sur la relation, tout en prenant en compte l'implication du chercheur (Revault d'Allonnes, 1989). Nous avons réalisé des entretiens libres pour une analyse approfondie de quelques cas. « La clinique c'est aussi un accompagnement des individus et des groupes au dégageant et à la construction du

sens de leur expérience. La clinique est en somme ‘une approche de l’expérience qui privilégie la question du sens’ (Giust-Desprairies, 2003), alors elle est pertinente à l’étude de l’agir professionnel. Clot parle de « clinique de l’activité » (Vial, 2005)

La didactique professionnelle recherche l’analyse de l’activité professionnelle effectivement réalisée en situation, de manière à repérer ce que les professionnels disent de leurs actions et ce que leurs actions disent de leur identité professionnelle, à travers à la fois le visionnage de leur activité et le débat créé au visionnage de l’enregistrement de cette activité. (Pastré, 1999)

Dans la partie suivante, nous présenterons notre méthode d’organisation de l’analyse depuis la préanalyse jusqu’à la constitution d’une grille de lecture, notre démarche d’analyse qualitative, et les analyses de notre matériau, triade après triade avant de préciser des lignes de forces repérées et présenter quelques épisodes qui nous sont apparus significatifs lors de l’analyse.

4^e partie

Le raisonnement clinique : confrontations empiriques

Nous cherchions à prendre en compte la perception des tuteurs et étudiants en formation initiale de ce qu'était, pour eux, la rencontre avec un patient au cours d'une première séance sur le terrain professionnel lors d'un stage en secteur libéral et mettre en lumière les éléments révélateurs de l'apprentissage du raisonnement clinique pour l'étudiant.

Cette quatrième partie explicitera notre démarche de construction de notre outil d'analyse. Nous détaillerons la préparation de notre corpus, la constitution de notre grille d'analyse. Nous présenterons ensuite l'analyse de nos triades de façon longitudinale, avant de faire une analyse transversale en présentant les lignes de forces, de convergences et de divergences. Au cours de l'analyse, quelques éléments nous sont apparus significatifs. Nous terminerons par une synthèse des résultats, avant de réaliser une analyse réflexive de notre travail, en proposant des butées de notre recherche et des perspectives potentielles.

13 Organisation de l'analyse : notre méthode

Notre analyse s'est déroulée selon les trois phases chronologiques de la méthode de l'analyse de contenu décrite par Bardin (1977, p. 125) : la préanalyse où nos premières impressions se sont fait ressentir, l'exploitation du matériau, et le traitement des résultats.

13.1 La préanalyse

Lors de cette préanalyse nous avons préparé notre matériau, organisé notre corpus, et élaboré à l'aide de l'écoute et la « lecture flottantes » nos premières impressions et nos premières hypothèses d'orientations d'analyse.

13.1.1 Préparation de notre matériau

Les entretiens ont tous été enregistrés, après avoir reçu l'accord des participants. Ils ont été réalisés par la même personne, l'apprenti-chercheur (Dg). Aucune note n'a été prise pendant l'entretien pour ne pas induire de biais dans le discours des tuteurs et des étudiants, et permettre une « écoute flottante » (Castarede, 1983) à l'égard des interviewés

Ils ont été retranscrits par la même personne pour avoir une cohérence d'ensemble. Aucune ponctuation, ni majuscules, ni phrases n'ont été indiquées pour respecter le passage d'un discours oral à un texte écrit comme le préconisent Blanche-Bénéviste et Jeanjean (1986). Parfois la retranscription a été modifiée pour respecter une syntaxe lisible dans la forme écrite, comme « y a pas » a été retranscrit en « il n'y a pas ».

Cette retranscription ne permet pas de conserver toute la communication non verbale qui se déroule lors des entretiens. Toutefois, tous les lapsus, les hésitations, les mots tronqués, les répétitions, les rires, les silences parfois prolongés sont conservés pour être au plus près du déroulement des entretiens.

Les temps de pause ont été notifiés par le signe / pour une pause de 1 seconde, par deux signes // pour deux secondes. Au-delà, le temps de pause dans le discours a été indiqué entre parenthèse, comme par exemple dans l'entretien de Dimitri (//rire///50 sec///).

Les règles de confidentialité ont été énoncées. Par respect pour l'anonymat des interviewés et des patients, les prénoms ont été remplacés par des pseudonymes tout en respectant le sexe des personnes.

Le tuteur a été nommé T, l'étudiant E et le patient P. Ainsi, une triade est constituée d'un T, d'un E et d'un P.

Chaque triade a été chiffrée en fonction de sa situation temporelle dans le recueil de données. La triade 1 est la première triade dont les données ont été recueillies, la triade 2 est la deuxième et ainsi de suite.

Les prénoms de substitution ont été choisis de façon arbitraire, les protagonistes de la triade 1 ont reçu un prénom commençant par la première lettre alphabétique, la triade 2 a été prénommée par des prénoms qui débutent par la deuxième lettre alphabétique, et ainsi de suite. Ainsi, Corentin est un protagoniste de la troisième triade.

L'entretien du tuteur a été nommé « entretien prénom Tx » suivi du prénom de substitution de l'interviewé, de sa référence de Tuteur, et de son numéro de triade. Par exemple, l'entretien de la tutrice de la triade 2 est nommé (entretien Béatrice). L'entretien de l'étudiant a été nommé « entretien prénom Ex » ce qui donne l'exemple suivant : (entretien Dimitri) pour l'entretien de l'étudiant de la 4ème triade.

La séance a été nommée (séance Tx Ex Px) et l'hétéroconfrontation (hétéroconfrontation TxEx) Ainsi (Bernard hétéroconfrontation) correspond aux paroles prononcées par Bernard, étudiant de la triade 2 lors de l'hétéroconfrontation simple.

13.1.2 Un corpus de 5 triades

Pour constituer notre corpus « ensemble des documents pris en compte pour être soumis aux procédures analytiques » (Bardin, 1977), nous avons respecté les « règles de l'exhaustivité, de représentativité et d'homogénéité ». Ainsi, au total, nous retenons pour l'analyse seulement 5 triades.

7 recueils ont été effectués, six sont réalisés dans des conditions semblables. Lors de la retranscription de l'hétéroconfrontation de la triade 1, le fichier audio s'est avéré être peu exploitable. Les protagonistes parlaient pendant le défilé de la vidéo et s'arrêtaient lorsque la vidéo était mise en mode pause pour faciliter les échanges. Leur discours se superposait au dialogue de la séance.

L'hétéroconfrontation de la triade 6 a été effectuée en deux fois, il s'agissait alors de confrontation simple, car la tutrice et l'étudiante n'ont pas pu se libérer en même temps pour des questions logistiques. Ces confrontations simples ont révélé des informations différentes des autres hétéroconfrontation. Nous en parlerons dans la discussion.

Nous avons donc écarté les triades 1 et 6. Nous pouvons dire que l'ensemble des données empiriques fait corpus car nous retrouvons les mêmes conditions de passation, les mêmes consignes, les mêmes conditions matérielles et spatiales.

Notre corpus est alors composé des triades 1, 3, 4, 5 et 7. (cf. tableau 8)

13.2 Premières observations : des « pas de côté » du praticien aux premières impressions et intuitions d'analyse

Des premières impressions, liées à notre implication, ont retenu notre attention dès les trois premiers recueils de données. Sans doute, nous fallait-il passer d'une posture de praticien à celle d'un chercheur. Pendant les entretiens, sans doute étais-je dans la posture du « praticien - chercheur » comme décrite par Rinaudo (2017) en paraphrasant Ardoino et son triptyque. Sans doute mon implication faisait que je cherchais à retrouver coûte que coûte ce modèle du raisonnement clinique entrevu pendant la recherche bibliographique. Cette attitude de praticien voulant analyser sa pratique professionnelle de kiné et regardant une pratique en tant que formateur, nous a fait réaliser quelques « pas de côté » jusqu'à la prise de conscience qu'il fallait apprendre à devenir chercheur. Accepter d'aller sur le chemin de la découverte, et non dans celui de la recherche de ce que l'on veut absolument trouver pour se créer une posture d'intelligibilité de sa pratique, pour la redistribuer au quotidien dans son poste de formateur.

Parvenir à s'extraire « de l'enfermement subjectif » (Rinaudo, 2017) dans laquelle mon implication me positionne face à cet objet de recherche.

Ma posture de « praticien chercheur » m'a fait m'interroger sur plusieurs faits récurrents, lors des trois premiers recueils de données. Les étudiants manifestent des difficultés à tout concilier : leur corps, le corps du patient, l'écouter, le voir, le toucher, le sentir. Les sensations haptiques, le « regard kiné » semblent peu développés.

« Ouais j'ai déjà dit le truc voilà c'est que je suis trop passif en fait je me trouve trop passif en fait je veux gérer trop de truc au final je ne fais rien » (Bernard)

« On va faire de la pratique enfin c'est intéressant parce que l'on est en stage quand même du coup on va mobiliser un peu par mimétisme et au fur et à mesure on va comprendre enfin. » (Eliott)

« Oui j'ai senti mais c'est encore le fait que je ne suis pas habitué parce que je n'ai pas l'habitude de manipuler quelqu'un de spastique et même si visuellement je le vois cela ne saute pas aux yeux » (Bernard)

Est-ce une difficulté à intégrer le « référentiel professionnel sensitif commun » (Olry, 2015) de la profession, une difficulté à « apprendre par corps » (Faure, 2000) de « l'articulation entre les modalités d'incorporation et les procédures cognitives (notamment réflexives) de l'apprentissage » (Faure, 2000, p. 8). Serait-ce une difficulté à entrer dans ce que Billeter désigne comme une avancée dans la connaissance au fur et à mesure que nous savons mettre au point et maîtrisons le geste ? Les étudiants n'auraient-ils pas encore incorporé le geste pour qu'il soit acquis de façon définitive et leur permettre non plus de « voir, mais de regarder la réalité entière » (Billeter, 2014). À moins que cette difficulté ne soit liée à la confrontation au patient, faisant de celui-ci une « inquiétante étrangeté » (Freud, 1919).

De même, les étudiants manifestent des difficultés à s'adapter à une morphologie différente.

« Sur les copains on ne fait pas attention c'est entre nous » (Bernard)

Cette difficulté est sans doute le révélateur de la nécessité d'un apprentissage d'habiletés motrices (Parlebas, 1999) qui ne s'apprennent pas uniquement par répétition en TD et par observation du professionnel (Winnykammen, 1982) qu'il faut incorporer pour pouvoir les intégrer au niveau cognitivo-moteur, les automatiser et les restituer, et faire du corps « un objet, agent et moyen de la pensée, lieu et objet de conceptualisation » (Mayen, 2015, p. 240).

« Pour que son geste soit exact en fait pour qu'il soit plus précis » (Béatrice)

« Ben c'est que des fois cela te demande un temps de recherche le fait de modifier ton geste en me disant ah ben si je mets la main là après là il y avait une certaine logique par rapport à l'anatomie et la façon dont la spasticité elle se déclenchait donc » (Béatrice)

« Purement technique dans le sens où qu'à partir du moment où il va bien positionner sa main la spasticité il ne la redéclenchera pas et il aura un geste qui sera bien efficace c'est plus dans ce sens-là que je dis que c'est purement technique » (Béatrice).

« C'est fou il lui manque son membre droit ce n'est pas là mais ça va venir » (Béatrice).

« Par exemple la dernière fois on a fait un topo sur la cervicalgie et donc sur des mouvements C0 C1 C2 et il nous faisait des bâillements et la morpho palpation cervicale pour moi par exemple la morpho palpation cervicale on ne l'a presque pas vu en TP donc là il faudrait faire des rappels sur la palpation cervicale et sur les articulations sur les mouvements qu'ils peuvent faire » (Elliott)

Le raisonnement clinique serait-il la définition d'une succession de gestes professionnels techniques, technologiques, méthodologiques et corporels ? Son apprentissage serait-il un processus qui implique le futur professionnel dans son identité pour soi et qui dépasse un conditionnement professionnel. Il ne semble pas être la simple application d'une procédure standardisée de mise en lien de connaissances théoriques dans un souci d'efficience des soins. En paraphrasant la célèbre phrase de E Badinter, nous pourrions dire : « on ne naît pas kiné, on le devient ». Le raisonnement clinique ne serait-il qu'une procédure à incorporer pour devenir un processus : « faire kiné, faire de la kiné, faire sa kiné » à l'image de l'incorporation langagière et corporelle des techniques de danse pour les restituer fluides de « belle » manière sur la scène (Faure, 2000). A la manière aussi du judoka qui pratique d'abord les techniques de judo, avant de faire une technique de judo, pour finalement parvenir par incorporation à réaliser sa technique de judo. (Hilpron, 2012) Ou encore à la façon de sportifs qui font l'appropriation de « leurs outils sportifs » pour faire corps avec eux, comme s'ils devenaient une partie à part entière de leur corps. (Level & Lesage, 2012). Le corps outil n'est-ce pas la particularité de l'identité professionnelle du kiné ? (Prel, 2001) (Olry, 2004)

*« Dg (Hétéroconfrontation T2E2). : pourquoi mets-tu la main à ce moment-là ?
T2 : ben pour pouvoir moi l'évaluer parce qu'en fait il y a ce que j'ai en visuel euh mais la réaction tu la sens beaucoup plus en mettant les mains ce sont mes oreilles. »*

Rejoignant le « j'écoute pour que la main puisse sentir » (Guyet, Fausser, 2015 a) et « le coup d'œil et d'oreille » décrits par les professionnels (Froissart, 2018).

Un autre fait récurrent est que les étudiants n'arrivaient pas à « lire » le patient, à repérer les signes cliniques offerts par le patient. Signes cliniques qui me semblaient évidents, pour moi en tant que praticien formateur, et accessibles même pour un novice, car caractéristiques de grands syndromes neurologiques enseignés en IFMK. : un patient à la démarche ébrieuse, un

patient qui « steppe »⁷¹. Malgré cela, les trois étudiants, un étudiant MK 2 et deux étudiants MK 3, n'ont pas réussi à les percevoir. Manifestement ils n'ont pas réussi à transposer leurs savoirs théoriques en savoirs cliniques. Bernard estime ne pas avoir encore appris ses leçons, des cours dispensés à l'IFMK ;

« Ben oui mais je suis tellement décalé dans les partiels c'est pour cela hier je t'ai demandé s'il fallait que je révise un truc peut être que cela aurait été bien » (Bernard)

Dimitri ne retrouvait pas de ressemblance avec le cas de neurologie déjà repéré dans un précédent stage,

« Ben je ne peux pas la difficulté c'est que je ne peux avoir de recul de toute façon pour avoir un avis d'un je n'ai pas des cours sur l'hémiplégie chez l'enfant et son suivi donc on a que des cas post AVC mais adultes donc déjà et puis c'est le seul cas que j'ai vu donc ». (Dimitri)

Quant à Amandine E1, elle n'a pas retrouvé, sur le patient, les signes énoncés dans le cas de l'école.

« C'est plus concret que ce que l'on voit à l'école on simule entre guillemets un patient sur nos camarades et au final la personne est saine c'est un peu un jeu de rôle que l'on fait à l'école mais on s'en rappelle moins bien si l'on voit des personnes différentes à un moment avec un tuteur et un vrai malade » (Amandine E1).

D'après la proposition de Audetat (2011) sur les erreurs d'apprentissage du raisonnement clinique repérées chez les étudiants en médecine, les étudiants réalisent l'erreur de type 1, qui correspond à la non-perception des indices clefs. Cette erreur se retrouve lors de la première étape du raisonnement clinique : l'étape « récolte des données et génération d'hypothèses » (Charlin, 2012). Cela signifierait donc qu'aucun de ces étudiants n'a engagé la première étape, décrite dans ce modèle conceptuel, qu'aucun étudiant n'aurait entrepris de démarche de raisonnement. Cela semble surprenant. Ces modèles d'outre Atlantique sont-ils alors transposables à la kinésithérapie française ? Retrouve-on les cinq types d'erreurs au cours de la démarche kinésithérapique ? Quel transfert possible de ce modèle conceptuel dans la pratique quotidienne de MK ? Cette interrogation fait aussi écho aux entretiens exploratoires réalisés dans le cadre de ce travail, et dans lesquels ce modèle de RC n'est ni utilisé, ni connu. Nous avons alors cherché à le transposer à travers la prise en charge de la bronchiolite (Guyet, Jeulin, & Fausser, 2017) et à le retrouver dans la traçabilité de la démarche masso-kinésithérapique utilisée au quotidien (Guyet & Fausser, 2016). Nous avons repéré que celui-ci et ses erreurs

⁷¹ Steppage : (dit aussi pied tombant) paralysie d'origine nerveuse des muscles releveurs du pied et des orteils, qui engendre une anomalie de la marche.

potentielles participent de la révélation du changement de posture du MK au fil de l'évolution de la profession qui semble à un tournant de son histoire comme une « adolescence professionnelle » de la profession (Guyet & Fausser, 2017).

Le modèle conceptuel du raisonnement clinique médical, qui fait actuellement référence, vient d'outre-manche, l'organisation et le niveau de formation y sont différents, les superviseurs cliniques et les enseignants ont un grade universitaire obligatoire, les techniques pédagogiques d'apprentissage du raisonnement clinique font partie du cursus de base de tous les professionnels et formateurs. Peut-on transposer sa formation, sans tenir compte du contexte du système de santé français qui est différent, et du caractère encore très incorporé de la kinésithérapie française ? La formation initiale en kinésithérapie n'est-elle pas actuellement à la croisée de trois processus dynamiques marqueurs d'une formation universitaire professionnelle : « la professionnalisation, l'universitarisation et l'unification » (Lebeaume, 2009). La profession est reconnue selon une nouvelle définition depuis avril 2015 et selon une nouvelle identité professionnelle (Roquet, Gatto, & Vincent, 2015). Elle se dote d'outils de recherche pour élaborer et mettre en valeur ses savoirs professionnels, par la mise en place d'un mémoire d'initiation à la recherche par la recherche. Elle développe chez les étudiants les compétences de problématisation et de résolution de problèmes par l'enseignement du raisonnement clinique et de savoirs fondamentaux issus de la recherche. Seul le corps d'enseignants n'a pas subi de modification, du fait de la réforme. Il n'y a plus de spécificité de diplomation de cet enseignant en IFMK, seule une diplomation niveau 2 est demandée pour participer au grand jury final d'attribution du Diplôme d'État. Il est toujours surprenant de voir une profession se réformer sans se préoccuper au préalable de la formation de son corps enseignant, responsable de la formation de son corps professionnel. Elle cherche maintenant à organiser son corps enseignant (Le Bouler, 2018) en créant un collège des enseignants⁷² pour parvenir à l'unification.

Le deuxième fait qui, dans le prolongement du précédent, est que chaque tuteur semblait avoir sa propre conception de son rôle professionnel et de sa mission au service des patients. Dorothée (T4) est presque l'assistante de service, allant jusqu'à ramener des pelotes de laine ou du pain à sa patiente.

« Ce que moi j'appelais la vocation cela n'existe plus maintenant ils font kiné pour gagner de l'argent ce qui leur importe c'est ce qu'ils ont à mettre dans leur porte-monnaie à la fin du mois mais non pas ce qu'ils vont apporter aux gens » (Dorothée)
« Chez une personne âgée cela peut être une visite un sourire une aide » (Dorothée)

⁷² SFP : Société française de physiothérapie ; collège des enseignants formateurs

« C'est un peu assistante sociale aussi c'est ça aussi pour moi être kiné ce n'est pas seulement faire une mobilisation un geste technique ce n'est surtout pas ça » (Dorothee).

Béatrice et Ethan sont dans une posture d'accompagnement (Vial, Caparros-Mencacci, 2007)

« On est dans de l'humain on a des conjonctions de facteurs qui sont quand même beaucoup plus compliqués que ce que l'on peut avoir dans les livres » (Béatrice).

« On va avoir des gens qui vont être dans des situations psychologiques par exemple difficiles on va être obligé de prendre cela en charge même si euh on n'est pas très bien formé par rapport à ces choses-là » (Béatrice)

« C'est vraiment quelqu'un qui accompagne c'est un des beaux aspects du métier » (Ethan).

Est-ce un métier du care, du cure ? (Rothier Bautzer, 2017). Et si le raisonnement clinique et ses erreurs étaient liés au rôle social du professionnel ? Chaque tuteur a alors une définition personnelle de ce qu'il devait transmettre à son étudiant.

« Ce que l'on apprend dans les livres et la vie de tous les jours c'est différent » (Dorothee),

« Tu peux être le meilleur kiné du monde si tu n'écoutes pas ton patient si tu ne réponds pas à sa demande tu vas passer à côté » (Dorothee),

« Je me dis aussi régulièrement c'est ce que j'aurai aussi envie que l'on m'apporte là c'est plus du relationnel que du je me dis que peut être que quand je serai vieille je serai bien contente que que l'on m'apporte cela et puis l'autonomie c'est quand même la base de tout le monde c'est ce dont on a envie tout le monde a envie de ne pas être dépendant » (Dorothee)

« On est en permanence sur des arbres décisionnels de se dire je fais je ne fais pas » (Béatrice),

« Y a plus de choses qui sont du ressenti du kiné que des tests à proprement parler et pour le ressenti il faut discuter avec son patient » (Christian)

« Les connaissances fondamentales cela reste tout de même le terreau du métier » (Ethan),

« Faut faire les choses au feeling aussi il ne faut pas penser avec un bouquin dans la tête » (Gérald),

« Dans le sens où il n'y a pas deux thérapeutes qui vont raisonner de la même manière on a quand même des guides lines qui vont être théoriquement similaires » (Gérald).

Il y aurait autant de pratiques professionnelles qu'il y a de kinésithérapeutes (Guyet, 2015) et autant de raisonnement clinique qu'il n'y a de professionnel (Boulard, 2016). La personnalité du praticien et le rôle social qu'il s'attribue contribuent à cette transmission très individualisée et personnelle. Compte tenu du caractère très incorporé (Olry, 2015) de cette profession, sans doute l'immersion en stage libéral participe de l'identification au pair, et de la transmission des

gestes et des savoirs par imprégnation (Delbós, Jorion, 1984). Il semble que la transmission en cabinet libéral soit plus de l'ordre des savoirs de l'attitude, que du raisonnement clinique.

*« Ils ont envie de voir des choses techniques compliquées pour se projeter dans le futur »
(Christian)*

« Il suit les patients qui lui paraissent intéressants pour sa pratique » (Christian).

*« Ce que je dois lui apporter je ne sais pas c'est mon instinct la vie de tous les jours »
(Dorothee).*

Sans doute, en libéral, sommes-nous plus dans la transmission d'habiletés interpersonnelles (communication du patient, gestion temporelle de la séance, gestion logistique du cabinet), compte tenu des contraintes imposées par la situation de soin,

« La responsabilité du patient » (Ethan)

« Le paiement de la séance » (Dorothee)

« J'ai quasiment fait jamais de séances complètes avec le patient avec le stagiaire pardon parce que je trouve que pour le patient ce n'est pas top car il paye quand même pour sa séance » (Ethan)

« Je sais ce que c'est d'être stressé avec un pied dans les mains la première fois » (Ethan)

« Cela va venir progressivement c'est le fait de regrouper les techniques ou les tests sur une position là en plus elle avait pas forcément les capacités retourner le patient le mettre sur le dos le fait de se projeter et de se dire bon je vais avoir ça ça ça à faire et bon je vais faire ce que j'ai à faire sur le dos et puis quand je finis ça je le fais changer de position parce que c'est pareil si tu commences à te dire je vais étirer ci ça tiens remettez-vous sur le ventre après je vais faire ça ce n'est pas très agréable pour le patient et c'est simplement une question d'organisation » (Béatrice)

« Ben sur une demi-heure si c'est du libéral on n'a pas forcément enfin à mon sens ça fait gagner un temps et ce qui veut dire gagner du temps veut dire on a le temps de faire plus de choses [...] plus de choses parce que déjà les patients quand ils viennent ils s'imaginent qu'ils vont avoir un traitement magique si on ne les accroche pas dès le début mais ils vont passer d'un kiné à l'autre à l'autre » (Dimitri)

« Dans la kiné il y a le geste technique mais il y a l'humain derrière et l'humain selon moi il est largement largement aussi important que tout geste technique » (Dorothee)

« Parce que l'on est toujours dans les cours je te dis dans la vie dans la vie pour moi c'est le terrain le concret tu as le cours ça c'est ce que l'on t'apprend en cours et puis il y a ce que dans ton cabinet tu sais que tu as un patient qui a rdv d'une demi-heure quand je pense dans la vie c'est ça le patient qui arrive au cabinet tu sais que tu as une demi-heure de séance est ce que tu crois que tu vas perdre un quart d'heure vingt minutes à lui mesurer les périmètres (Dorothee hétéroconfrontation).

Sans doute, les pratiques réelles de terrain vues pour ce travail, ne seront en rien comparables avec celles développées dans les années futures lorsque l'ensemble des 3 processus dynamiques (Lebeaume, 2009) seront établis, lorsque le corps enseignant se sera organisé et unifié

Le rôle professionnel semble non perçu par l'étudiant, chacun ayant une idée personnelle de ce qu'est « être kiné »

« Ce stage ben il m'a apporté vraiment une méthode enfin c'est la méthode des kinés avec qui j'ai travaillé, et je pense que c'est à moi de voir si j'ai envie de faire exactement la même méthode ou si je veux m'adapter » (Amandine E1)

« Il faut profiter de gens qui connaissent le boulot qui ont déjà de l'expérience et qui donnent les bonnes ficelles pour réussir derrière il en faut de peu pour se louper » (Christophe)

« Le stage c'est pour « avoir des recettes » (Amandine E1).

Il semble que l'IFMK et son projet pédagogique façonnent l'étudiant. Le projet visé et le rôle social recherché se révèlent alors à travers les dires de l'étudiant (Roquet, Gatto, & Vincent, 2015).

« Le boulot de kiné, c'est être dans la rééducation, et améliorer quand même la fonction de la personne » (Christophe)

« Si on faisait exactement la même chose cela serait un peu travailler comme un robot s'adapter à la personne c'est vachement important dans la rééducation » (Amandine E1)

« J'essaie de pallier ses déficits selon la CIF » (Bernard).

« Prendre un petit peu tout ce qu'il me plaît dans la façon dont ils travaillent et après me faire ma propre technique à moi » (Ghislaine)

« La guérison du patient le fait de faire des techniques en lesquelles on croit et qui ont montré leur efficacité » (Ghislaine)

Sans doute Béatrice nous apporte-t-elle un éclairage en nous apportant sa vision et le but de son raisonnement professionnel. N'est-ce pas une illustration de la structure conceptuelle de la situation professionnelle observée à travers cette première séance, rejoignant ainsi les propositions conceptuelles considérant le raisonnement clinique comme un schème. (Belpaume, 2009 ; Nagels, 2017)

« Ben le fait de savoir déjà un peu d'avance ce que tu vas faire ou les gestes enfin les techniques que tu vas utiliser euh avoir entre guillemet déjà un plan de ta séance par rapport à ce que tu as envie de travailler ou de façon simplement » (Béatrice hétéroconfrontation)

« Après ce n'est qu'une question de structuration. » » (Béatrice hétéroconfrontation)

« C'est de rater certains trucs donc après c'est ce que je te disais cela peut être de haut en bas de bas en haut ou n'importe mais ce qu'il faut c'est que tu aies déjà et une idée de ce que tu vas aller chercher c'est pour cela qu'au début moi j'ai voulu que tu me refasses un que l'on fasse ensemble un petit un petit topo mais très succinct sur les signes cliniques qui sont éventuellement là parce que c'est ce qui doit se passer dans ta tête tiens elle a ça elle a ça tiens cliniquement principalement je vais aller chercher j'ai plutôt ses symptômes là est ce que c'est ceux sur lesquels je devrais avoir une intervention » (Béatrice hétéroconfrontation)

« Le problème c'est que l'on n'apprend pas une poésie on apprend quelque chose dans le but après de pouvoir faire quelque chose de ses connaissances là » (Béatrice hétéroconfrontation)

Béatrice illustre alors les propos de Mayen, sur le rôle du corps dans les situations de travail « le corps est aussi objet, agent et moyen de la pensée, lieu et objet de la conceptualisation » (Mayen, 2015). N'est-ce pas cela qui nous a posé souci en tant que praticien chercheur, l'absence de la prise en considération de l'usage du corps et l'incorporation du raisonnement clinique dans les modèles conceptuels proposés ? Notre méthodologie et notre quête étaient plutôt centrées : sur l'intérêt du stage, sur l'épreuve de la première séance, sur la confrontation à nos représentations théoriques, et sur l'œuvre, « la production de l'étudiant » et des transpositions que nous pourrions en faire, sur notre lieu de travail, après le visionnage de la vidéo (Roelens, 1989).

Ces premiers pas de côté nous ont permis, avec la temporalité qui a joué son jeu, de laisser au temps le temps de faire son œuvre, de traverser la période de l'entre deux, d'apprendre à devenir « chercheur » pour regarder notre objet avec plus de distance : le passage à un autre œil de recherche ?

Le référentiel de formation de 2015 indique « Exercés au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents, capables d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et savent s'adapter à des situations variées ». Et si l'apprentissage n'était qu'un processus de mobilisation, de construction et de mise en acte des savoirs au sein de la pratique professionnelle (Maubant, 2013) pour un kiné " adolescent professionnel" (Bossard, 2001) ?

« Dans la pratique donc ben c'est tout une adaptabilité et un bidouillage quotidiens on bidouille » (Dorothee)

« Le mieux c'est que l'on arrive à mettre en parallèle même que cela marche ensemble parce que ce n'est pas en parallèle que cela se rejoint bien-être du patient et le but et le bien-être du kiné aussi le but c'est que l'on arrive à rejoindre tout cela trouver un compromis qui fasse que cela marche. » (Dorothee).

Se pose alors tout le problème de l'évaluation des compétences de raisonnement clinique chez l'étudiant ? Demain quand il sera seul en responsabilité, et en fonction du rôle social qu'il prend : applicateur de technique ou ingénieur méthode ?

Cette méta-compétence professionnelle de diagnostic, comme la définit Rey (2006) ferait-elle partie d'un rite de passage à l'image de ce qui se déroule chez les mécaniciens. (Kunegel, 2011). Serait-elle réalisée uniquement lorsque le praticien est en position de responsabilité, en position de professionnel ? Serait-elle un indicateur du développement professionnel de l'étudiant, de sa capacité à utiliser son registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive ? (Piot, 2015) Et si l'apprentissage du raisonnement clinique n'était qu'un moyen d'incorporation des gestes de son agir professionnel ? (Jorro, 2016 ; Bucheton, 2009 ; Alin, 2010)

Sans doute, l'approfondissement de nos analyses sur notre corpus de données empiriques, dans la droite ligne du courant de la didactique professionnelle, va nous permettre la recherche de la structure conceptuelle de la situation et la recherche des ressources utilisées dans l'agir professionnel. C'est l'objectif de notre première recherche représentée par l'élaboration du travail de cette thèse.

La première séance avec un patient peut être considérée comme une situation prototypique du métier. Quels sont les schèmes mis en place à cette occasion ? Comment le tuteur accompagne-t-il la mise en exergue de ces concepts opératoires ? Quelle genèse conceptuelle l'étudiant parvient-il à réaliser face à la situation ? Quelles ressources sont utilisées ? Quel rôle joue le patient dans cette situation triangulaire ? Quel est le schème « raisonnement clinique » en masso kinésithérapie utilisé lors de cette rencontre ?

13.3 Du repérage des indices à l'élaboration des indicateurs pour la construction de notre grille de lecture

À la suite de la constitution de notre corpus théorique, centré sur la problématisation, l'analyse de l'activité professionnelle dans le courant de la didactique professionnelle, l'apprentissage en situation et le tutorat, de l'élaboration de nos hypothèses et aux premières impressions lors du recueil de données, nous avons construit la grille de lecture des données empiriques de la façon suivante.

Reprenant la définition de Higgs (Higgs, Jones, Loftus, & Christensen, 2008) sur le raisonnement clinique, et nous inscrivant dans la didactique professionnelle avec la conceptualisation dans l'action, nous avons cherché à la modéliser en utilisant les indicateurs des concepts développés dans notre corpus théorique.

Considérant le raisonnement clinique nous avons cherché à repérer, d'une part, les étapes du raisonnement décrites (Charlin, 2012), les erreurs du raisonnement décrites (Audetat & Laurin, 2012) et les remédiations proposées (Audetat, 2011) et, d'autre part, « les registres de ressources pragmatiques ordinaires et d'analyse réflexive clinique professionnelle et réflexive » (Piot, 2015) sur lesquelles les étudiants se basaient pour argumenter leurs discours. Le raisonnement clinique étant considéré comme une méta compétence professionnelle réalisée par un praticien réflexif (Rey 2007) et une capacité à analyser sa façon d'agir en tant que professionnel, il nous a semblé que nous pouvions voir cette capacité d'analyse en repérant dans le discours des éléments de ressources utilisées. Pour se faire nous avons utilisé le modèle proposé par Piot au sujet des ressources utilisées par les néo-professionnels à l'entrée dans le monde professionnel. Nous avons étendu ce modèle aux tuteurs (Lescouarch & Adé, 2015) considérant que ces ressources étaient aussi utilisées chez les professionnels et constituaient la base de leur répertoire d'agir professionnel (Jorro, 2016)

Nous considérons que le registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive peut être adossé aux étapes du raisonnement clinique, celui-ci étant régulé par une activité métacognitive permanente (Charlin, 2012)

Dans le cadre de l'analyse de l'activité réalisée dans le champ de la didactique professionnelle (Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006) et à la suite de Belpaume (2009) et Nagels (2017) considérant le raisonnement clinique comme un schème, nous allons chercher à repérer les quatre composantes (buts, possibilités d'inférences, invariants opératoires et règles d'action) du schéma conceptuel de la situation décrite par Vergnaud (2011) dans le discours du tuteur (Pastré, 2007) au cours de la séance de soins

Nous avons porté notre regard suivant deux directions : le tuteur, d'une part et l'étudiant, d'autre part. Pour le tuteur, nous avons cherché à relever les différents éléments du schème utilisés et à repérer les jugements pragmatiques sur la situation émis par les tuteurs (Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006). Pour l'étudiant, nous avons utilisé le modèle « face à la situation » pour repérer s'il parvenait à une genèse conceptuelle de la situation. (Pastré, 2011)

Nous cherchions à appréhender chez le tuteur, sa vision du tutorat, de son rôle professionnel, et d'entrevoir son modèle « déclaratif » de progression de l'étudiant au cours du stage ; ses pré requis, son évaluation de l'étudiant et ses éventuelles difficultés dans le tutorat.

Nous avons cherché à repérer les attentes de l'étudiant vis-à-vis de la séance mais aussi vis-à-vis du tuteur, et plus largement de l'intérêt du stage pour sa pratique de futur professionnel. À

travers cette projection, nous appréhendons le rôle professionnel qu'il se représente, sa vision du tutorat, les ressources qu'il utilise au cours de la séance et lors de l'hétéroconfrontation.

Dans nos précédents mémoires de master 2 (2013 et 2014), nous avons repéré que étudiants et tuteurs avaient une vision différente de leur rôle professionnel, ce fait a été confirmé par Roquet chez les professionnels (Roquet, Gatto, & Vincent, 2015). Nous pensons qu'en fonction de sa représentation de son rôle professionnel, le professionnel n'utilise pas le même registre de ressources pragmatiques ni le même « registre d'analyse clinique professionnelle et réflexive » (Piot, 2015) et qu'il y aurait une incidence sur son raisonnement clinique et par ricochet sur sa transmission de celui-ci à l'étudiant. Dans notre analyse nous croiserons ces données.

Considérant la classification de Piot (2009) concernant les situations de travail adressés à autrui, dans lesquelles le développement professionnel revêt une grande importance, nous allons rechercher la présence des indicateurs de développement professionnel dans les discours des étudiants.

Considérant le côté formatif de ce métier (Signeyrole 2004 ; Piot, 2009 ; Maubant, 2013), nous regardons les indicateurs de l'étayage selon Bruner, que l'étudiant envoie vers le patient.

Concernant la situation professionnelle de tutorat observée, nous avons utilisé le modèle « configurations de mise au travail » de Kunegel qu'il a développé à partir de l'étude des maîtres d'apprentissage (Kunegel, 2011) et le modèle d'interaction de tutelle basé sur les 6 caractéristiques de l'étayage de Bruner (1981). Nous pensons qu'en fonction de la configuration utilisée, l'étudiant sera plus positionné en capacité de régulation et de développement professionnel. Nous avons alors utilisé les indicateurs de développement professionnel proposé par Piot (2009). Dans notre analyse nous croiserons ces données.

Peut-être des liens avec la capacité à générer des situations potentielles d'apprentissage du schème conceptuel du raisonnement clinique existent-ils si l'étudiant présente dans son entretien, des indicateurs du développement professionnel, et si au cours de la séance et de l'hétéroconfrontation des éléments de " ressources de démarche d'analyse clinique professionnelle et réflexive" (Piot, 2015) sont présents. Dans notre analyse nous croiserons ces données.

Nous croiserons dans l'analyse les jugements pragmatiques et jugements sur la situation, la capacité à effectuer un jugement critique étant une des caractéristiques de l'acquisition du raisonnement professionnel. (Cote & St-Cyr Tribble, 2012)

Pour l'étudiant nous avons considéré les réactions de l'étudiant face à la situation estimant que la première rencontre peut être une situation d'étonnement et « une situation potentielle d'apprentissage » (Mayen, 2012). Nous utiliserons les indicateurs de Thievenaz (2017) pour repérer l'étonnement. Dans notre analyse nous croiserons ces données.

Nous repérons aussi le positionnement des situations d'apprentissage dans les deux triangles présents en nous appuyant sur la description de Houssaye (2014).

Nous rechercherons des éléments de problématisation ou de résolution de problèmes, l'apprentissage du raisonnement clinique étant un apprentissage par problèmes.

Si nous replaçons ces indicateurs dans notre situation d'observation, nous obtenons la modélisation suivante (figure 16). Cette modélisation va nous permettre de constituer notre grille d'analyse.

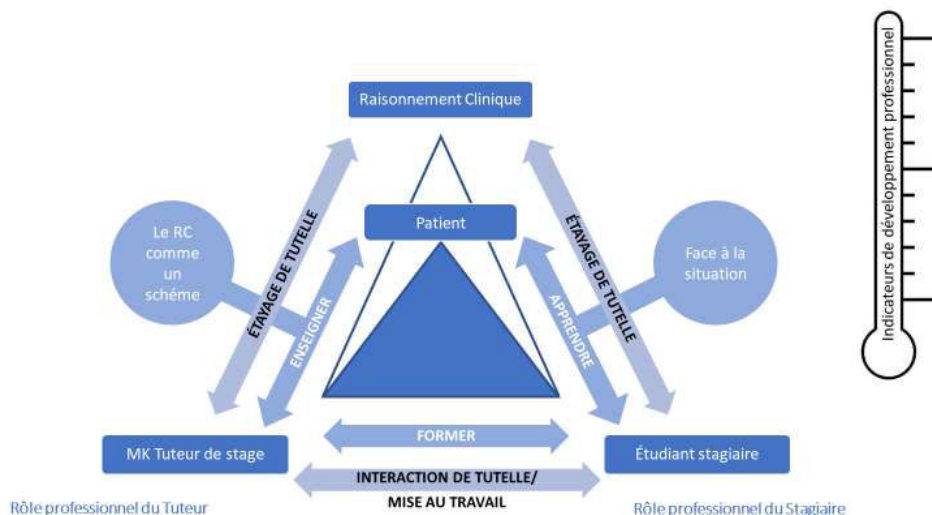


Figure 16: Les grilles de lecture de la situation observée

13.4 Une analyse qualitative

L'analyse des entretiens et des matériaux issus des séances et des hétéroconfrontation s'est déroulée « dans l'après-coup » en différents temps et de différentes manières.

13.4.1 Une méthode d'analyse qualitative de contenu

Nous avons utilisé une méthode qualitative d'analyse de contenu « ensemble de techniques d'analyse des communications visant par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production de ces messages ». (Bardin, 1977).

Les entretiens ont fait l'objet de plusieurs analyses. Pour chaque triade, une analyse longitudinale a été réalisée entretien après entretien, triade après triade sans que le traitement de ces entretiens ne soit lié à la chronologie de passation des interviews.

Ensuite a été effectuée une analyse transversale des retranscriptions d'une même triade à la recherche des éventuels items communs : thématique commune, et de mise en liens potentiels des différents indicateurs.

Puis une analyse transversale de tout le corpus constitué de tous les entretiens sur des thèmes qui apparaissaient communs pour toutes les triades est réalisée à la recherche d' « éléments incidents » ou représentatifs.

13.4.2 Une grille d'analyse

En lien avec notre corpus théorique et notre hypothèse, nous avons construit une grille d'analyse à partir des noyaux de sens qui nous semblaient pertinents.

Pour pouvoir traiter le « matériel » représenté par les discours des entretiens, il est nécessaire de réaliser un codage. Celui-ci « correspond à une transformation opérée -selon des règles précises- des données brutes du texte » (Bardin, 1977, p. 135). Les encodages ont été effectués selon des unités d'enregistrement (le thème) selon des règles d'énumération (présence ou absence des indicateurs) et selon une analyse qualitative.

Chaque thématique est repéré à l'aide de thèmes : « unité de signification qui se dégage naturellement d'un texte analysé selon certains critères relatifs à la théorie qui guide la lecture » (Bardin, 1977, p. 136).

Cet encodage a été réalisé à l'aide du logiciel « N'Vivo » versions 11 puis 12, selon les grilles thématiques constituées à partir des modèles théoriques choisis. Le « codebook », cartographie des nœuds d'encodage, édité automatiquement par le logiciel « N'Vivo » se trouve en annexe 4. Il est un logiciel d'aide à l'analyse qualitative qui permet la collecte, l'organisation et l'analyse de données qualitatives quelles qu'elles soient : entretiens, vidéos, sons... Ce logiciel est spécialisé dans l'analyse par catégorisation thématique⁷³. Nous avons segmenté nous-même les données et les organise en thèmes. Nous avons contrôlé toutes les étapes de l'analyse et construit progressivement nous-même notre modèle à partir des données de terrain.

⁷³ Ce logiciel est développé par QSR international et commercialisé en France par l'entreprise RITME

Les triades sont restituées entretien par entretien, sous forme d'un récit de façon chronologique en cherchant à dégager les points saillants de chacun, de manière à mettre en lumière des thématiques communes à une même triade et à l'ensemble des triades. Cette analyse longitudinale de contenu thématique, nous a permis de dégager les « noyaux de sens », que nous approfondirons dans un autre temps de manière à en extraire une potentielle modélisation en lien avec notre hypothèse. Compte tenu du petit nombre constitutif de l'échantillon, il n'est pas envisageable de généraliser les analyses obtenues. Il est en revanche possible de distinguer des grandes lignes de force, de divergence, et de convergence (Hatchuel, 2005) que nous pourrions modéliser grâce au logiciel « N'Vivo ».

Il n'était pas prévu que la séance vidéo soit analysée. Cependant, lors de deux communications à des congrès⁷⁴, les auditeurs et médiateurs ont exprimé leur surprise à cette non-utilisation et ont souligné l'importance des informations sur les gestes professionnels du métier qui pourraient être apportées par la vidéo. Cette observation rejoint sans doute l'intérêt vu à l'utilisation de la vidéo pour l'amélioration de l'observation dans le raisonnement clinique (Jarodzka, et al., 2012). Cet enregistrement devait nous servir uniquement de support pour l'hétéroconfrontation. Sans doute celui-ci peut nous permettre une observation des pratiques lors des situations de travail, centrée à la fois sur les comportements, sur la situation d'activité, à la recherche des marqueurs de métier (Olry, 2016), la communication non verbale et les interactions verbales (Baslev, Fillietaz, Ciavaldini-Cartaut, & Vinatier, 2015). Sans doute pourrions-nous retrouver des postures et gestes professionnels à l'image du « multi agenda » entrevu chez les enseignants. (Bucheton & Soulé, 2009) (Jorro, 2016) Nous y reviendrons dans les butées de la recherche. (Chap. 21)

14 Triade après triade, le raisonnement clinique, un outil d'adaptation au patient ?

Nous présentons une première analyse basée sur une recherche textuelle sur les termes « raisonnement clinique », « raisonnement » et « clinique ». Puis les résultats sont présentés sous forme de cinq « portraits » des triades patient/tuteur/étudiant. Chaque triade fera l'objet d'une présentation en quatre parties : une analyse de chacun des entretiens du tuteur et de l'étudiant, puis une image de la séance et enfin l'hétéroconfrontation ; nous terminerons par

74 Guyet D (2016) L'apprentissage du raisonnement clinique par les stagiaires en masso-kinésithérapie, AEREF, juillet, Mons, (Belgique)

Guyet D (2017) Stage libéral et formation initiale en masso kinésithérapie : quelle place pour l'apprentissage du raisonnement clinique ? Didactique Professionnelle – *Quatrième Colloque International*, Lille, juin

une synthèse de notre analyse de la triade. Nous tenterons ensuite de repérer des grandes lignes de force ou de divergence entre les différents portraits.

Pour rendre vivant notre propos, nous ferons largement appel aux propos des personnes interviewées et les expliciterons à l'aide des citations éclairées d'auteurs importants qui orientent notre pensée. Commençons par la présentation de la triade 2.

14.1 Le raisonnement clinique : un « non-dit » dans les propos des tuteurs et étudiants ?

Nous avons été interpellée par la sensation de ne pas entendre le raisonnement clinique dans les propos de nos interlocuteurs. Nous avons cherché à vérifier ce ressenti par une recherche textuelle à l'aide du logiciel « N'Vivo ». La requête de recherche textuelle concernant le terme « raisonnement clinique », nous indique le résultat suivant (Figure 17). Elle a confirmé nos premières impressions. L'expression « raisonnement clinique » n'est pas exprimée par les dyades, et apparaît deux fois en dehors des propos du chercheur (hétéroconfrontation T4 E4) dans l'entretien du tuteur T5. Ce tuteur effectue un parcours de formation clinique québécoise centrée sur la thérapie manuelle et l'accès direct en physiothérapie. Il est sans doute sensibilisé à ce terme. Il a aussi été notre étudiant 4 ans auparavant quand nous faisons l'intervention sur le modèle de raisonnement clinique en MK 2. Quel sens donné à ce non-dit ? Rappelons tout de même que ce terme « raisonnement clinique » est apparu avec les maquettes provisoires de réingénierie des études en 2012 et qu'auparavant il était appris « sur le tas ». Comment ce raisonnement professionnel s'exprime-t-il ? Comment est-il nommé ? En séparant les deux termes, les requêtes de recherche textuelles sont-elles différentes ?



Figure 17: Requête de recherche textuelle "raisonnement clinique"

La requête de recherche textuelle concernant le terme « raisonnement » apporte un peu plus de références, surtout chez deux interlocuteurs : les tuteurs 5 et 7. Pour précision, ces deux MK jeunes diplômés, sont engagés dans un programme de formation québécois de thérapie manuelle

centrée sur l'accès direct ; ce qui sans doute les a sensibilisés au terme raisonnement et à une autre approche de la kinésithérapie. (Figure 18)

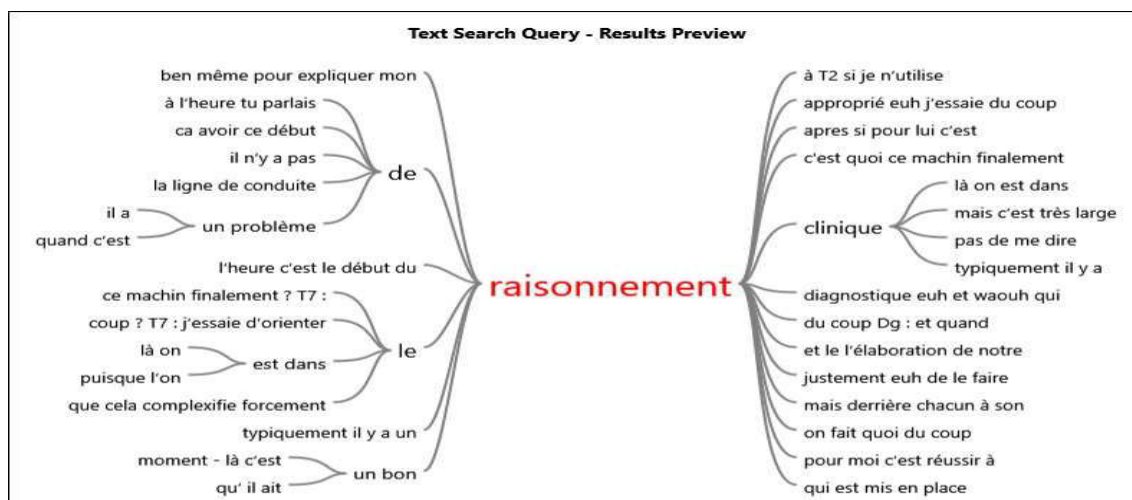


Figure 18: Requête de recherche textuelle "raisonnement"

Le mot « clinique » dans la requête de recherche textuelle obtenue, est beaucoup plus fréquent et plutôt associé à des tests, des examens, des cas cliniques. Il est cité par 3 intervenants. (Figure 19)

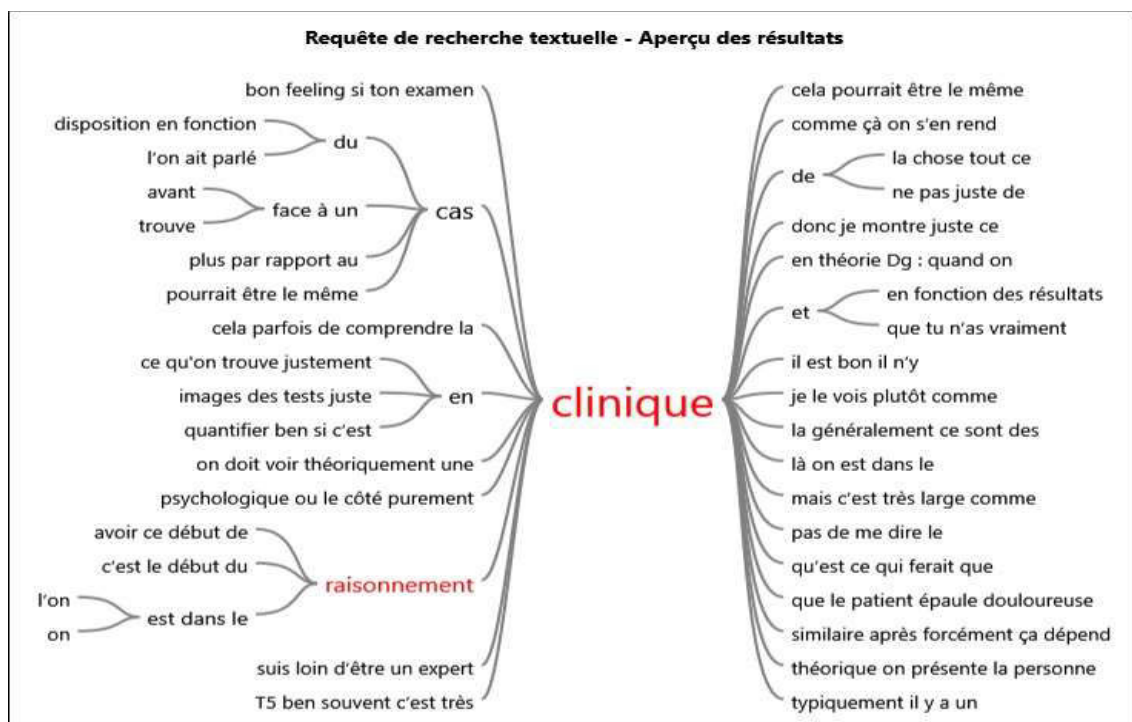


Figure 19: Requête de recherche textuelle « clinique »

Le terme « démarche diagnostique » terme plus utilisé dans le jargon professionnel n'est pas non plus très usité dans les propos des interviewés. (Figure 20)

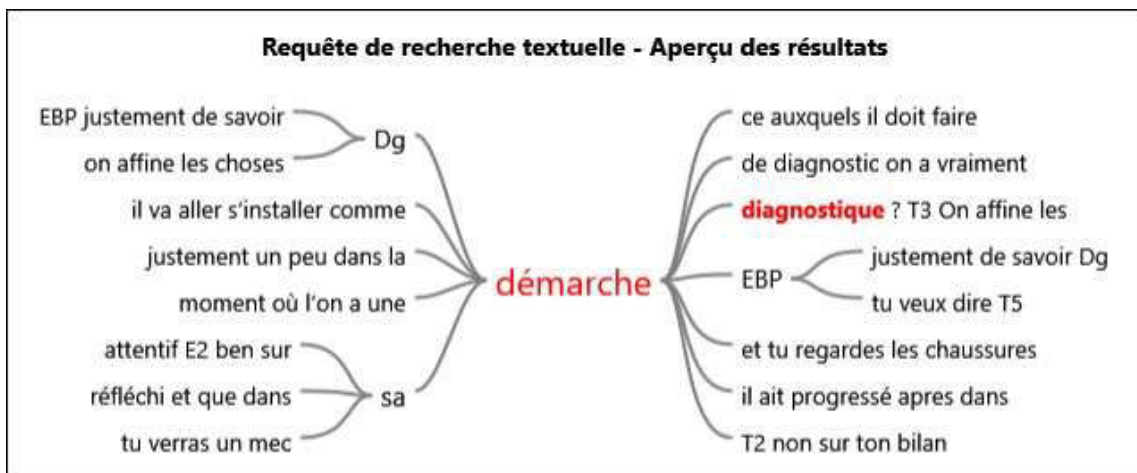


Figure 20: Requête de recherche textuelle "démarche"

La requête de recherche textuelle concernant le mot « patient » donne une carte conceptuelle illisible tant ce mot est cité par tous les intervenants. Ce terme est au cœur des discours et des pratiques. (Figure 21) C'est le sujet de toutes les attentions et ce quel que soit le statut de professionnel ou d'étudiant.

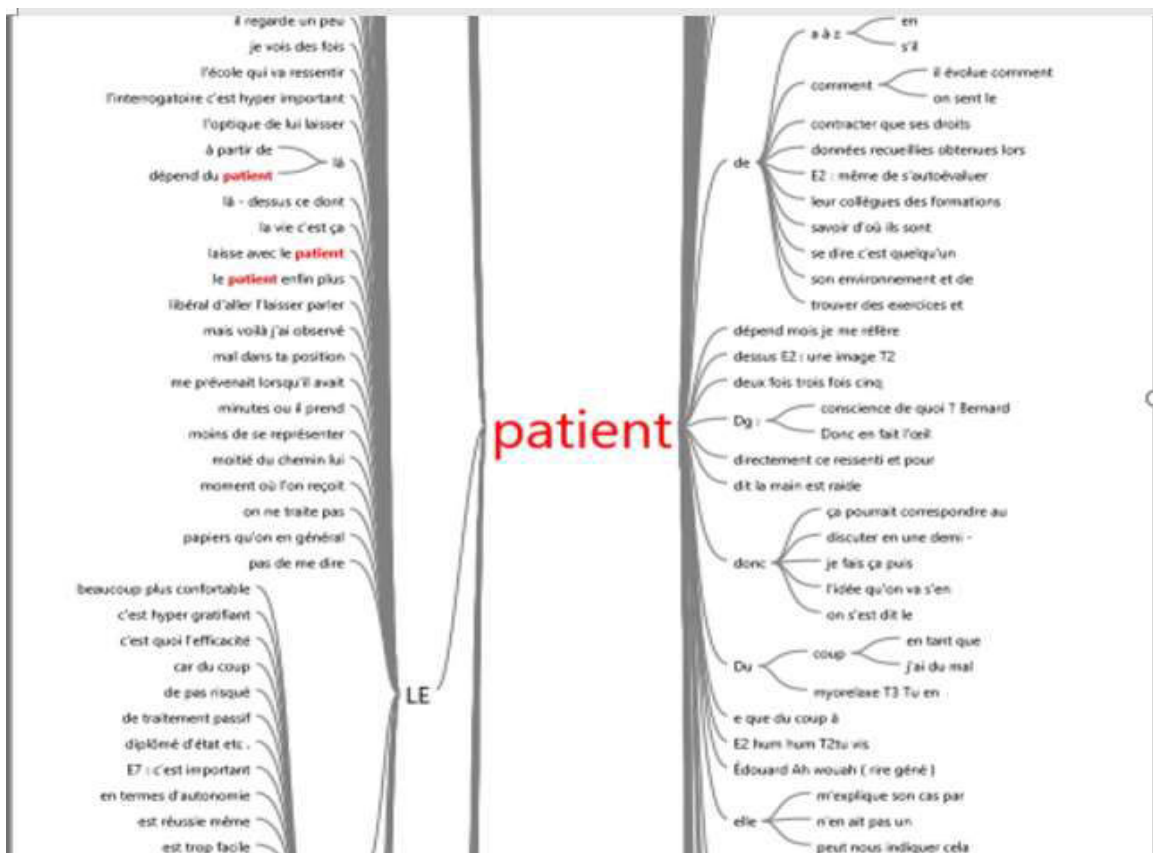


Figure 21: Extrait de la requête de recherche textuelle "patient"

Le raisonnement clinique ne semble pas être la préoccupation majeure du kinésithérapeute, plus centré sur une pratique pour un service immédiat rendu au patient qui va payer sa séance, pratique qui doit être en conformité avec les attentes du patient. Pour autant, tous réalisent une certaine démarche vis-à-vis du patient. Ces résultats corroborent ceux obtenus lors d'un stage d'immersion en première année d'ergothérapie (Broussal, Caire, Techene, Catsel-lacanal, & De Boissezon, 2018) et par Gedda dans sa recherche de typologie des contenus publiés entre 2001 et 2016 au sein de la revue professionnelle *Kinésithérapie la revue*. Celui-ci estime, dans sa discussion, que l'opinion sur la profession est une préoccupation importante plus que l'investigation sur celle-ci. « Le sous-traitement du diagnostic, [...] incite à penser à un ancrage culturel limité à un exercice spécialisé très enclavé dans l'opérationnalité de l'action thérapeutique. » (Gedda, 2018)

Qu'en disent les acteurs des triades ? Commençons par l'analyse de la triade 2.

14.2 La triade 2 ou « ta prise en charge ne sera pas adaptée si tu n'écoutes pas ce que le patient a à te raconter »

La triade 2, composée de Béatrice (T2), Bernard (E2) et Brigitte (P2), a été rencontrée en avril 2016. Béatrice est diplômée depuis 18 ans. Elle exerce, dans ce cabinet avec deux autres associés et une assistante. Elle assure des activités de tutorat depuis une quinzaine d'années, elle est aussi maître d'apprentissage pour un centre de formation d'apprenti en kinésithérapie. Elle a occasionnellement des activités de formateur en formation continue.

Bernard est un étudiant de deuxième année qui effectue son premier stage libéral ; d'une durée de six semaines. Il termine celui-ci dans deux jours.

Cette séance avec un nouveau patient va servir en parallèle à Béatrice de support pour réaliser son évaluation de fin du stage de Bernard, de façon à pouvoir se prononcer sur la validation réglementaire de son stage.

Béatrice a choisi Brigitte comme patiente pour cette situation. C'est une patiente qui présente une maladie chronique d'origine neurologique acquise en périnatal mais est habituellement suivie par un autre praticien du cabinet. Il s'agit donc d'une double rencontre, à la fois pour le tuteur et pour l'étudiant.

14.2.1 Béatrice « faire du transversal et leur apprendre à aller piocher »

L'encodage de l'entretien de Béatrice par l'intermédiaire du logiciel « N'Vivo » nous permet d'obtenir un portrait thématique de la situation, et la répartition par pourcentage de couverture des éléments du discours comparativement à l'ensemble du matériau utilisé.

L'entretien a duré 24,30 minutes. Béatrice s'y exprime pendant plus de 95% du temps. Quatre thématiques occupent majoritairement les propos : les difficultés d'adaptation pour les stagiaires à la vraie vie, les conditions d'apprentissage, les difficultés à la profession et le registre des ressources utilisées. (Figure 22)

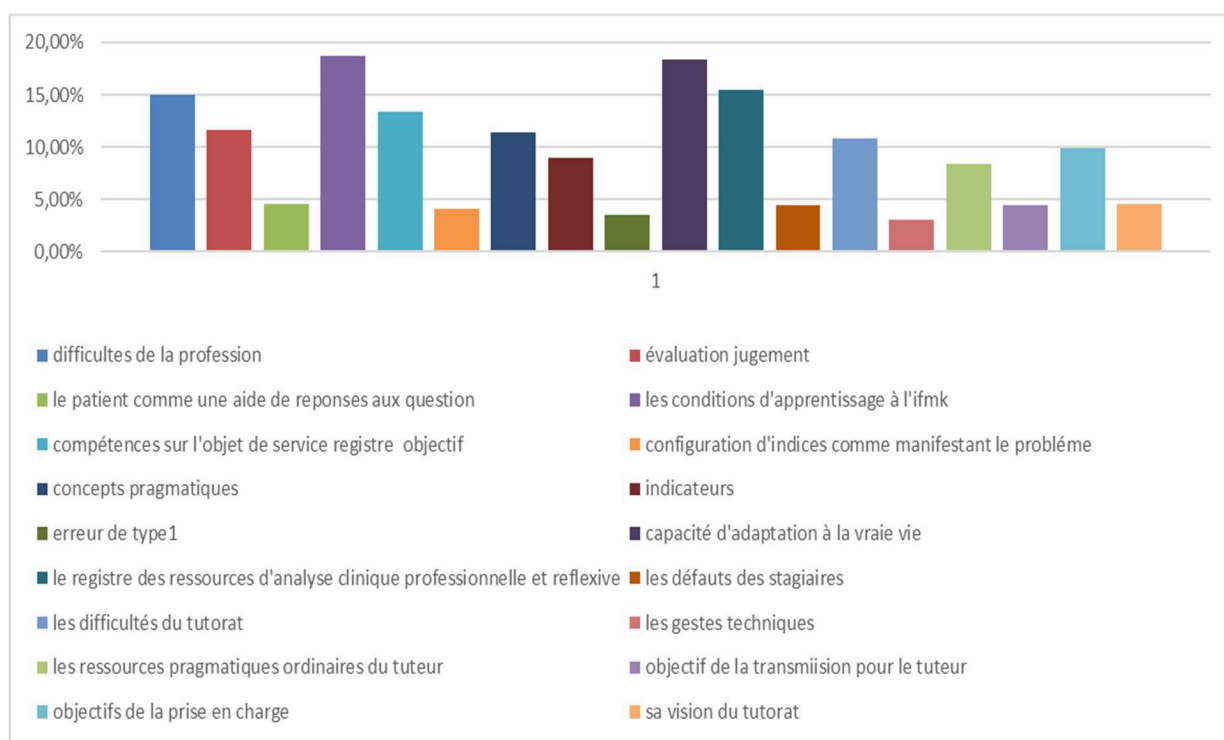


Figure 22: Éléments du discours lors de l'entretien de Béatrice

Béatrice assoit son métier sur les connaissances physiologiques :

T2 : essayer de retrouver les bases de ce fonctionnement là des bases anatomiques, des bases physiologiques

C'est aussi son point de départ pour évaluer le niveau de l'étudiant accueilli :

T2 : j'essaie de lui demander des justifications théoriques

pour partir des savoirs des étudiants en stage :

T2 : j'essaie de partir de qu'il fait pour voir euh comment il se débrouille ce qui lui pose des problèmes jusqu'où il pense aller

Béatrice a besoin de connaître sa compréhension des actions qu'il réalise :

T2 : Pour voir euh s'il comprend un peu ce qu'il fait et sur quoi il se base surtout pour pouvoir le faire

Sans doute Béatrice fait-elle à cet instant là un diagnostic pédagogique (Audetat, 2011) ou un « diagnostic de situation » (Pastré, 2001) pour adapter son suivi et préparer la consigne de la prochaine tâche qu'elle va confier à l'étudiant (Brousseau, 1998)

T2 : On régule au fur et à mesure ce qu'il fait pour voir si ça convient si c'est adapté.

Elle cherche à mettre le stagiaire en situation d'analyse de sa propre activité cherchant ainsi à lui faire utiliser son registre de « ressources de démarche d'analyse clinique professionnelle et réflexive » (Piot, 2015) :

T2 : et surtout ce que lui il en pense.

Pour Béatrice, la difficulté du stage réside dans la difficulté de transposition des savoirs théoriques de l'IFMK à la pratique de terrain :

T2 : ce n'est pas toujours facile pour eux de se rendre compte de ce que donne la pratique par rapport à ce qu'ils ont appris à l'école.

Le passage face à un patient avec « ses complications son contexte familial ou professionnel » est souvent plus compliqué que le cas clinique, situation prévalente entrevue en TD à l'IFMK. Dans cette difficulté de transition entre les deux lieux d'apprentissage de l'alternance intégrative, Béatrice distingue des « obstacles techniques, [...] de prise de contact, d'adaptation d'une force ou de savoir » ; elle repère alors des erreurs de raisonnement décrites chez les étudiants en maïeutique (Demeester & Eymard, 2010), et chez les étudiants en médecine (Audetat, 2011) : le manque de connaissances et le défaut de communication. Béatrice insiste cependant sur les obstacles techniques et d'adaptation technologiques de l'étudiant face au patient

T2 : ce qu'ils ont souvent du mal à faire c'est savoir lire les signes sur lesquels ils doivent se baser pour continuer arrêter donc c'est sur ces choses-là que l'on travaille avec eux pour essayer d'avancer dans leur acquisition de pratiques surtout

Comme si l'étudiant avait besoin de s'approprier des signes pour en faire d'une part un référentiel clinique de sa pratique, et d'autre part un référentiel sensitif (Olry, 2007) passant ainsi de « faire kiné » à « faire une kiné » (Hilpron, 2012) par une incorporation incarnée de la technologie

T2 : ben savoir détecter les signes cliniques sur lesquels ils vont se baser pour se dire ben ma technique elle est adaptée bon ben faut que je la modifie faut qu'on continue là je vais arrêter parce que je vois le patient ça ne va pas

Béatrice insiste sur cet aspect adaptatif au patient :

T2 : Ce sont des choses sur lesquelles ils ont il faut vraiment qu'ils apprennent à travailler parce que dans leur pratique quotidienne c'est là-dessus qu'ils vont se baser pour savoir s'ils font ce qu'il faut

Soulignant ainsi la « frontière » entre la théorie de l'école et l'adaptation à la pratique avec des vrais patients.

T2 : ils partent sur une théorie d'exercice [...] ils partent sur un nombre défini de répétition d'exercices ils ne savent pas pourquoi il faut le faire 15 fois ou 20 fois et quand on leur demande comment ils vont décider d'adapter ou de corriger l'exercice parfois ils ne savent même pas sur quoi ils se basent pour s'adapter.

Elle pense que cela est dû à la pratique à l'école sur les étudiants considérés comme des personnes saines qui n'ont pas les réactions du vrai patient.

T2 : Je pense que ça c'est vraiment le savoir qui est difficile à leur faire passer quand on est dans un cadre qui n'est pas un cadre de soin en fait quand ils sont avec des personnes saines euh la manipulation la technique elle est plus simple le patient enfin le faux patient il ne réagit pas pareil que le vrai.

Elle soulève là l'intérêt du « vrai patient » et les limites de l'apprentissage du raisonnement clinique par la simulation pour laquelle, malgré les avancées technologiques, peu de mannequins haute-fidélités renvoient un feedback sensoriel aux apprenants (Jeulin, 2014) pour les aider à la construction de leur geste technique.

T2 : C'est ce qui est compliqué et qui fait là-dessus on a tous des écueils et on va se baser déjà simplement sur ce que le patient va rapporter sur les signes qu'il va montrer pendant la séance éventuellement de fatigue de douleur et puis voir si la réaction du corps correspond à euh ce que l'on cherche à faire.

L'objectif de la prise en charge étant de modifier les signes cliniques du patient :

T2 : On a un bilan au départ avec des symptômes sur lesquels on veut agir en tant que thérapeute ben le but c'est d'aller vers une amélioration des choses donc charge à nous après de surveiller que ce que l'on va faire va bien dans ce sens-là et pas à l'inverse.

La lecture des signes cliniques et l'adaptation des soins à celle-ci étant le guide de travail, pour poursuivre dans le projet de soins engagé avec le patient selon le modèle collaborateur (Higgs, 2008) ce qui peut poser soucis aux étudiants qui ne savent pas sur quoi se baser pour ajuster leur séance :

T2 : Ils vont dans le sens de leur prise en charge est ce qu'est-ce qu'ils suivent bien l'objectif qu'ils se sont fixés est ce que le patient cette prise en charge là elle lui convient est ce qu'ils ont fait évoluer les soins par rapport au début de la prise en charge l'état du patient s'améliore ou est-ce que cela correspond à ce qu'ils se sont fixés comme objectif.

Béatrice estime qu'elle a automatisé certains faits, ses invariants pragmatiques, « cela nous paraît normal » et que l'adaptation de son traitement fait partie de son quotidien ; elle a problématisé sa situation (Fabre, 2009),

T2 : je pense que le plus compliqué pour eux ou pour nous nous ça nous pose moins de problème de le faire parce que cela nous paraît normal mais de revenir une technique ou adapter un exercice euh par rapport aux réactions que l'on voit apparaître cela nous paraît normal et c'est quelque chose sur laquelle ils n'ont pas forcément l'habitude de de d'être attentifs.

Adaptation qui demande de l'entraînement, de se baser sur des savoirs expérimentiels et de se distancier des savoirs théoriques de l'école :

T2 : pour eux par rapport aux savoirs qu'ils ont en venant de l'école euh on va appliquer ce que l'on a appris et ça va forcément marcher en fait quand ils viennent sur le terrain ils se rendent compte que cela ne marche pas à tous les coups que ce n'est pas cela qu'il fallait faire et que euh et que le patient il ne réagit pas forcément comme ils l'attendaient.

Béatrice l'oblige alors à considérer le patient dans sa globalité, à transposer les invariants théoriques, qui pose le cadre conceptuel aux variables du « patient et contextes »

T2 : On est souvent dans des contextes qui sont plus complexes que le simple cas théorique avec une pathologie et un problème à régler il y a souvent des choses qui s'intercalent des problèmes pratiques.

La confrontation au patient et à ses problématiques peut alors amener à l'échec ; l'étudiant doit alors utiliser ses registres d'analyse réflexive (Piot, 2015),

T2 : On a discuté avec Bernard de séances à quel rythme il fallait voir le patient comment on décidait du nombre de séances et du rythme auquel on voyait le patient il a eu du mal à trouver les arguments pour décider je vois le patient deux fois trois fois cinq fois dans la semaine c'était quelque chose qui était compliqué.

Béatrice insiste sur la nécessité de savoir décider, de savoir prendre un choix :

T2 : On en a pas mal discuté et en cherchant pourquoi justement et sur quoi il allait se baser pour essayer de décider justement car une fois qu'il va être tout seul sur le terrain en tant que thérapeute il va falloir qu'il prenne lui la décision de toute façon c'est ça le problème c'est bien ça le problème quand on est jeune diplômé et que l'on se retrouve lâché dans la nature il faut assumer ses décisions.

Comme l'indique Piot (2017), Béatrice met à disposition les caractéristiques essentielles du métier, pour alimenter le registre des ressources de l'étudiant et lui permettre de développer des compétences utilisables, demain, en situation de responsabilité professionnelle face aux situations à résoudre. Elle retrouve ce choix à plusieurs niveaux, en fonction de la construction du problème qu'elle parvient à réaliser (Dewey, 2004) et en fonction des étapes du raisonnement clinique (Charlin, 2012)

T2 : La décision elle peut être à plein de niveaux elle peut même simplement au départ se dire une fois euh que j'ai fait le bilan c'est un patient que je dois prendre en charge ou pas le prendre en charge ou éventuellement faut que je le renvoie chez le médecin ben tiens c'est parfois savoir se dire ben tiens il arrive avec un diagnostic mais il n'y a peut-

être pas que ça à régler donc c'est vrai que l'on est en permanence sur des arbres décisionnels de se dire je fais je ne fais pas.

Béatrice réalise alors en permanence sa logique de l'enquête (Fabre, 2017), en explorant ses hypothèses, après avoir construit son problème, s'être représentée la situation, selon l'étape 1 du raisonnement clinique (Charlin, 2012)

T2 : ce dire je fais je fais pas ah ben si je fais pas est ce que je suis dans la bonne voie est ce que éventuellement je reviens sur autre chose ou est-ce que je persiste dans cette voie-là on va s'étayer de de de tout ce que le patient il nous renvoie euh aussi bien en dialogue que en retour après les séances euh et puis l'évolution aussi des signes cliniques que l'on cherche à changer pour se dire soit se conforter dans la décision que l'on a pris soit au contraire pour se dire ça va pas il faut que je change d'axe éventuellement faut que je me fasse aider par un autre professionnel en plus c'est ça prendre une décision on est en permanence en train de se demander est ce que ce que je fais c'est bien adapté ou pas .

Elle met en permanence à l'épreuve les hypothèses qu'elle a posées et les solutions qu'elle a choisies, en se plaçant dans un contexte de résolution de problèmes (Fabre, 2009), et utilisant son registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive (Piot, 2015).

T2 : on la prend en essayant déjà de avant de se donner tous les moyens de de en fait on part sur nos savoirs théoriques en partie, on part sur ce que l'on va avoir au niveau du bilan et on va avoir un petit mélange de tout cela une petite part pas d'intuition mais de retour d'expérience on va se dire tiens c'est marrant chez certains patients j'avais déjà fait cela ça avait bien fonctionné et c'était pas forcément logique il y a ça aussi qui rentre il y a l'expérience le vécu euh euh qu'on collecte petit à petit et euh euh ça augmente du coup on aboutit petit à petit à une conjonction d'arguments en faveur d'une décision ou d'une autre ben je pense.

Béatrice estime difficile de faire prendre conscience de cette démarche aux étudiants et de les guider dans l'acquisition de cette logique qui fait appel à des savoirs multidisciplinaires, démarche qu'elle estime paradoxale par rapport à celle très scolaire enseignée à l'école.

T2 : C'est ça qui est compliqué c'est de leur faire faire du transversal en fait c'est leur apprendre à aller piocher parce que ce que l'on fait spontanément en fait piocher dans un domaine puis dans un autre et qu'ils fonctionnent beaucoup par catégorie par modules par là ou ils ont des fois des difficultés c'est de se dire euh une explication une justification dans un domaine et je vais l'étayer éventuellement par des choses que l'on m'a expliquées dans un autre.

En essayant de « leur faire faire du transversal en fait c'est leur apprendre à aller piocher » elle souhaite développer les capacités d'analyse et de mise en liens des éléments physiopathologiques (Piot, 2015), elle joue ainsi sur le transfert didactique et la difficulté liée au contenu même du savoir à transmettre et à mobiliser. On retrouve ici les propos d'Astolfi (1997).

T2 : Des fois ils ont simplement du mal à faire un lien entre la physiologie normale et la pathologie parfois c'est vraiment ils ont les deux savoirs mais la jonction entre les deux elle n'est pas toujours simple c'est vrai que le but c'est ça d'essayer en repartant sur des

bases simples des fois de leur faire comprendre les mécanismes qui aboutissent à un signe une pathologie pour qu'après ils comprennent puissent comprendre comment éventuellement le résoudre.

Parvenir à faire les liens ou relier les connaissances, c'est aussi parvenir à conceptualiser l'action (Vergnaud, 2011), à problématiser la situation, à construire le problème du patient.

T2 : la difficulté c'est de leur faire comprendre que ce n'est pas une application de recettes c'est on ne fait pas à tel problème on a telle solution on est dans de l'humain on a des conjonctions de facteurs qui sont quand même beaucoup plus compliqués que ce que l'on peut avoir dans les livres.

Béatrice devient « le tiers médiateur responsable de la problématisation de l'activité » (Maubant, 2013) et de la mise en relation des connaissances issues de la pratique du terrain et celles de l'étudiant. Elle oblige l'étudiant à comprendre le rôle social qui est attendu de sa position de professionnel de santé : le service à rendre aux patients.

T2 : tous ces mélanges là c'est des facteurs qui font que cela complexifie forcément le raisonnement et le l'élaboration de notre plan de traitement par rapport à ce que l'on pourrait faire en théorie au départ c'est dans ce sens-là que l'on travaille avec de l'humain c'est pas le garagiste qui va faire réparer euh le client qui va faire réparer sa voiture chez le garagiste on sait qu'il y a juste une pièce à changer et cela va mieux y a tout un ensemble autour pour lequel nous on n'a pas le droit de ne pas en tenir compte.

Béatrice approche la difficulté de l'apprentissage par le stagiaire. Comment aller au-delà de la compréhension de la situation pour permettre la transposition demain dans d'autres situations ?

T2 : après le problème par rapport à la formation du stagiaire c'est lui faire voir q' il va avoir la possibilité pratique au départ à prendre en charge le patient mais il faut aussi qu'il apprenne à prendre en compte tout ce qu'il y a autour et qui va lui compliquer la tâche mais c'est aussi ce qui fait l'intérêt de notre travail on peut avoir trois fois ou quatre fois dans la journée un patient avec une même pathologie et on ne fera pas le même traitement , parce que l'on va l'adapter c'est ça aussi qu'il faut leur faire comprendre dans ce qu'on leur transmet quand il viennent voir sur le terrain c'est compliqué pour eux de quand on a Mme X qui a un problème de dos on va lui faire ça et quand on a Mme Y qui elle aussi a un problème de dos éventuellement au même endroit on va pas lui faire la même chose euh l'ensemble est elle-même.

Béatrice replace le statut de l'erreur dans l'apprentissage : « c'est essentiellement par essais et erreurs que l'apprenant cheminera progressivement vers la maîtrise de cette nouvelle connaissance » (Bourgeois & Nizet, 1997) et rappelle la temporalité nécessaire à l'acquisition de cette démarche.

T2 : ça je pense qu'à l'école c'est d'autant plus compliqué on peut forcément leur en parler même c'est fait forcément mais c'est dans la vraie vie j'allais dire qu'ils vont vraiment s'en rendre compte.

Elle rejoint ce que Kunegel a trouvé chez les apprentis mécaniciens, certaines tâches et activités de diagnostic ne sont réalisées qu'en situation de responsabilité ; est ce que Béatrice T2

appelle la vraie vie ? Ensuite Béatrice exprime ses difficultés en tant que tutrice

T2 : c'est pas toujours simple on se heurte aussi à la capacité de compréhension et d'intégration du stagiaire mais ça c'est vrai que nous après en tant que formateur euh il faudra aussi que l'on s'adapte aux possibilités mais cela sera vrai aussi de formation initiale ou de la formation continue faudra que l'on s'adapte à ce que la personne ne face voudra bien entendre comprendre cela peut être très perturbant parce que ce l'on se heurte parfois on a quand même des comment dire des des pratiques ou des enseignements j'allais dire des pratiques des façons de faire ou des savoirs faire qui sont parfois en contradiction avec ce qu'ils apprennent à l'école c'est compliqué.

Tout au long de son argumentation, Béatrice indique l'intérêt de construire un lien entre la physiologie et la clinique. Mais, à l'heure de l'universitarisation de la formation et de la recherche de l'académisation des savoirs par l'institutionnalisation du raisonnement clinique, la référence aux études qui étayaient la pratique n'est pas retrouvée. Est-ce pour cela qu'elle repose toute son argumentation sur l'anatomie, la physiopathologie et la clinique ? N'est-on pas dans le « bring to gap » décrit par l'OMS en 2005, le fossé entre ce que l'IFMK apporte sur les savoirs de la recherche, du fait de la réingénierie, et les pratiques de terrains ? (Knox, 2015)

T2 : c'est compliqué pour eux et c'est compliqué pour nous parce qu'avec l'expérience que l'on a la formation que l'on peut faire en continue on sait que l'on peut faire des choses qui fonctionnent mieux que d'autres etc. eux ils se retrouvent bloqués entre ce qu'on leur apprend à l'école ce qu'on attend d'eux à l'école en évaluation on va attendre ce qu'ils apprennent à l'école et puis après quand ils viennent sur leur terrain quand on modifie ces savoirs-là.

Entre pratiques réelles de terrain et activité prescrite de la profession : y aurait-il un débat renouvelé par la réingénierie des études ?

T2 : je pense que c'est compliqué pour eux ensuite de savoir-faire un mélange de tout cela en se disant ben oui finalement l'argument de tout ça c'est l'argumentaire du kiné sur le terrain et ce que j'en ai vu faire.

Béatrice semble désarmée à mobiliser ses modèles théoriques d'apprentissage et à mettre en place les conditions propices à une « situation favorable » pour permettre à l'étudiant de prendre conscience de la pertinence des savoirs mis en œuvre dans la problématisation de la situation (Maubant, 2013, p. 199).

T2 : Le fait de se dire je modifie la pratique jusqu'à maintenant je la faisais comme cela le fait de la modifier je me rends compte que j'ai plus d'efficacité ou que le patient après il me dit ah ben ça fonctionne bien après ben je suis mieux il y a cela aussi et puis le savoir qui est transmis par les pairs qui sont plus expérimentés qui font de la recherche parce que je pense on a moyen d'accorder du crédit et de croire aux arguments des gens pour lesquels il y a un réel fondement.

Accueillir bénévolement et volontairement un stagiaire n'est-ce pas aussi un espace de formation pour le tuteur, qui est aujourd'hui amené à transmettre ce qu'il n'a pas appris pendant

son cursus de formation, alors même que l'étudiant a été instruit sur cette nouvelle méthodologie ou façon de penser le métier du fait de la réforme des études ?

T2 : on a toujours plus envie de croire quelqu'un qui est convaincu de ce qu'il raconte et qu'il faut savoir de temps en temps même systématiquement garder un côté critique un regard un peu extérieur et décalé c'est pour cela que les stagiaires parfois ils nous apportent aussi ce regard-là oui tiens c'est bizarre tu fais ça mais je comprends pas au premier abord c'est pas forcément ce que j'aurai fait du coup de se dire ben si si je le fais parce que heu parce que pour telles raison telles raison je le fais c'est mieux.

Sans doute Béatrice aurait-elle besoin d'accompagnement pour identifier les recours aux lectures critiques d'articles et aux bases de données ?

T2 : Mais c'est compliqué parce que les sources d'information on en a plein et faut arriver à faire le tri dedans et puis savoir qu'elles sont fiables et ça c'est vrai que l'on soit stagiaire ou professionnels diplômés.

La transmission en stage serait-elle une invitation à une formation renouvelée pour Béatrice, et les tuteurs libéraux ? Béatrice positionne son rôle de transmission autour de son positionnement en tant que tiers médiateurs des savoirs biomédicaux. Qu'en pense son stagiaire ?

14.2.2 Bernard : « hum, je n'ai pas appris mes leçons »

Bernard est étudiant en deuxième année dans un IFMK public d'Ile de France. Le niveau de recrutement y est très sélectif du fait de la gratuité des études. Bernard a donc un très bon niveau scolaire.

L'entretien s'est déroulé juste après celui de Béatrice, alors que Bernard termine sa 5^e semaine de stage. Les deux acteurs n'ont pas pu échanger entre eux. L'entretien a duré 19 minutes, il n'a pas été interrompu et s'est déroulé dans de bonnes conditions. Bernard occupe un temps de parole de 85 % au cours de l'entretien au cours duquel de nombreuses relances ont été effectuées par le chercheur. Une thématique majeure se détache dans le discours, il s'agit du registre des ressources utilisées par l'étudiant et en particulier les savoirs biomédicaux. (Figure 23)

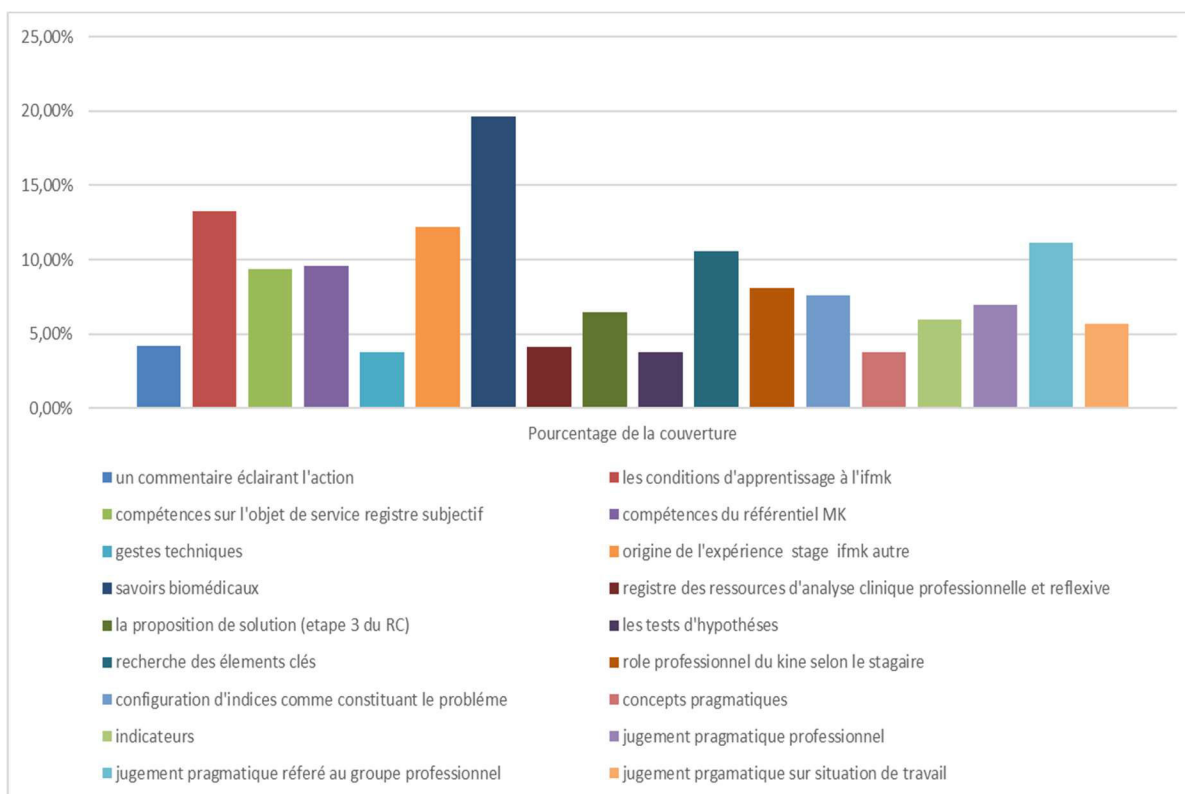


Figure 23: Éléments du discours de l'entretien de Bernard

Pour Bernard cette séance, sous supervision, doit surtout lui permettre de conforter son registre des ressources pragmatiques ordinaires (Piot, 2015) que sont ses savoirs, et en particulier ses savoirs biomédicaux.

E2 : je pense que ce déjà ce que je t'attends c'est revenir sur des connaissances que je connais déjà que j'ai apprises à l'école et ensuite les utiliser dans un cas concret parce que souvent c'est théorique on apprend les données en fait et lorsque l'on se retrouve devant un patient c'est pas c'est quelqu'un de physique il faut appliquer les techniques que l'on a pratiqué avant mais sur quelqu'un qui a des pathologies donc que ce que j'attends c'est d'approfondir un peu mes connaissances théoriques et pratiques et en plus d'apprendre des choses d'un praticien qui a l'habitude de travailler sur tel ou tel cas.

Bernard illustre cet approfondissement technique par un exemple centré sur le drainage lymphatique manuel :

E2 : par exemple avec Béatrice le drainage lymphatique c'est un peu brouillon parce que j'ai eu un seul cours euh deux cours théoriques et un cours pratique en TP chaque prof à sa manière de faire Béatrice aussi du coup-là j'ai pu acquérir la technique physique la technique de drainage et me rendre compte des effets bénéfiques.

Par cet exemple, il explicite comment il a incorporé la pratique et développer son référentiel haptique pour en faire des indicateurs de régulation de son geste. Il en est à automatiser son

geste (Kahneman, 2012) pour développer son habileté gestuelle et lui permettre ainsi de s'adapter au patient qu'il va rencontrer :

E2 : Ça change qu'au départ j'avais une vision de la technique de base en théorie et qu'au fur et à mesure de ma pratique j'ai développé des sensations j'ai développé aussi un certain savoir-faire il y a certains œdèmes ou je vais appuyer plus fort parce que l'œdème est plus dense et euh du coup voilà ça me fait évoluer dans mes connaissances théoriques et pratiques.

Bernard utilise alors les indicateurs de développement professionnel que Piot a formalisés et notamment la capacité à s'évaluer sur son acte technique (Piot, 2009).

E2 : Ben ça veut dire qu'en td on a des cas cliniques on présente les cas cliniques tel patient tel âge telle profession telle pathologie le problème c'est qu'on en discute c'est bien on dit ce qu'il faut faire ce qu'il ne faut pas faire les principes les objectifs et les moyens à utiliser et on n'a pas forcément le temps de pratiquer réellement les techniques bien que l'on ait eu en première année des cours théoriques et pratiques.

Bernard déplore les conditions d'apprentissage à l'IFMK en insistant sur l'absence de réinvestissement de la pratique et d'entraînement ou répétition de celle-ci. Sans doute n'est-il pas parvenu à se mettre en situation d'autoformation pour développer son habileté gestuelle, en même temps qu'il acquière la connaissance. « La mise au point et la maîtrise grandissante du geste s'accompagnent d'un progrès dans la connaissance ». (Billeter, 2014, p. 16).

Une temporalité longue est nécessaire pour parvenir à cette maîtrise et l'acquisition de cette connaissance intégrée et incorporée (Mayen, 2015). Sans doute la confrontation à la réalité par l'intermédiaire de l'alternance (Astier, 2017) aide à cette maîtrise. Ainsi, la situation de responsabilité face au patient (Aper, et al., 2015) amène à une prise de conscience de l'importance de son travail et des projets thérapeutiques et gestes technique à réaliser.

E2 : ben du coup se heurter à la réalité d'un patient qui a une pathologie à tel jour cela nous met en conditions réelles et parfois j'ai l'impression qu'il y a un fossé entre la théorie bien que l'on ait parlé du cas clinique cela pourrait être le même cas clinique que le patient épaule douloureuse que l'on a étudié en td là ».

Bernard révèle là son manque de « conduites dites anticipatrices » (Alonso Vilches & Pirard, 2018). Il sait expliciter l'action à réaliser face à un cas théorique mais ne parvient pas à réaliser l'action pertinente dans la situation rencontrée. Comme nous considérons le raisonnement comme une méta compétence, sans doute cette capacité d'adaptation, signe de l'incorporation du raisonnement clinique, est-elle le révélateur de la compétence professionnelle (Pastré, 2001), dans cet écart entre l'activité constructive et l'activité productive (Samurcay & Rabardel, 2004). Bernard se rend compte que la situation prévalente vue en td lui donne un cadre de travail, les

invariants pragmatiques (Pastré, 2011) qui lui permettent de s'adapter et de provoquer des ajustements grâce aux indicateurs qu'il va prélever dans la situation.

E2 : j'arrive en cabinet libéral même pathologie même type de patient et je me rends compte que l'approche est différente du fait que là je suis vraiment devant un cas concret il faut vraiment que je fasse attention aux objectifs et aux limites de mes techniques donc là il y a prise de conscience qui se fait face au patient.

Bernard conceptualise alors la situation et repère les indicateurs sur lesquels il va pouvoir s'appuyer pour jouer avec la situation et devenir compétent face au patient : les amplitudes articulaires, les seuils de douleur, leur histoire de vie :

E2 : ben que chaque patient est différent déjà qu'ils ont des amplitudes différentes des seuils de la douleur différents en fonction de leur histoire et que quand on pratique avec un étudiant il est sain il a pas de problème particulier le plus souvent et qu'on a tendance à faire moins attention à nos manœuvres donc je mobilise par exemple l'épaule de manière naturelle comme on m'a appris à l'école là au final devant le patient je vais me rendre compte que parfois je vais aller trop fort ou pas assez même s'il y a Béatrice qui est à côté de moi qui me régule et je trouve que c'est un plus par rapport au cas clinique en théorie.

Bernard perçoit alors la conception de son tuteur de stage positionné dans un rôle de transmission en tant que tiers médiateur des savoirs (Maubant, 2013).

E2 : Euh c'est la tutrice qui me gère, enfin comment on appelle ça celle qui me supervise par rapport à son vécu et à ce qu'elle sait elle me dit ce qu'il faut faire ce qu'il ne faut pas faire et on travaille ensemble pour qu'avec mes connaissances théoriques on arrive à faire les liens entre la théorie et la pratique voilà.

Bernard parvient à conceptualiser la situation et à transposer les invariants opératoires, il découvre des indicateurs pragmatiques pour élaborer son traitement et ainsi adapter son programme :

E2 : ben on arrive devant un patient elle m'explique son cas par exemple Mme g pour ne pas dire son nom est arrivée avec une lordose lombaire euh une lombalgie lombaire euh une lombalgie chronique donc voilà tu vas faire le bilan tu vas faire ton diagnostic dire comment faire pour régler sa pathologie j'ai fait mon bilan ensuite ma tutrice est venue je lui ai expliqué ce que j'ai remarqué euh le bilan morpho-statique le bilan morpho-dynamique à partir de là elle m'a régulé elle m'a dit que oui certains points sont bons que tu as oublié certains points par rapport à ton bilan maintenant qu'est-ce que tu proposes euh pour rééduquer cette personne j'ai dit euh mes solutions après elle m'a régulé dans le fait que par rapport à l'âge de la patiente est ce que c'est possible ou pas par rapport à sa fatigabilité c'est possible ou pas du coup c'est vrai je reviens sur ce que j'ai dit avant face à un cas clinique comme ça on s'en rend moins compte je trouve face à un cas clinique théorique on présente la personne sur papier 63 ans là de se retrouver face à la personne face à ses difficultés ben là c'est une prise de conscience bénéfique en fait la réalisation de la pratique.

Bernard mentionne ainsi ce que Béatrice considère comme fondamental, l'adaptation au patient, comme s'il y avait un effet miroir tuteur /étudiant. Pensait-il ainsi avant son arrivée en stage ? Est-ce l'effet pygmalion du tuteur, qui parvient à conditionner le regard à porter sur les facteurs biopsychosociaux et environnementaux du patient ?

E2 : ouais forcément c'est un métier manuel donc on a besoin de connaissances théoriques c'est clair il n'y a pas à discuter mais une personne ce n'est pas théorique c'est pratique dans le sens ou chaque patient a son histoire ses antécédents et donc il faut faire en fonction de la personne et de ses problèmes au jour J.

Il ne semble pas percevoir l'intérêt des connaissances théoriques comme source de compréhension et d'adaptation au patient. Sans doute est-ce une erreur liée au contenu même du savoir à mobiliser (Astolfi, 1997), contenu qui prend sa source dans plusieurs disciplines, (anatomie, biomécanique, chirurgie, sciences fondamentales...), les « savoirs métissés » qui doivent être tissés, emmaillés, reliés pour en faire un savoir kinésithérapique à utiliser. (Signeyrole, 2007)

E2 : Ben en théorie on a des échéances de tel jour à tel jour par exemple dans une PTH prothèse de hanche de tel jour à tel jour c'est le premier lever la levée de sidération etc. donc on suit un protocole mais on se rend compte qu'en fonction de la personne de comment va évoluer la personne dans notre prise en charge il y a des impératifs à respecter mais on peut faire évoluer notre prise en charge voilà en fonction de l'évolution de la personne dans ses problèmes de santé.

Bernard souhaitait surtout que cette séance le conforte dans ses savoirs biomédicaux. Cependant, quand, en fin d'entretien, l'explication de sa démarche se poursuit, un biais cognitif paraît. Son « registre des ressources pragmatiques » (Piot, 2015) ne semble plus reposer sur des savoirs précis. Alors qu'il semble se baser sur le tableau clinique et sur l'évolution de la maladie, du pronostic fonctionnel qu'il peut en faire, finalement il se repose sur des critères subjectifs et sur ceux du patient. Dans un contexte de loi de santé centrée autour du patient, quelle doit être la part prépondérante de chacun de ces trois indicateurs ? (Gedda, 2017)

E2 : ben en fonction en fonction voilà ben moi je pense que c'est en fonction de l'état du patient de comment il évolue comment évolue la pathologie ben je sais pas moi comment dire par exemple j'ai une patiente la même patiente ben enfin sa douleur a diminué mais il y a toujours des troubles des troubles du schéma corporel et de par exemple de la force de la chaîne postérieure du rachis donc là j'axe plutôt ma rééducation vers le musculaire car elle a besoin aussi de stabiliser aussi au niveau de l'équilibre et de la posture lorsque j'aurai lors d'un comment dire quand j'effectue mes séances et à un moment donné en fonction de l'avis du patient mais aussi de mes propres critères je décide de refaire un bilan pour voir ou j'en suis dans ma prise en charge comme je bilante la patiente en fonction aussi des attentes du patient je reprends ma fiche de route et en fonction des résultats du bilan et de mon diagnostic là je vais me dire ça va bien là il faut plutôt que j'axe ma rééducation dans le proprioception plutôt que dans le musculaire.

Bernard ne semble pas tenir compte des signes cliniques, les indices clés à recueillir dès les premiers instants, première étape du raisonnement clinique (Charlin, 2012) qu'il devrait recueillir en fonction d'un tableau clinique.

E2 : Ce sont les critères que l'on a déjà appris en théorie à l'école des critères [...] c'est toutes les données biomécaniques et physiologiques que l'on a en théorie appris lors de la première année qui vont axer mon diagnostic et me permettre voilà de moduler ma prise en charge.

Bernard ne semble pas faire de bilan orienté en fonction des connaissances qu'il possède. Le lien entre des données recueillies, et à recueillir ne semble pas encore acquis. Bernard se sert de ses savoirs fondamentaux sur l'homme sain acquis en première année, mais il ne précise pas quelles significations physiopathologiques il donne aux résultats obtenus

E2 : ben le diagnostic -kinésithérapique c'est le on commence par le bilan des examens cliniques que l'on peut coupler au bilan radiologique et à des examens complémentaires , et en fonction de l'histoire de la maladie des antécédents du patient de son environnement et de son mode de vie je vais prendre en compte tous ses paramètres que je vais modéliser dans une CIF donc la classification internationale du fonctionnement et du handicap c'est un moyen pour modéliser le cas du patient et mon diagnostic ça va être qu'est ce vers quoi je vais m'axer pour ma rééducation en fonction de ce que j'ai récupéré comme données initiales.

Bernard ne semble pas en capacité de construire le problème du patient, (Fabre, 2009). Le passage d'un bilan à un diagnostic ne semble pas être appréhendé. Le diagnostic est considéré par la profession comme le résultat d'un processus de raisonnement clinique (WCPT 2005) et de recherche d'hypothèse causale de la déficience.

E2 : ben ça sert à donner un avis sur la pathologie qu'est ce qui est faisable et n'est pas faisable et en fonction de cela j'ai une ligne directrice pour ma rééducation.

Bernard semble confondre le diagnostic masso-kinésithérapique et le pronostic fonctionnel

E2 : elle sert à axer ma rééducation je ne vois pas trop ce que je peux dire (silence) je ne sais pas quoi je ne sais pas quoi dire.

Si l'on poursuit la demande d'explicitation, Bernard parvient à retrouver tous les éléments nécessaires à son enquête (Dewey, 2004) mais ne semble pas les mettre en lien dans un processus de résolution d'hypothèses, de logique d'enquête.

E2 : selon la CIF et toutes les données recueillies au préalable données qualitatives quantitatives que ce soit au niveau amplitude euh enfin articulaire musculaire sensitif neurologique après tout dépend de la pathologie du patient.

Bernard qualifie ainsi son rôle professionnel, permettre une activité quotidienne malgré tout, serait-ce « s'accommoder des restes » ? (Signeyrole, 2005)

E2 : ben grâce au diagnostic en fait c'est pareil je me réfère aux items du bilans ensuite je fais mon diagnostic par rapport déjà aux capacités du patient avant je lui demande déjà ce qu'il pouvait faire avant d'être malade ce qu'il peut faire maintenant qu'il est malade pour voir ce qui peut être réglé et voilà on cherche à réduire ses déficits pour qu'il puisse avoir pour qu'il puisse vivre ses activités quotidiennes au mieux donc voilà.

Bernard ne semble pas percevoir les signes cliniques à prendre et à lire chez le patient. Il est encore dans un bilan analytique, scolaire, linéaire, dominante par dominante. Mais n'est-ce pas le fonctionnement du novice qui prend toutes les informations sans discrimination (Dreyfus & Dreyfus, 1986) ? L'étudiant n'est-il pas au stade de la distinction des connaissances ? Sans doute la temporalité de la formation qui permet la reliance des connaissances distinguées va favoriser la construction identitaire de l'adolescent professionnel ?

14.2.3 La séance qui s'étire

Brigitte est la patiente choisie par Béatrice, pour réaliser une première rencontre de l'étudiant avec un patient, consigne de notre travail.

Brigitte vient régulièrement au cabinet pour la prise en charge de sa pathologie chronique, conséquence d'une souffrance néonatale. Son thérapeute habituel est l'assistante du cabinet, C'est une première séance pour le tuteur et pour Bernard. Ainsi, tuteur et étudiant vont devoir construire ensemble un raisonnement clinique comme Audetat (2011) l'indique dans son modèle du superviseur clinique. (Cf. Figure 5)

La séance de soin au profit de Brigitte a duré 76 minutes. Elle s'est déroulée dans une salle de soin située à l'étage. Lors de la montée des escaliers de Brigitte, Bernard a eu normalement l'occasion de repérer les premiers indices clés, de relever les signes cliniques apportés par la posture et la démarche de Brigitte.

Le temps de parole de Béatrice correspond à environ 65 % du temps d'encodage de la séance, celui de Bernard 20% et la patiente P2 5 %. Le reste est constitué des silences et des temps d'exécution d'exercices ou de bilan sans échanges verbaux. (Figure 24)

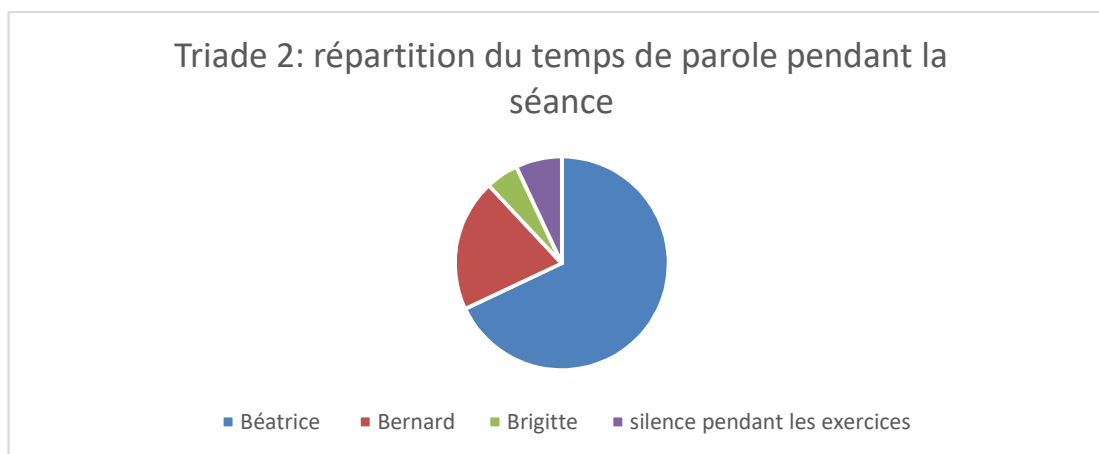


Figure 24: Répartition du temps de parole pendant la séance de la triade 2

Le discours de la tutrice a pris une place considérable, alors que la consigne adressée à l'étudiant était de réaliser le bilan et la séance de la patiente. L'étudiant semble avoir eu besoin d'un guidage verbal très important, à moins que la tutrice positionnée dans une rôle de « sachante » avec un rapport très intime au savoir de sa discipline, n'ait pas pu s'empêcher de réagir face aux balbutiements, voire aux imprécisions de l'étudiant, la mettant en position d'injonction paradoxale. (Figure 25)

Trois grandes thématiques se démarquent par leur poids d'encodage : le guidage par énonciation de conseils, le commentaire généralisant, la signalisation des informations déterminantes, qui indique que sans doute l'étudiant a été en difficultés.

La séance est divisée en quatre parties, une première partie où tuteur et étudiant semblent seuls, puis une deuxième partie où le tuteur réalise l'interrogatoire fonctionnel avec la patiente pour lui faire expliciter ses activités de la vie quotidienne puis une troisième partie où tuteur et patiente s'allient pour expliciter la situation fonctionnelle à l'étudiant et lui permettre d'entrevoir l'inadaptation des exercices proposés afin de l'aider à envisager les conséquences fonctionnelles d'une maladie chronique. La dernière partie est consacrée à la régulation par la tutrice des propositions du plan de traitement réalisées par Bernard. Nous retrouvons ici les différentes étapes de la séance relevées par Olry (Olry & Froissart-Monet, 2017) : un entretien, un examen fonctionnel, des exercices. Béatrice oscille en permanence sur une configuration de travail basée entre familiarisation avancée et mise au travail assistée (Kunegel, 2011) avec guidage des opérations.

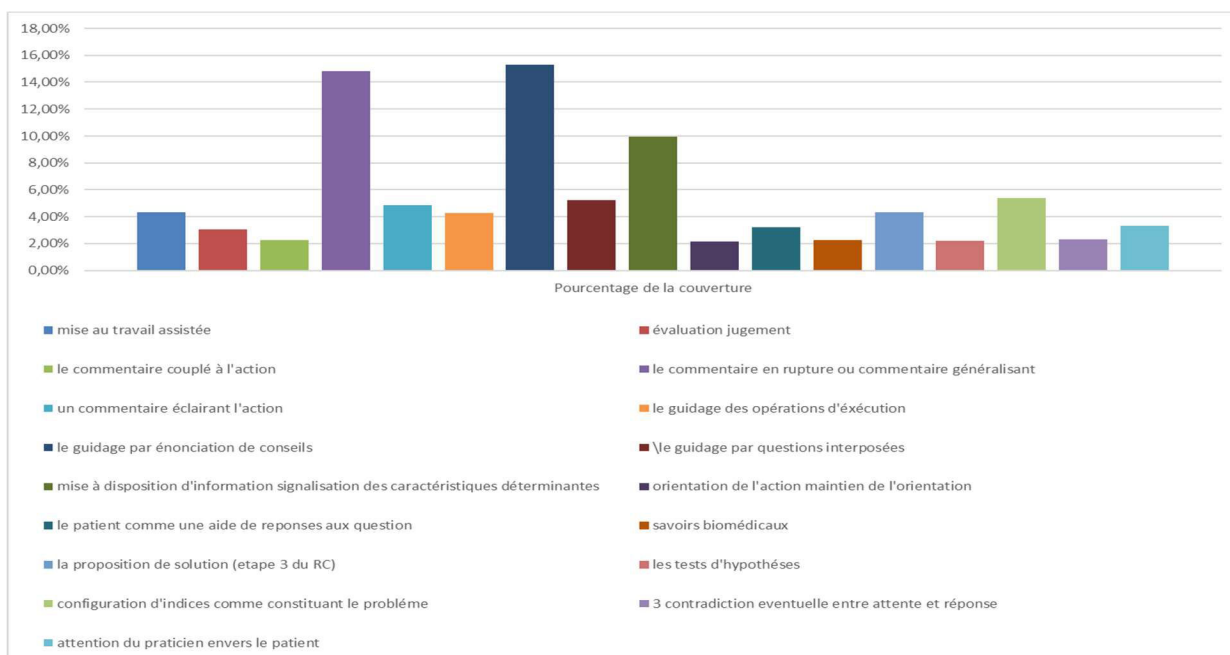


Figure 25: Éléments de discours de la séance de Béatrice Bernard et Brigitte

Béatrice propose un dossier masso-kinésithérapique restreint à l'étudiant pour qu'il prenne connaissance de l'histoire de la maladie de Brigitte, et qu'il puisse orienter son bilan. Dans sa consigne adressée à l'étudiant, elle ajoute des paroles de gestes professionnels de sollicitude à l'égard de la patiente (Eyland & Jean, 2018).

T2 : tu vas faire le bilan, Brigitte je te mets ton manteau là, (///) alors ça c'est ce qu'a fait Juliette c'est un petit résumé, qui permettra de répondre à l'ensemble de tes questions, ça c'est un certificat qui résume le dossier de la dame ça va là Brigitte.

L'étudiant ne manifeste oralement aucun étonnement, il ne prend pas la parole à la lecture du document remis par Béatrice, celle-ci commence alors la séance. L'étudiant a-t-il compris le document ? A-t-il les savoirs nécessaires pour réagir ? Ce silence semble interpeller la tutrice qui finalement lui pose la question franchement :

T2 : tout ça donc Brigitte a eu une anoxie périnatale il y a 56 ans qui a déclenché une ataxie cérébelleuse et un syndrome pyramidal ça te parle ces choses-là ou pas du tout »

Contre toute attente, Bernard annonce qu'il ne connaît pas ce syndrome majeur en neurologie, faute d'avoir appris ses cours.

E2 :si un petit peu ataxie locomotrice donc euh marche ébrieuse augmentation du pas c'est ça

T2 : hum hum

E2 : euh avec augmentation du polygone de sustentation

T2 : ouais

E2 : généralement on trouve un déséquilibre à la marche même en statique

T2 : et le syndrome pyramidal ça te parle

E2 : *je ne sais pas je n'ai pas eu le temps encore d'apprendre mes cours.*

L'étudiant, en référence à la grille de lecture fournie par la typologie des erreurs du raisonnement clinique (Audetat, 2011), (Demeester, Eymard, & Vanpee, 2012) commet une erreur liée à son défaut de connaissances., erreur qui se retrouve lors de la première étape décrite dans le raisonnement clinique. (Charlin, 2012). Les savoirs sont utilisés en stratégie de recours dans cette proposition conceptuelle, or comment orienter son regard si l'on ne sait pas quoi regarder ? Selon l'effet Covera, on ne voit que ce que l'on voit et rien d'autre (Kahneman, 2012).

Concernant le tuteur, si nous nous référons à la grille de lecture fournie par la théorie des situations didactiques, ne met-il pas l'étudiant face à une situation adidactique que celui-ci découvre pour la première fois en situation de stage (Brousseau, 2011) ? Le tuteur a-t-il choisi la « bonne » situation de dévolution ? (Brousseau, 2012) En mettant l'étudiant dans cette situation adidactique, pour laquelle celui-ci n'a pas appris ses leçons, ne le positionne-t-il pas en surcharge cognitive ? (Astolfi, 1997) ce qui expliquerait le nuage de mots représentatif de la retranscription des propos de Bernard. (Figure 26)



Figure 26: Représentation en nuage de mots des propos de Bernard

Cela pose la question du choix de la situation pour qu'elle devienne un espace potentiel d'apprentissage. Si la caméra du chercheur n'avait pas été là, le déroulé de la séquence qui s'en suit aurait-il été le même ? Béatrice aurait-elle poursuivi dans cette attitude de mise à disposition d'information signalisation des caractéristiques déterminantes et d'orientation de l'action maintien de l'orientation (Kunegel, 2011) aussi longtemps ? La séance aurait-elle duré une heure et 16 minutes ?

E2 : *euh pyramidal donc c'est*

T2 : *simplement pas des trucs très détaillés ce que je veux c'est juste savoir si tu sais exactement à quoi ça sert dans les voies pyramidales tu as la partie motrice de ton cortex l'homonculus tu vois ce que c'est la projection des aires motrices en fonction de leur importance etc.*

E2 : *ouais je ne sais pas encore*

T2 : *(document ??) en fonction de la zone tu as une projection de la zone qui est faite et cela fait un petit bonhomme avec une grosse tête une grosse main etc. d'accord donc ça c'est le départ des voies pyramidales la voie pyramidale c'est tout ce qui gère la motricité donc toutes les voies volontaires c'est la voie pyramidale*

E2 : *hum hum*

Béatrice va ainsi passer la majeure partie de la séance à expliciter et donner les caractéristiques essentielles du tableau clinique pour que Bernard comprenne l'attendu et puisse être guidé dans son bilan. Elle semble avoir anticipé la difficulté de Bernard puisqu'elle avait préparé un document récapitulatif de la voie pyramidale, élément essentiel entrevu dans le programme de la première année des études. Elle lui reprecise donc les éléments de contenu et lui redonne la consigne de l'exercice, en impliquant Brigitte dans l'action.

T2 : *donc ce que je voudrais surtout maintenant c'est que tu me fasses un bilan du cas de Brigitte et savoir comment tu la prendrais en charge si elle arrivait dans le cabinet et qu'elle te dit (T2 rit en parlant) bonjour monsieur je compte sur vous pour m'aider j'ai besoin d'un kiné OK procède comme tu as essayé de faire jusque-là de manière logique et hiérarchisée en terme d'importance pour bien essayer de tout balayer tu sais qu'il y a des choses qui te manquent parfois si tu as des questions Brigitte elle répondra quasiment à tout et si Brigitte*

Brigitte : *oui (en même temps)*

T2 : *et ce à quoi Brigitte ne peut pas répondre éventuellement j'essaierai d'y répondre normalement je saurai OK par quoi tu vas commencer*

Très vite le commentaire devient une remarque à portée généralisante (Kunegel, 2011) sur les ficelles du métier et le regard clinique à développer, sur les indices clés à repérer dès les premiers instants. Elle les lui explicite pour qu'il en prenne conscience. Elle instrumente sa première étape du raisonnement clinique

T2 : *ah et bien tu as une partie de ton bilan qui se fait là*

E2 : *oui*

T2 : *chuchote (baisser le teeshirt) quand tu fais un bilan ce qu'il faut c'est prendre toutes les informations possibles au fur et à mesure d'accord*

E2 : *(en même temps) hum hum*

T2 : *quand elle est entrée la façon de bouger la façon de marcher la façon de s'asseoir tout cela il faut que tu en tiennes comptes car c'est cela qui après va faire que tu vas donner de l'importance tes fameux points forts que tu vas donner ou pas dans tes prises en charge*

Bernard poursuit dans son raisonnement, sans manifestement avoir un plan d'action très détaillé. Béatrice le réaxe, lui réexpliquant la consigne et donnant des informations pertinentes de manière à le maintenir dans son effort de compréhension de la situation. (Bruner, 1981)

T2 : alors est ce que tu as déjà une idée parce que là E2 tu es bien d'accord ce n'est pas un cas forcément très simple en termes de bilan c'est de la neuro tu as la conjonction de deux syndromes un peu différents

E2 : hum

T2 : est-ce que tu as déjà une idée des signes cliniques que tu vas aller rechercher parce qu'il va falloir que tu structures un petit peu pour ne pas passer à côté de choses qui sont importantes soit tu vas commencer par les choses importantes

E2 : (coupe la parole à Béatrice) d'abord

T2 : soit tu élimines ce qui va bien

E2 : moi d'abord je voudrai justement voir la spasticité musculaire

Cependant la surcharge cognitive dans laquelle est placé Bernard et son absence de connaissances font apparaître des erreurs de représentation et de conceptualisation des voies nerveuses physiologiques, (Astolfi, 1997) à l'origine de grossières confusions des syndromes cliniques et des signes cliniques qui y sont rapportés. Ainsi la spasticité, décrite comme une résistance involontaire à un mouvement imposé, cette résistance augmentant avec la vitesse du mouvement, ne se retrouve que dans la neurologie centrale. Bernard ne sait plus dans quel syndrome la classer. Bernard ne semble pas savoir ce qu'il recherche, ni pourquoi il le recherche. Il se trouve dans l'erreur de type 2 ou défaut de fermeture précoce, décrite par Audetat (2011), Béatrice lui explicite alors les données.

T2 : c'est comme tu veux ouais pourquoi il y a de la spasticité dans le syndrome pyramidal tu sais ?

E2 : ben c'est à cause parce que euh problème périphérique du coup

T2 : (baisse le ton de sa voix) c'est un problème quoi le syndrome pyramidal

E2 : ben là ...

T2 : on a dit que c'était une atteinte au niveau du cortex d'accord donc tu n'es pas sur du périphérique on est sur du central

Toute la séance va se poursuivre ainsi, Béatrice faisant resurgir les souvenirs théoriques de Bernard pour les mettre en lien avec qu'il a sous les doigts et sous les yeux.

T2 : tu vois là je tire tout doucement et la réponse est quand même exagérée OK » [...

T2 : dans tes manœuvres faut que tu tiennes compte aussi de ses réactions à elle parce qu'après une fois que tu auras déclenché en plus des myoclonies cela va te perturber la suite de ton bilan OK après sur quels autres groupes musculaires tu peux potentiellement avoir

Béatrice lui rappelle l'orientation de son bilan, selon une certaine méthodologie et surtout le rôle assigné à cette séance : prendre en charge la patiente en fonction des résultats obtenus au bilan.

T2 : donc il faut que ton bilan soit adapté tu vois ce que je te disais sur le fait de compiler des informations là forcément que cela allait être positif elle tient debout alors forcément écraser ton poids elle va l'écraser

E2 (en même temps) hum

T2 : là ce qu'il faut que tu cherches là c'est que ton test il soit efficace et que surtout il te serve à quelque chose

E2 : hum

T2 : sinon tout lui tester jusqu'en haut mais le but c'est quand même qu'à court terme c'est que tu la prendes en charge donc que tu cibles les groupes sur lesquels tu vas travailler etc. t'as commencé avec la spasticité donc va finir avec la spasticité donc si tu pars dans toutes les directions la spasticité la force tu vas complètement t'égarer

Béatrice utilise l'une des remédiations proposées dans l'apprentissage du raisonnement clinique (Audetat & Laurin, 2012) pour l'erreur de type 4, elle propose à l'étudiant de lui résumer la situation du patient en quelques mots. En lui faisant établir un portrait global de la situation, elle aide l'étudiant à prioriser ses données, et lui fait prendre conscience des données contextuelles manquantes. Pour cela, elle utilise l'enrôlement (Bruner, 1981)

T2 : parce que moi ce que je voudrai c'est que tu me fasses un petit portrait de la patiente que je puisse me l'imaginer si jamais je ne la connais pas ton bilan dans ta tête il doit ressembler à cela tu dois être en mesure de me de dire voilà elle a ça elle a ça et elle fait si elle ne fait pas cela donc je décide d'orienter ma prise en charge comme ça c'est ça on est d'accord

Elle cherche aussi à lui faire ressentir l'importance du placement de ses mains, qui va influencer le résultat obtenu à ces tests, et qui va interférer avec ses sensations et son ressenti du patient. (Olry & Froissart-Monet, 2017)

T2 : Donc il faut que tu évites de mettre ta main en plantaire parce que voilà comme elle a tendance à être spastique et avoir des myoclonies assez facilement dès que tu avoir tendance à pousser ne serait-ce qu'un petit peu au niveau de tes fibres tu vas déclencher ta spasticité place plutôt ta main comme cela et viens là ah après il faut savoir distinguer celle du fibulaire celle du triceps et je pense

Elle lui fait mener sa logique d'enquête en lui faisant tester les hypothèses, les différentes variables pour qu'il parvienne à une déduction. Elle cherche à mêler référentiel sensitif professionnel (Olry, 2015) et examen à réaliser, lui montrant que l'un et l'autre s'influencent au niveau des résultats à obtenir et que de sa qualité technologique dépendra sa fiabilité.

E2 : ouais comment je peux faire là c'est hypo extensible

T2 : *ah hypo extensibles c'est hypo extensible ou c'est spastique je ne sais pas c'est à toi de me le dire*
 E2 : *si je vais doucement je redéclenche la spasticité*
 T2 : *ouais*
 E2 : *si je suis limité c'est que c'est hypo extensible*
 T2 : *oui et si tu vas vite*
 E2 : *non*
 T2 : *d'accord donc c'est une hypo extensibilité*
 E2 *hop*
 T2 : *qui peut être liée simplement à son Age aux prises en charge qu'elle a pu avoir avant etc.*
 E2 : *attention*
 T2 : *ce qu'il faut c'est que tu aies des prises qui soient bien rassurantes bien non là elle a confiance mais*
 E2 : *ce n'est pas rassurant là*
 T2 : *recommence une fois vite méfie-toi qu'elle ne déclenche pas la spasticité ce qui se déclenche là c'est le triceps OK*
 E2 *hum*

Alors que Bernard souhaite modifier la position de Brigitte sur la table d'examen, Béatrice profite du rhabillage de celle-ci pour attirer son attention sur des aspects de la vie quotidienne importants pour l'indépendance fonctionnelle de la patiente. Détails que Bernard ne semble pas avoir ni aperçu ni perçu l'importance. La patiente porte une protection du fait de fuites urinaires sans doute dues au vieillissement physiologique de sa vessie, aggravée par sa maladie chronique. Du fait de sa vitesse de marche très ralentie et instable, ce détail a un retentissement fonctionnel important. Mais Bernard n'est pas en capacité de poser les questions à la patiente, préférant se rattacher à un constat analytique « *quand le grand fessier ne fonctionne pas très bien le pont fessier est impossible* ». Comme s'il cherchait se rattacher à un élément objectif, peu intime. Face au patient, Bernard semble sidéré, comme si celui-ci constituait « une inquiétante étrangeté » (Freud, 1919). Il lui est impossible de réagir et de prendre en compte tout l'aspect du care professionnel. (Rothier Bautzer, Guérir une maladie ou « prendre soin » d'une personne ? 2017). Mais n'est-ce pas la problématique de l'étudiant « adolescent professionnel » (Bossard, 2001) ? Comment prendre soin de ceux à l'égard desquels il se trouve lui-même engagé alors qu'il émerge de la période identitaire de l'adolescence, et auxquels il doit maintenant sa propre identité professionnelle ? (Erikson, 1972) N'est-ce pas une injonction paradoxale ?

T2 : *est-ce qu'il y a quelque chose que tu as remarqué avant que je remette le pantalon, quelque chose qui dans ta prise en charge pourrait être important*
 E2 : *hum(silence)*
 T2 : *ce qu'elle essaie de nous cacher depuis tout à l'heure parce qu'on la filme*
 E2 : *ouais elle porte ouais*
 T2 : *oui elle porte une protection*

E2 : *hum*
 T2 : *demande-lui pourquoi*
 P2 : *c'est parce*
 T2 : *dis Brigitte pourquoi tu portes une protection*
 P2 : *Parce que j'ai des problèmes d'incontinence*
 T2 : *tu les as toujours eus ou cela augmente,*
 P2 : *non depuis quelques années*
 T2 : *depuis quelques années, c'est de l'incontinence quand tu fais quoi*
 P2 : *quand je fais quoi ? euh*
 T2 : *allez plie les genoux*
 P2 : *wouais*
 T2 : *tu vas travailler un petit peu il n'y a pas que E2 qui bosse allez lève les fesses tiens tiens un grand fessier qui ne fonctionne pas très bien*
 P2 : *non non*
 T2 : *ça faut le noter dans un côté de ta tête ce bilan*
 E2 : *ouais quand le grand fessier ne fonctionne pas très bien le pont fessier est impossible*
 T2 : *c'est quand tu fais des efforts ou quand tu tousses c'est que tu ne sens pas les fuites et du coup*
 P2 : *non non*
 T2 : *plus jeune tu n'avais pas ses problèmes là ?*
 P2 : *plus jeune non il y a quelques années*
 T2 : *en déduis quoi de ces informations-là ?*
 E2 : *ben que c'est dû à (pause) c'est arrivé dans le temps*
 T2 : *ouais donc c'est lié à quoi ?*
 E2 : *une dégradation de son état où*
 T2 : *oui ça peut être lié simplement à son vieillissement à une perte de force de son périnée un vieillissement de son sphincter aussi mais tu en déduis surtout quoi*
 E2 : *ben il faut que je prenne en compte cela*
 T2 : *ouais mais du coup cela veut surtout dire que sa vessie elle n'est pas*
 E2 : *ben qu'elle n'est pas autonome elle n'est pas fonctionnelle*
 T2 : *ben si justement au contraire elle l'a été jusque-là elle n'est pas neurologique*
 E2 : *ah ben oui d'accord*

Surtout qu'après cet échange, Bernard poursuit dans la même voie, s'accrochant au dernier muscle à vérifier, sans entendre les liens que lui explicite Béatrice sur l'évolution de la patiente. Béatrice fait alors un commentaire en fin d'échange pour le ramener sur le versant « care » de la prise en charge en attirant son attention sur la dysarthrie de la patiente et sur son pantalon qui freine l'amplitude du mouvement. Bernard semble plus préoccupé par le « faire », que par le « comment faire » et « pourquoi faire ». Mais ne faut-il pas déjà maîtriser ses gestes et routines professionnelles avant d'avoir la capacité de prendre soin ? N'est-ce pas alors un indicateur de développement professionnel (Piot, 2009) ? Ne faut-il pas de prime abord distinguer avant de relier ? N'y aurait-il pas une progression à entrevoir avant d'exposer un étudiant face à un cas complexe ? La dévolution réalisée est-elle adéquate ? Que penser du soin obtenu par Brigitte ? Lui a-t-il été utile ou a-t-elle servi de patient ressource pour permettre une séquence formative à la place d'une activité productive (Samurcay & Rabardel, 2004) ?

T2 : voilà donc faut surtout que tu fasses pipi plus souvent mais quand même tu as des problèmes pour te déplacer c'est ça des fois tu essaies simplement de t'économiser sur les déplacements elle a dû laisser tout au long de sa vie sa vessie grossir grossir grossir elle l'a un peu distendue et du coup elle peut d'autant moins s'en fier maintenant

E2 : hum

T2 : d'accord

E2 : juste il me reste le psoas à vérifier

T2 : OK vérifie le psoas qu'est-ce que tu pourrais noter aussi sur la discussion que l'on a eue (silence) il y a quelque chose qui aurait dû t'attirer l'oreille et pour lequel tu aurais pu mettre un petit xxx là tu as une limitation par le pantalon en fait [...]

T2 : d'accord donc dans la conversation tu n'as rien noté

E2 : hum

T2 : quelque chose sur laquelle nous on ne fera rien mais qui est important sur la vision globale que tu vas avoir de ta patiente elle a une dysarthrie

E2 : (silence) ah oui d'accord

En utilisant les commentaires généralisants, Béatrice fait ensuite l'inventaire de toutes les dysfonctions qu'a ou peut avoir Brigitte du fait de sa pathologie post anoxie néonatale : ses éventuels problèmes de compréhension, sa dysarthrie et les troubles de déglutition qui peuvent être liés, sa vue et les lunettes qu'elle porte qui peuvent avoir un retentissement sur son équilibre. Béatrice essaie de lui donner une vision grand angle de la situation, deuxième étape du raisonnement clinique (Charlin, 2012) en se référant au contexte biopsychosocial de la patiente selon la CIF. Tout cela est à la vue et à la portée de Bernard mais il ne voit rien. Sans doute n'a-t-il pas encore complètement conscience de son rôle professionnel, qu'il imagine peut-être actuellement dans le cure.

E2 : déjà si elle n'a pas une bonne vision elle n'arrivera pas à se repérer dans l'espace donc

T2 : et sur ces troubles de l'équilibre ça joue aussi ça aussi c'est à toi aussi de dire éventuellement

Brigitte : c'est pour cela que l'ophtalmo elle m'avait dit je vous vous euh comment dire je ne vous prescris pas des verres progressifs parce que je me serais cassé la figure

T2 : ouais d'accord ça c'est important parce que l'ophtalmo elle est attentive mais tu n'as pas toujours d'ophtalmo qui font attention à ce genre de choses

E2 : (en même temps) là c'est plutôt de la prévention

T2 : ça va être à toi de l'envoyer chez l'ophtalmo en disant attention les verres progressifs tu peux même peut être l'appeler car si en tant que patiente elle te propose des verres progressifs

Sans doute se représenter les difficultés d'une personne est ce déjà une marque d'incorporation de son agir professionnel et de son rôle professionnel (Jorro, 2016). Par un jeu de réduction du degré de liberté dans l'exercice et une monstration de Brigitte (Bruner, 1981), Bernard parvient à s'engager dans l'action et à poser quelques questions fonctionnelles à la patiente :

T2 : *hop tu vas y arriver alors bouge pas je baisse la table je dérange delphine alors tu en tires quoi déjà de ce changement de position*

E2 : *ben que c'est difficile*

T2 : *quelles questions dans sa vie de tous les jours elle va retrouver ce type de difficultés ce sont ces questions qu'il faut que tu lui poses toi en tant que kiné il faut que tu saches ce que tu vas pouvoir l'aider à améliorer*

E2 : *bon ben du coup pour sortir du lit c'est difficile est ce que vous avez*

P2 : *non ça va*

E2 : *vous prenez combien de temps pour le faire*

P2 : *oh ben 5 minutes à peine*

E2 : *d'accord*

T2 : *tu as un perroquet éventuellement au-dessus de ton lit*

Cependant la difficulté à entrevoir les déficiences fonctionnelles de la patiente ne lui permet pas d'approfondir son questionnement, et de « creuser » plus avant les réponses de Brigitte. C'est en fin de séance que se présente l'exemple le plus criant de son inadaptation à la situation de la patiente quand il propose un exercice d'équilibre avec enjambement de plots alors que Brigitte avait signalé en début de séance qu'elle ne tenait pas debout sans son déambulateur.

E2 : *en prenant des exercices progressifs en progression*

T2 : *on en revient au (rire de Béatrice) vas-y faut que tu te lances*

E2 : *alors ça va être XXX alors on peut commencer par des obstacles des petits obstacles*

P2 : *ouais*

T2 : *vas-y tu proposes et après on discute Brigitte tu as droit ben tu discuteras après et tu vas donner ton avis*

E2 : *hum*

T2 : *des obstacles petits obstacles petits*

E2 : *oui très petits pour voir si elle y arrive si elle n'y arrive pas on peut faire sans on peut commencer sans aussi*

T2 : *tu lui fais faire dans quel but*

E2 : *ben mon but ça va être quoi va ça va être euh ben de travailler la marche*

T2 : *oui mais quoi dans la marche*

E2 : *le déroulé du pas le pas antérieur le pas postérieur*

T2 : *hum le problème c'est que quand elle passe un obstacle*

E2 : *hum*

T2 : *son problème principal cela ne vas pas être le déroulé du pas*

E2 : *non ça va être la déséquilibration*

P2 : *ça va être simplement le fait d'avoir à lever le pied suffisamment haut*

E2 : *c'est le fait d'avoir aussi à travailler le psoas et quadriceps en renforcement musculaire*

T2 : *ouais*

A l'image de ce que décrit Kunegel (2011) chez les apprentis mécaniciens, quand ce dernier voit une succession de pièces détachées alors que le mécanicien maître d'apprentissage voit une voiture. Peut-être, l'étudiant en kinésithérapie voit-il une succession de muscles, alors que le

kinésithérapeute tuteur voit une personne. Est-ce avoir l'œil clinique, le regard kinésithérapique ?

E2 : ben je la travaille en avec elle debout et assis donc je peux faire des manœuvres de déséquilibre pour qu'elle travaille sa XXX non sa posture je peux lui demander d'ouvrir ses épaules pour bomber le torse pour qu'elle n'ait pas cette attitude vicieuse en enrôle sur elle-même

T2 : XXX alors je pense que Brigitte va te le dire tout de suite

P2 : je vais me casser la figure

T2 : tu ne l'as pas testé debout sans le déambulateur tu veux bien te mettre debout sans déambulateur

Brigitte : avec une aide oui

T2 : voilà elle a déjà u mal debout à tenir debout sans personne là elle se débrouille toute seule ce n'est pas si mal mais c'est un effort n'est-ce pas c'est un effort

E2 : hum

T2 : tu ne vas pas en plus aller la déséquilibrer parce que là effectivement elle a raison tu la jettes par terre là

À travers cette séance, il peut être perçu toute la difficulté de la situation d'apprentissage sur un lieu d'activité productive. Cette séance est-elle reproductible ? Est-elle une réalité quotidienne pour Béatrice ou une séquence spécialement créée pour notre travail ? Peut-on faire un raisonnement clinique sans connaissances préalables et sans maîtrise technologique ? Celui-ci n'est-il pas un incessant va et vient entre savoirs théoriques, savoir acquis, savoirs expérientiels du thérapeute, savoirs construits dans l'instant de la rencontre ?

T2 : il y a quand même des grosses choses ou tu es passe à côté c'est la vie de la patiente
E2 tu ne lui as pas demandé ou elle vivait comment elle vivait comment elle travaillait enfin elle t'a dit qu'elle travaillait plus quand elle travaillait ce qu'elle faisait tu ne lui as pas demandé justement les histoires de fauteuil justement si elle en avait si avant elle n'e avait pas tu ne lui as pas demande si une auxiliaire de vie vient l'aider pour ses activités

E2 : j'y ai pensé mais je n'ai pas demandé

Tous les patients sont-ils aussi compliants que Brigitte à entendre des erreurs d'appréciation et de connaissances et « subir » des gestes « mal adaptés » ? Comment se passerait la suite de la relation thérapeutique si Bernard devait demain prendre en soin la patiente ? Y aurait-il une alliance possible ?

T2 : Brigitte elle est arrivée à un âge ou c'est plus de la rééducation elle a en fait mais il faut qu'elle soit l'impression que cela lui apporte quelque chose soit cela lui apporte un confort soit cela lui apporte une sécurité supplémentaire soit cela lui apporte une capacité parce que pour l'avoir vu évoluer sur les mois de sa prise en charge elle a évolué chose qu'elle a amélioré en particulier sur sa posture elle est beaucoup moins penchée avant elle se levait elle se mettait comme ça il faut vraiment que tu arrives à cibler sur des choses qui puissent concrète qui puissent lui servir

Quel impact sur la patientèle du cabinet ? Quel effet sur l'étudiant ? La situation a-t-elle été un espace de développement pour l'étudiant ? Quelle construction de sa professionnalité ?

14.2.4 Le « hum » face à la mise à disposition d'informations caractéristiques de la situation.

L'hétéroconfrontation de Béatrice et Bernard à la vidéo de leur séance s'est déroulée le même jour, pendant la pause repas de Béatrice, elle a duré 1 heure 20 minutes. La consigne était « *Nous allons regarder ensemble la vidéo de votre séance. Lorsque vous souhaitez commenter un moment qui vous semble important, nous arrêtons la vidéo, vous choisissez, comme vous voulez* ». Le chercheur est peu intervenu pendant cet échange dominé à environ 65 % par les propos de Béatrice, le reste par les propos de Bernard. Béatrice a été dans un rôle d'étayage, au sens de Bruner (1981), en mettant à disposition de nombreuses informations caractéristiques de la situation. Elle termine la séance par une séquence d'évaluation jugement et de pistes à explorer pour Bernard, faisant de cette séquence une mesure de la progression de sa compétence professionnelle au cours du stage. La répartition du temps de parole se trouve à la figure 27.

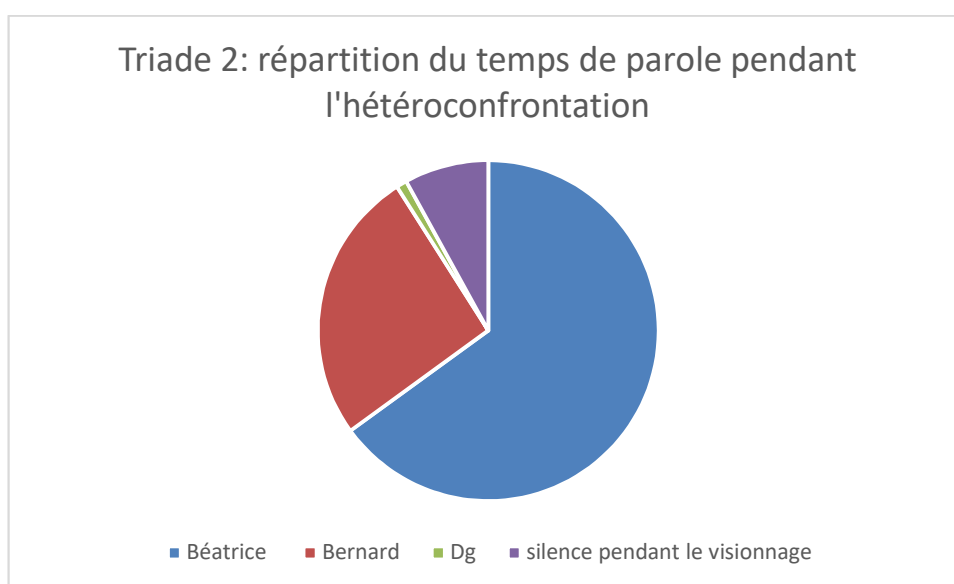


Figure 27: Répartition du temps de parole lors de l'hétéroconfrontation de la triade 2

De nombreuses thématiques ont été abordées dont la mise à disposition d'informations décisives, le corps du professionnel, les ressources pragmatiques. (Figure 28.)



Figure 28: Éléments de discours de l'hétéroconfrontation de Béatrice et Bernard

A priori, la veille de « l'exercice », Bernard, sans doute, un peu inquiet a demandé à Béatrice la thématique du cas clinique de la patiente pour « réviser un peu »

T2 : *alors là tu les as faits les cours de neuro ?*

E2 : *Ben oui mais je suis tellement décalé dans les partiels c'est pour cela hier je t'ai demandé s'il fallait que je révise un truc peut être que cela aurait été bien*

T2 : *Non l'intérêt c'était que tu fasses avec les connaissances que tu as justement*

E2 : *Ah ouais c'est grave de ne pas préparer pour moi personnellement je ne me sentais pas prêt à*

T2 : *Oui mais tu ne vas pas toujours avoir des patients qui vont arriver*

A la demande d'explicitation « vous ne vous sentiez pas prêt ? » Bernard exprime un jugement sur la production de son service, (Piot, 2009), indicateur de développement professionnel. Il exprime une vraie difficulté à relier les éléments. Il déplore être encore dans une démarche analytique, mais ne faut-il pas être d'abord dans le système 2 avant d'automatiser la procédure et passer en système 1 (Kahneman, 2012) Il exprime un sentiment personnel de faible efficacité (Bandura, 2007) et utilise son registre intersubjectif des compétences communicationnelles. (Piot, 2015)

E2 : *Ben oui dans le sens où de base je suis de nature à être pas très sûr de moi même si je sais des choses voilà on vient sur la compilation je sais des choses j'arrive à les mettre en œuvre ou pas souvent mais le problème c'est que je suis trop dans mon truc genre faire ça puis ça puis ça et je ne vois pas l'ensemble en fait*

Aussitôt Béatrice établit un jugement pédagogique, une évaluation jugement, en se basant sur le modèle du superviseur clinique.

T2 : *Tu es tellement parti dans tes cases*

E2 : *Hum*

T2 : *que tu n'en arrives pas à voir Et le problème c'est que même quand tu es dans une case tu as l'appréhension de voir tout ce que tu as à faire derrière et*

E2 : *Hum*

T2 : *Et du coup tu te coupes même la possibilité de bien faire ce que tu sais faire parce que le problème qu'il se passe la plupart du temps tu sais faire mais comme tu te dis derrière je vais avoir ça ça ça et je ne sais pas ben du coup ça te bloque déjà même sur la partie que tu sais déjà faire et c'est dommage en fait*

Béatrice étaye alors son jugement. Elle souhaitait faire de cette expérience un temps de prise de conscience et de mise en situation.

E2 : *C'est clair je pense qu'il faut que je continue à travailler et du coup je pense que c'est une bonne expérience cela*

T2 : *Ouais c'est pour cela*

E2 : *Je me suis mis en situation*

T2 : *C'est pour cela que je ne voulais pas que tu aies potasser ton cours sur le syndrome pyramidal et l'ataxie cérébelleuse etc. d'une part parce que je voulais voir ce qu'il t'en restait ce que tu en avais compris et d'autre part parce que je voulais aussi que tu arrives à te débrouiller en utilisant les bases les bases de toute façon tu les avais ce n'est pas si mal xxx d'accord*

Béatrice s'interroge sur le contenu vu en cours, et s'étonne de sa faible connaissance du syndrome pyramidal, elle utilise les techniques de remédiations pour l'erreur de type 1 du raisonnement clinique (Audetat, 2011). Elle fait un commentaire généralisant sur la situation (Kunegel, 2011) et sur le niveau d'exigence à atteindre.

E2 : *non au final parce qu'après on a eu plein de cours de traumatisme après on a enchaîné direct sur la neuro et j'ai bien révisé la traumatisme enfin tu vois c'est juste que dans mon parcours je n'ai pas eu le temps d'assimiler les choses en fait*

T2 : *oui mais ce n'est pas parce que tu es en train de réviser la traumatisme par exemple que cela ne te permet pas*

E2 : *en même temps ça c'est clair*

T2 : *d'acquérir des notions de neuro à côté je veux dire*

E2 : *hum hum*

T2 : *il faut que tu arrives au niveau*

Bernard a bien conscience de sa non-intégration des connaissances élémentaires, puisqu'il propose de couper le visionnage de la vidéo. Il a la capacité de réaliser une autoévaluation pertinente. Il fait appel à son « je réflexif » (Vinatier, 2013)

T2 : *sur le syndrome pyramidal vous n'avez vraiment rien fait du tout à l'école ?*

E2 : *ben si si ben en td pas trop mais en cm oui et puis même en TP moi enfin ça va me je me souviens plus des cours de neuro périph que de cours en td je trouve que l'on a plus fait de neuro périph que de neuro centrale*

T2 : *la neuro centrale c'est quand même une partie importante*

E2 : *si on a fait les AVC et on l'a eu en évaluation oui en partiels mais moi je ne suis pas très je n'ai pas intégré je n'ai pas pas correctement intégré les notions*

E2 : *c'est un peu limite*

Malgré ses difficultés, Bernard a la capacité d'analyser sa prestation

E2 : *ouais on peut couper je pense*

T2 : *Pourquoi*

E2 : *ben ça ne sert à rien*

14.2.5 . « Sortir de la théorie du tiroir scolaire pour passer à la vraie vie »

Béatrice estime que la démarche de Bernard est trop scolaire, trop analytique. Cependant celui-ci n'est pas encore en capacité de construire le problème du patient (Fabre, 2009), de se représenter la situation. Il ne parvient pas à prélever les indices pour constituer son enquête (Dewey, 2004). Cependant, pour construire le problème ne faut-il pas passer par un stade analytique de distinction des différents éléments pour mieux les relier ensuite du fait de son statut de novice, qui raisonne analytiquement en utilisant son système 1 (Kahneman, 2012 ; Nendaz, 2014). Face aux demandes d'explicitation de Béatrice, il parvient à mobiliser ses connaissances fondamentales, mais il ne parvient pas à les transposer sur la patiente. Comme s'il ne parvenait pas à déchiffrer la patiente alors qu'il maîtrise les signes. Compte tenu de sa non-appréhension du contenu théorique, de sa non-conceptualisation des données, comment peut-il comprendre le signe clinique, et le voir ? Sans doute sommes-nous dans la situation décrite par Gausse (2015) pour l'apprentissage de la lecture : apprendre les signes cliniques pour lire le patient, lire les signes cliniques pour apprendre le patient.

Bernard n'est pas en mesure d'apporter une solution adéquate au problème de santé de la patiente. Comment cette patiente a-t-elle ressenti cette situation ? Comment s'est-elle sentie prise en considération pendant cette séance qui semble interminable ? A-t-elle ressenti un bénéfice à ce soin ? Se pose ensuite le problème de la confiance dans la relation thérapeutique si Bernard avait dû poursuivre de la prendre en soin. Connaissant ses limites de compréhension de la situation et de connaissances, comment aurait-elle pu faire alliance avec lui en toute confiance ? Comment Bernard a-t-il vécu cette situation ? Cette première séance a-t-elle été une situation potentielle d'apprentissage pour lui. La tutrice n'a-t-elle pas placée la « barre trop haute » par rapport aux compétences de l'étudiant ? N'a-t-elle pas situé la situation clinique à la limite de la zone extérieure de développement (ZED) de l'étudiant ? Si l'étudiant avait révisé ses notions la veille, aurait-il eu les mêmes résultats ? Sans doute étions nous face à une activité constructive lors de cette situation.

14.3 La triade 3 ou « alors après je fais quoi ? »

La rencontre de la triade 3 a eu lieu en avril 2016. Christian a créé ce cabinet libéral il y a quelques années, sur le modèle d'un centre de rééducation. Ce grand cabinet multidisciplinaire regroupe de nombreux professionnels de santé : kinésithérapeutes, podologues, infirmières, sage-femme, psychomotriciens, psychologue. Christian intervient en tant que formateur dans un IFMK, il enseigne la rhumatologie en kinésithérapie. Il n'a pas de formation complémentaire en sciences de l'éducation, si ce n'est son expérience vécue. En revanche, il poursuit un cursus canadien en thérapie manuelle.

Christophe est un étudiant de troisième année qui effectue, dans une démarche volontaire, un stage supplémentaire dans son parcours de formation clinique. Ce stage ne sera pas évalué, les enjeux institutionnels sont donc faibles. Il a choisi ce lieu de stage et ce tuteur.

Corentin est un adolescent de 15 ans qui a accepté après accord parental de participer à ce travail, sous conditions d'avoir une « vraie » séance et de ne pas être lésé dans son traitement de rééducation.

14.3.1 Christian : « le superviseur clinique réflexif »

Christian est diplômé depuis 2000. Il a encadré de nombreux stagiaires depuis 16 ans et il coordonne au sein de son cabinet le parcours des stages des étudiants. Il a mis en place une organisation particulière au sein de sa structure, organisée alors comme une communauté d'apprentissage (Cristol, 2017), avec la présentation de topo par les professionnels ou les étudiants à destination de l'équipe chaque semaine, la mise en situation professionnelle régulière, ainsi que la concertation entre référents au sujet du tutorat des étudiants.

L'entretien a duré 23 minutes, il s'est déroulé en avril 2016, dans un bureau au calme, au niveau de la mezzanine réservée à la salle de repos des kinésithérapeutes. L'entretien n'a pas été interrompu. 90 % du temps de parole a été assuré par le tuteur. Christian parle avec un fort débit de paroles, son jargon est professionnel. Il ne semble pas s'adresser à une chercheuse mais à une collègue. Christian a abordé spontanément plusieurs thèmes : la difficulté du tutorat, les jugements pragmatiques qu'il pose sur la situation, son modèle de progression (figure 29).

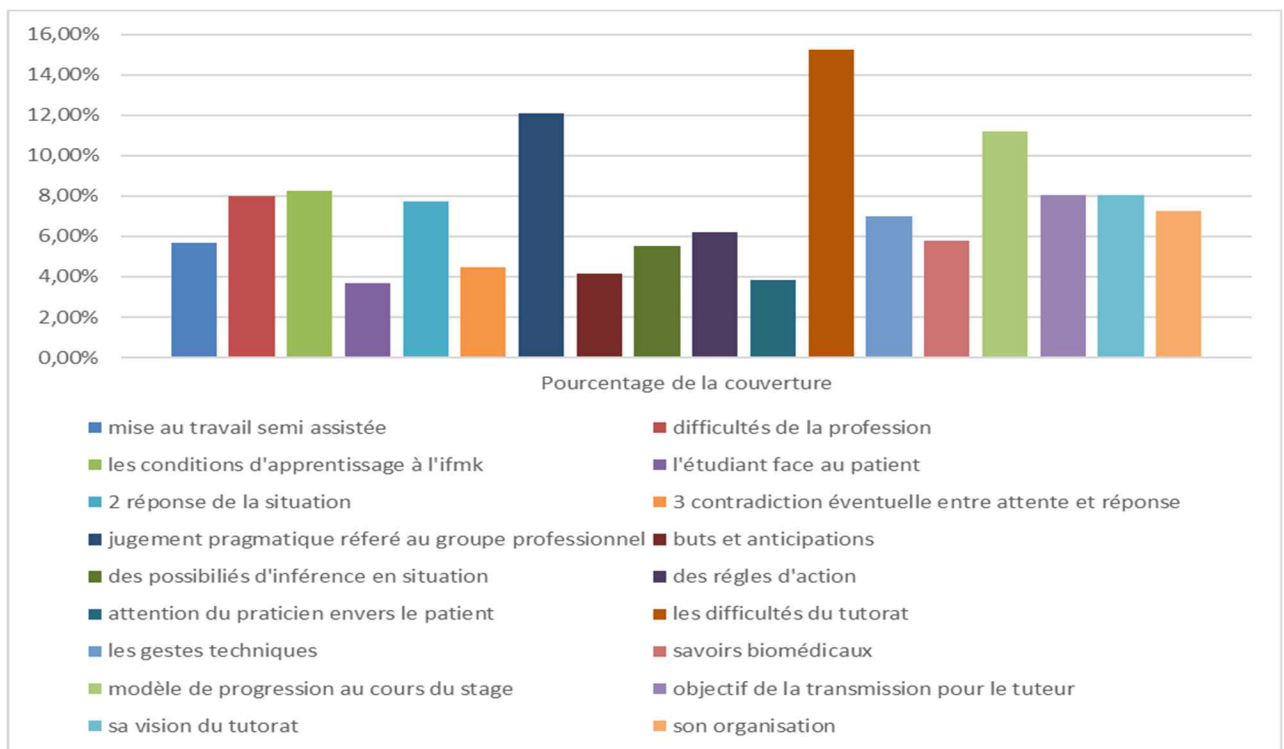


Figure 29: Éléments du discours de l'entretien de Christian tuteur 3

Christian a construit avec l'expérience un modèle de progression de l'étudiant pour lui permettre de distinguer les tâches qu'il peut lui attribuer. (Brousseau, 1998) : Christian a identifié des connaissances qu'il estime indispensable à maîtriser avant de confier les patients.

T3 : il observe on observe il pose des questions on lui pose des questions et en fonction des connaissances que l'on estime qu'il a acquis ou pas on lui confie en général des patients.

Ce modèle de progression est basé sur plusieurs temps : un temps d'observation, un temps de questionnement théorique sur les données anatomo-biomécaniques, un temps de questionnement pratique sur les tests cliniques et leur interprétation, avant le temps de réalisation pratique :

T3 : pour les stagiaires en général ceux qui pratiquent le plus ce sont les deuxièmes années eux c'est simple je commence par de l'anatomie questions d'anatomie la première semaine, biomécanique ensuite et on pose des questions simples de bilan on voit très vite si le stagiaire connaît ou pas.

Christian a modifié l'une des habitudes professionnelles, transmise de pairs en pairs, de réaliser la première séance en une demi-heure.

T3 : en général nos séances durent une demi-heure, mes collègues en général la première séance ils font une demi-heure ils font une ébauche de séance et leur bilan moi ma

première séance je prends une heure je fais un bilan de 40 45 minutes et je fais sur le reste le traitement je fais surtout un bilan.

Christian insiste sur l'importance pour l'étudiant d'assister à la première séance d'un patient :

T3 : ben ça lui permet de voir il a la vision globale le problème si l'on prend une demi-heure, cil arrive on a le diagnostic du médecin donc si c'est un diagnostic ferme, pour une fracture par exemple c'est assez simple, mais si sa plainte c'est une douleur, le médecin va marquer rééducation pour une région douloureuse mais il n'y aura pas de diagnostic donc il va falloir faire un diagnostic et évaluer la douleur donc ça ça prend beaucoup de temps et ça en une heure c'est bien surtout qu'il y a plein de tests à faire c'est là où cela peut être intéressant pour le stagiaire pour essayer de mettre en œuvre toute sa batterie de tests et voir comment il arrive au diagnostic kiné.

Christian fait de son diagnostic kinésithérapique un outil de communication avec le médecin, conformément au texte réglementaire de la profession de 2002. Il distingue ses objectifs et ses hypothèses. Cette énumération, qui semble dans un ordre contradictoire avec les étapes du raisonnement clinique décrites par Charlin (2012), est-elle liée au discours oral ou reflète-t-elle la réalité de son activité ?

T3 : un diagnostic kiné c'est difficile en général ce que l'on fait on fait son bilan kiné sur deux séances et on affine son diagnostic kiné sur deux séances moi je préfère tout faire d'une traite comme ça à la fin de mon bilan je marque mes objectifs et mes hypothèses et l'avantage de faire ça c'est que si je fais un courrier au médecin très rapidement je me base sur la première séance où j'ai tout marqué cela m'évite d'avoir une feuille volante à la fin de la séance j'ai plus qu'à scanner la feuille avec l'ordonnance scannée comme ça c'est dans l'ordinateur tout de suite si tu fais en deux fois il faut rechercher faut c'est problématique.

Christian emploie un mot fort « *je milite* » et précise aussi l'importance de la confiance à donner au patient, comme dans tout métier du lien. Sa pratique n'est pas seulement basée sur les tests de l'*évidence base practice* (Gedda, 2017), mais aussi sur des compétences de communication (Aper, et al., 2015) et de raisonnement narratif du patient. (Higgs, Jones, Loftus, & Christensen, 2008)

T3 : oui parce que je milite pour qu'il fasse cela après du coup je leur montre que c'est beaucoup plus confortable pour le patient et le kiné parce que du coup après le patient on le rassure de donner des conseils ça permet de le voir y a plus de choses qui sont plus du ressenti du kiné que des tests à proprement parler et pour le ressenti il faut discuter avec son patient donc discuter en une demi-heure ce n'est pas facile sans compter la partie administrative.

Christian insiste sur la différence entre son diagnostic et le diagnostic médical. Il rejoint ainsi la vision de Boyd avec ses différents diagnostics fonctionnels à réaliser. (Boyd, 2011)

T3 : en général le patient arrive avec une pile d'examens complémentaires qu'il veut absolument que l'on examine ça je le mets toujours de côté je le fais à la fin si j'ai le temps et puis cela évite de me faire influencer sur mon diagnostic (silence).

Christian explique ensuite toute la difficulté de cette première séance, à réaliser avec l'étudiant, car cette première séance va conditionner la crédibilité et la confiance du patient vis-à-vis de l'étudiant. (Aper, Reniers, Derese, & Veldhuijzen, 2014). Très vite, Christian met l'étudiant en situation semi-assistée (Kunegel, 2011) en tenant compte de son niveau, de sa zone proximale de développement, de la dévolution possible (Brousseau, 1998)

T3 : alors si c'est un étudiant qui est fort je l'interroge tout de suite j'évite de le mettre en porte-à-faux vis-à-vis du patient sinon après ce n'est pas bon après pour le patient et ce n'est pas bon pour le stagiaire car du coup il n'a plus de crédibilité il n'a pas de confiance donc en fonction de la question que je lui ai posé et de son niveau s'il est bon si je vois qu'il est très fort je l'interroge directement sur un test, si je sens que ça risque de coïncider sinon je lui montre le test d'abord je lui demande de le refaire après et je lui demande ce qu'il en pense.

Christian a basé son modèle de progression sur une gestion des risques possibles. Il vise une réduction des risques potentiels. Il anticipe à chaque séance ce qu'il va faire avec l'étudiant et le patient, en tenant non seulement compte de son étudiant mais surtout de son patient, de sa pathologie et de sa compliance à l'étudiant.

T3 : je fais deux approches différentes donc là par exemple Christophe si après on va le voir sur un rachis après il y a un test que je leur ai montré en cours et que j'ai fait plusieurs fois en TP je ne vais pas lui remontrer sur le patient et je vais lui demander de me le faire.

Cependant à aucun moment il ne lui permet de réaliser de bilan avec un patient qui vient pour une première fois, il s'agit toujours d'un patient déjà rencontré.

T3 : on lui confie en général des patients après des patients qu'il a forcément vu avec nous un patient à qui il fait un bilan avec nous et après il les voit forcément seul de son côté pour faire un bilan qu'il nous présente et ensuite il le prend en charge seul après notre séance en plus de nos séances au début il fait des gestes sous notre surveillance après il fait une séance complémentaire.

Cette situation diffère de la triade précédente où la première rencontre était une rencontre unique, support d'une évaluation. Ici, il s'agit d'une rencontre qui va se renouveler. Christian se préoccupe là à la fois de sa patientèle qu'il doit fidéliser, et de son étudiant qu'il doit étayer. Les étudiants ne sont donc pas confrontés dans la découverte de la première rencontre, à l'inquiétante étrangeté comme l'a été Bernard. Cela rejoint ce que signale Kunegel (2011), sur les activités diagnostiques, qui seront faites par l'étudiant quand il sera enfin positionné en situation de responsabilité, comme s'il s'agissait d'un rite de passage. Sans doute y a-t-il des

paliers dans la compréhension du patient, comme dans les étapes du raisonnement clinique. La capacité à réaliser des tests, à les « sentir » puis à les interpréter semblent être une étape. L'interprétation des résultats intervient dans les erreurs de type 3 (Audetat, 2011). La non-acquisition du « répertoire sensitif commun professionnel » (Olry, 2015) participe aussi de cette erreur de raisonnement clinique. Comment interpréter ce que l'on ne sent pas et que l'on ne peut pas comparer avec une norme professionnelle haptique ? Ainsi, dans l'exemple donné par Christian, l'étudiant n'a jamais rencontré de personnes présentant un genou l'axe. Il ne parvient pas faute de références et de référentiel sensitif à se positionner sur le résultat du test. Interpréter le test clinique demande d'avoir déjà une référence sensitive pour se faire son idée, pour la confronter aux scripts cliniques, aux variables biologiques des archétypes des genoux. Sans doute manque-t-il encore d'habiletés gestuelles et d'incorporation de la norme professionnelle (Mayen, 2015). Dans ce contexte, il ne peut prendre une décision clinique, non par faute de raisonnement, mais par défaut haptique. Le raisonnement clinique est aussi centré sur la mise en relations de sensations corporelles, d'incorporation de données biomécaniques et physiologiques. Les modèles de Charlin (2012) et Audetat (2012) n'ont pas pris en compte cette donnée haptique, cœur de l'identité professionnelle du masseur kinésithérapeute. Cette non-acquisition semble un véritable frein à la décision clinique. Cela nous interpelle sur l'apprentissage du raisonnement clinique qui est régulièrement réalisé en situation de simulation avec des patients acteurs : Comment aident-ils à l'acquisition haptique ?

T3 : en général je l'interroge sur les premiers gestes de bilan qu'il trouverait important qu'est-ce qu'il en déduit la tout à l'heure avec Christophe on a vu un genou je lui ai demandé quels tests pratiquer il connaissait bien les noms après les pratiquer il m'a dit qu'il préférerait faire celui-là que celui-là je lui ai demandé pourquoi il préférerait faire celui-là que celui-là il m'a dit qu'il savait mieux le faire et là où il a eu du mal c'est sur l'interprétation du test il savait le faire je lui ai demandé côté le moi il savait pas là j'ai vu qu'il manquait de pratique par rapport à ça

Dg : c'est-à-dire ?

T3 : il a vu le test on lui a appris à l'école de mesure du glissement après à savoir si ça glisse beaucoup pas beaucoup ça il ne le savait pas il avait du mal à se positionner

Dg : et comment tu sais ça qu'il avait du mal ?

T3 : parce que je lui ai demandé alors tu de me coter ça en croix trois croix ça bougeait beaucoup deux croix moyennement une croix ça bougeait un peu zéro croix ça bouge pas du tout alors tu l'aurais cote à combien il m'a dit je ne saurai pas coter mais c'est difficile cela suppose qu'il ait déjà vu un genou laxé qui se soit rompu mais lui tous les genoux qu'il a vus il m'a dit ce sont des gens opérés de leur croisés

Christian poursuit son explicitation de la difficulté à encadrer les étudiants et aussi en fonction des instituts de formation, en raison des déficiences de connaissance, et la non-acquisition du processus d'enquête, qui empêche la formulation d'hypothèses diagnostiques, erreurs de type 2 et 3 selon la typologie de Audetat (2012). Ces déficits de connaissances seraient ils liés à

l'évolution du rôle social de la profession ? L'enquête que détaille Christian est-elle une démarche « classique » ou une démarche importée du Québec. Certains instituts seraient-ils déjà inscrits dans une vision « ingénieur méthode » alors que d'autres seraient encore dans une vision « applicatrice de méthode » ? Cela pose aussi le niveau des connaissances nécessaires à acquérir en formation initiale pour raisonner de façon efficiente.

T3 : c'est déroutant parce que l'étudiant vient en stage et il n'a pas les outils et il arrive lui ce qu'on lui a appris c'est masser c'est mobiliser mais il ne sait pas quand

Dg : il ne sait pas quand ?

T3 : c'est-à-dire qu'un patient a mal il va le masser sur la zone douloureuse il voit que c'est raide il va mobiliser mais il ne va pas chercher est ce que la raideur est source de douleur il se pose pas la question si le patient a mal au regard d'une articulation le problème pour lui c'est forcément l'articulation ça ne peut pas être un muscle à distance ça ne peut pas être une douleur projetée cela ne peut pas être un problème neuro-méningé ça ne peut pas être en général la réponse c'est ah oui on nous a dit que le neuro-méningé ça existait mais c'était des formations complémentaires à faire après

Pour Christian, ce raisonnement à acquérir permet aussi de différencier le traitement en fonction de la clinique du patient, et non seulement en fonction de sa pathologie. Ce courant semble devenir prégnant en recherche clinique (Reychler, 2018).

T3 : ben sinon il va voir le patient qui va arriver on lui dira bon ben ton patient il a une pathologie du coude ben il dira sur le coude ben je sais faire le renforcement de tel muscle le gain dans telle amplitude faire telle levée de tension du coup il va faire ses trois techniques à tous les patients qui viendront pour un coude le souci c'est que l'on peut avoir un souci articulaire un problème musculaire un problème tendineux un problème neuro-méningé et ça ce n'est pas le même traitement kiné [...] Et du coup c'est pas la même efficacité si on fait le même traitement à tout le monde donc l'objectif c'est qu'il soit efficace pour son patient

Christian construit le parcours de stage en fonction des souhaits des étudiants, les obligeant ainsi à se projeter et à définir leurs objectifs.

T3 : voilà et puis sinon après sur la pratique des étudiants je m'oriente souvent sur ce qu'ils ont envie de faire quand ils viennent là souvent je leur demande en général ce qu'ils ont envie de voir comme patient et puis en fonction de ce qu'ils ont envie de voir ils peuvent passer d'un kiné à un autre alors ça ce n'est pas très réglementaire chez vous mais.

Il cherche à individualiser le stage de l'étudiant au sein de son cabinet. Les étudiants seraient plus demandeurs d'une approche centrée sur la pathologie et la technique à réaliser et que d'une approche raisonnement. A moins qu'il ne s'agisse de l'utilisation du mode iconique, l'une des trois portes d'entrée des représentations d'après Bruner, (Lescouarch, 2018, p. 234)

T3 : du coup il suit les patients qui lui paraissent intéressants pour sa pratique c'est sûr que faire marcher un petit patient qui a eu une prothèse de hanche ou qui est en fin de rééducation d'une ligamentoplastie je ne trouve pas ça très intéressant au niveau

kinésithérapique et technique eux ils ont envie de voir des choses techniques compliquées pour se projeter dans le futur du coup ils ont envie de voir.

Les questions de l'étudiant peuvent mettre à l'épreuve voire en défaut, les ressources d'analyse réflexive du tuteur (Piot, 2009). Celui-ci peut alors se retrouver en difficulté vis-à-vis du patient et vis-à-vis de l'étudiant. Attitude qui peut être un frein à la prise en charge de stagiaire par crainte d'insuffisances de connaissances devant le patient. La présence de cette tierce personne, sujet, et non objet modifie les rapports, contrairement à ce qui se joue dans les situations de simulation.

T3 : c'est gênant parce qu'un stagiaire un stagiaire il pose des questions du coup il faut répondre au stagiaire le patient il entend la réponse donc ça veut dire faut une réponse qui aille bien au stagiaire et au patient et c'est pas forcément toujours compatible et le stagiaire quelque part quand il pose des questions il s'en rend pas compte mais il teste les connaissances du thérapeute et il teste la réponse du thérapeute et si la réponse du thérapeute elle ne lui convient pas en général il le dit et il peut mettre le kiné en porte-à-faux par rapport à son patient et il peut mettre le kiné en porte-à-faux vis-à-vis de ses connaissances et de ses manques tous les kinés ne sont pas performants partout du coup.

Pour Christian, l'objectif du stage est la confrontation à des vrais patients et aux signes cliniques fonctionnels réels, qui ne peuvent pas être reproduits en situation de TP, même si toutes les techniques sont déjà pratiquées entre collègues étudiants à l'IFMK.

T3 : ils viennent pour transposer ce qu'ils ont vu en théorie et en pratique sur des sujets sains à l'école sur des sujets pathologiques je pense [...] C'est difficile parce que l'on ne peut pas reproduire à l'école une limitation du rachis ou une douleur à la mobilisation du genou je pense que c'est pas facile à reproduire à l'école et que sur un patient c'est quand même plus intéressant et puis il y a toute la relation soignant-soigné qui n'est pas la même à l'école ils sont compliants c'est les étudiants entre eux là c'est plus difficile ben il va voir qu'au début par exemple un patient il a du mal à se déshabiller qu'il a du mal à se laisser faire qu'il a une appréhension qu'il a des doutes qu'il a des questions qu'il a des fausses croyances il va voir qu'il y a aussi beaucoup d'intervenants qui interviennent auprès du patient et qu'ils n'ont pas le même discours forcément que le thérapeute .

Cette remarque a déjà été avancée par Bernard lors de l'hétéroconfrontation T2E2, concernant la difficulté de passer d'un geste technique entre étudiants à la gestion d'une séance avec le patient (Aper, Reniers, Derese, & Veldhuijzen, 2014).

Christian se situe dans le modèle du superviseur clinique décrit par Audetat. (Audetat, 2011). Chacun réalise son raisonnement clinique et compare ses grilles de lecture. Cependant la difficulté réside dans l'objet « soin » de la séance qui n'est pas qu'une production de diagnostic comme cela est le cas en médecine. Et rappelons-le, ce modèle de raisonnement est issu du monde médical (Charlin, 2012) et comporte 4 étapes, la dernière étant l'élaboration d'un plan de traitement. Or en kinésithérapie, les techniques de bilan sont souvent mêlées aux techniques

de rééducation. Comment passer la main à l'étudiant sans préjudice d'efficacité pour le patient (Kunegel, 2011) ? Quand l'étudiant réalise-t-il ses gammes thérapeutiques si lors du stage cela est difficilement réalisable, alors que dans la « réingénierie », la place du stage est devenue importante ? Sans doute manque-t-il une typologie d'erreur dans le modèle de raisonnement clinique pour l'étape de réalisation technique ? Élaborer un plan de traitement (étape 4) semble différent de mettre en œuvre les techniques choisies et les réaliser de façon efficiente, pour parvenir à la compétence clinique. (Michels, Evans, & Blok, 2012)

T3 : je commence par l'anatomie car pour moi c'est le plus simple je suis sûr qu'ils ne peuvent pas me dire qu'ils n'ont pas eu les cours parce que souvent la première réponse c'est ah ça je n'ai pas eu les cours je commence par l'anatomie une fois que j'ai l'anatomie je leur fait de la morpho palpation je regarde après je leur fait des gestes de bilan simples des gestes de bilan en général ce sont des gestes articulaires des gestes de bilan articulaire simple gestes palpatoires simples est -ce qu'il sait repérer un muscle est-ce qu'il sait repérer je ne vais pas beaucoup plus loin je leur faire du bilan morpho-statique ça c'est facile car le patient est déshabillé je les regarde je leur demande de dire ce qu'il voit et on compare et puis après on fait de la pratique en pratique c'est plus difficile de les jauger car le patient quand il vient il vient pour un soin je suis en train de soigner le patient du coup j'ai du mal quand je fais un geste de levée de tension ou de renforcement à lui dire stop maintenant c'est le stagiaire qui va vous le faire (silence)

Christian appuie sa pratique sur les données de la recherche, selon la démarche EBP. Il utilise ses ressources d'analyse réflexive (Piot, 2015) pour gérer sa pratique et la remettre en question si besoin.

T3 : kiné ben ça sert à mettre en pratique des connaissances et un kiné normalement il fait partie d'un parcours de soins donc il s'engage à mettre en place ses pratiques en fonction des recommandations qui sont basées sur la science ce qui nous départage des autres professions qui nous concurrencent normalement style ostéopathe donc demain si on me dit que ma technique ne marche pas et que telle technique est beaucoup plus efficace et que c'est prouvée et bien à priori je la change je modifie ma pratique après cela ne suppose pas de modifier toute sa pratique parce qu'à partir du moment où l'on a une démarche de diagnostic on a vraiment un traitement qui est ciblé donc le traitement cible soit on change du tout au tout soit on affine les choses » « pour que le programme ne soit pas standardisé il faut que derrière il y ait une réflexion sur qu'est-ce que je fais à ce patient et pourquoi je le fais à lui et pas à l'autre

La démarche diagnostique pour laquelle milite Christian lui apporte une certaine réflexion et distanciation ce qui lui permet d'adapter ses traitements et de comprendre ce qu'il fait. Une posture de superviseur clinique réflexif. Qu'en pense son stagiaire ?

14.3.2 Christophe : « prendre les bonnes ficelles et les recettes magiques »

Christophe E3 est un étudiant de troisième année d'un IFMK parisien. Il effectue le dernier stage de sa scolarité. Il a choisi de réaliser ce stage optionnel en supplément de son parcours de

stage réglementaire. C'est lui qui a choisi ce lieu de stage. A cette période de l'année (25 avril 2016), il sait qu'il a validé tous ses modules et qu'il peut être présenté au diplôme d'état. Il lui reste à finaliser l'écriture de son travail écrit de fin d'année, support de la soutenance orale du Diplôme d'État de MK. Ce travail écrit doit être remis vers le 10 mai 2016. E3 est donc dans une période d'entre deux, entre la fin des évaluations modulaires et la soutenance de son diplôme d'État. C'est une période de vacances scolaires parisiennes. Ce stage n'entre donc pas dans son parcours de validation.

Christian reçoit des stagiaires tout au long de l'année ; il nous a prévenu lorsqu'il avait deux volontaires au même moment pour que nous puissions nous rendre disponible. Nous avons eu la surprise de retrouver Christophe qui avait déjà été sujet d'étude pour notre mémoire de master 2 recherche sur le thème de l'adolescence professionnelle. Il se trouve de nouveau témoin dans une recherche. Christophe est titulaire d'un DUT de génie civil et est en reconversion ici dans ses études de kinésithérapie

Christophe semble orienté vers l'appréhension d'entrée dans le métier, il a majoritairement abordé les thèmes relatifs à la vie professionnelle : sa vision de la profession, les difficultés qu'il pressent, le rôle social qu'il se donne. Faire des bilans et du raisonnement clinique ne semble pas sa préoccupation première. Son entretien a été de courte durée (15 minutes). (Figure 30)

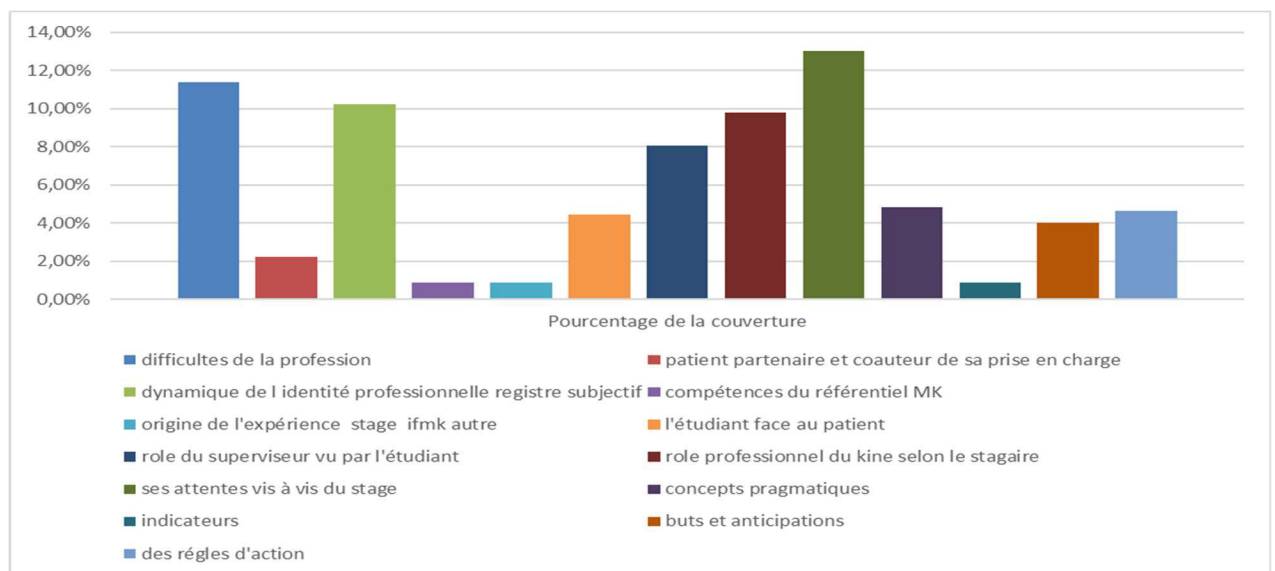


Figure 30: Éléments du discours de l'entretien de l'étudiant Christophe

Les attentes de Christophe vis-à-vis de ce stage sont de travailler ses compétences en gestion : notamment savoir gérer une séance en trente minutes.

E3 : *enrichir les connaissances enrichir voir plus ou moins la prise en charge là on est libéral voir du coup sa prise en charge sur une demi-heure d'un patient d'une pathologie quelconque et c'est toujours très intéressant de voir comment gérer son temps*

Il vient surtout profiter de l'expérience de ses confrères, car il estime avoir juste un permis d'exercer avec son diplôme, puisque, pour lui, le métier s'acquière tout au long de la vie.

E3 : *on est juste étudiant on est bientôt diplômé on n'a pas toutes les connaissances il faut être franc le boulot de kiné c'est du long terme donc on est loin d'avoir tout appris loin de tout connaître et il faut profiter de gens qui connaissent le boulot qui ont déjà de l'expérience et qui donnent les bonnes ficelles pour réussir derrière il en faut de peu pour se loucher donc*

Ce qu'il nomme « bonnes ficelles » ne sont pas les invariants opératoires de la pratique manuelle, mais ceux de la gestion des ressources d'un cabinet.

E3 : *on est quand même dans une profession libérale et moi je compte faire du libéral derrière c'est euh c'est notre gagne-pain ce sont les patients que l'on va voir dans le mois il y aura pas de problèmes là-dessus mais s'il y a une mauvaise gestion que ce soit de son cabinet de son emploi du temps de la prise en charge et cætera on se retrouve vite à faire de la mauvaise kinésithérapie de la mauvaise rééducation et ce et donc une mauvaise publicité donc on est dans un cercle vicieux qui ne va pas du coup-là si on a les bons chemins pour réussir pour parvenir là je pense que ici c'est ça vu que c'est un cabinet qui marche bien qui fonctionne bien qui est très réglo il y a j'essaie d'en prendre au maximum c'est ça les bonnes ficelles c'est de garder mon objectif de bonne rééducation .*

En tant que professionnel de santé, il ne voit pas son métier comme celui d'un acteur de santé publique avec des patients chroniques à soigner le week-end. La continuité des soins ne semble pas être sa préoccupation. Sans doute a-t-il imaginé un choix de patient.

E3 : *si je suis heureux je peux tranquillement prendre mes patients toute la semaine et ne pas être pris de burnout le week-end et de ne pas saturer [...] là on voit bien que l'ensemble des kinés sont heureux de faire ce qu'ils font que derrière tout va bien et que du coup si j'arrive à récupérer les recettes magiques je pourrai être dans la même mouvance*

Il analyse le rôle professionnel auquel il s'est identifié, se positionner dans le bien-être de l'autre, dans le prendre soin d'autrui, dans ce qui semble être, pour lui, une forme de care (Rothier Bautzer, 2017)

E3 : *ben une prise en charge qui personnellement voilà c'est ça je me suis toujours juré de faire une prise en charge honnête et pas du travail à la chaîne comme on peut entendre dire chez certains futurs confrères euh je pour moi c'est ça c'est réussir à faire une bonne rééducation j'ai toujours été dans cet esprit-là le bien-être de l'autre et si on reprend si vous avez gardé (rire) si vous avez gardé les enregistrements d'avant (rire) j'ai toujours été dans le désir de prendre soin de la personne d'aider et d'y aller donc-moi si je fais une rééducation qui aide qui facilite à la vie qu'on me dit qu'il y a du remerciement derrière pour moi c'est la réussite juste un merci derrière j'ai déjà eu cela dans mes derniers stages d'avoir quelques patients qui qui me font plein de compliments.*

Cependant quand il explicite son point de vue sur le rôle social du MK, il semble davantage mettre en avant le cure comme si tout le monde allait se rétablir et vivre normalement. L'accompagnement de la personne à maladie chronique qui risque de se dégrader fonctionnellement ne semble pas être une préoccupation

E3 : c'est être dans la rééducation et améliorer quand même la fonction de la personne qu'il puisse re-bouger comme avant qu'il puisse que l'on puisse limiter les incapacités ou on va reprendre la CIF permettre au patient et à la personne de vivre une vie comme une personne normale malgré sa pathologie ou son problème de santé.

En analysant sa prestation de service, Christophe est surtout focalisé sur la réussite du cabinet, sur sa projection dans le futur professionnel. Est-ce une façon de se rassurer face à l'entrée dans le métier ?

E3 : deux points essentiels pour la réussite à mon avis pas besoin de faire du travail à la chaîne pour bien gagner sa vie il suffit de bien faire du boulot et les patients viennent tout seul.

14.3.3 « Tu le sens ou pas »

Cette séance a duré trente minutes. Elle s'est poursuivie par des exercices complémentaires que le patient a réalisés seul ensuite, dans le gymnase. Sa prise en charge est répartie entre deux MK, en fonction des disponibilités conjointes. 70 % du temps de parole de la séance a été assuré par le tuteur selon une configuration de mise au travail semi-assistée (Kunegel, 2011) et consistait en guidage soit des opérations soit en énonciations de règles. Le patient a occupé environ 10 % du temps de parole, le reste étant réalisé par l'étudiant. (Figure 31).

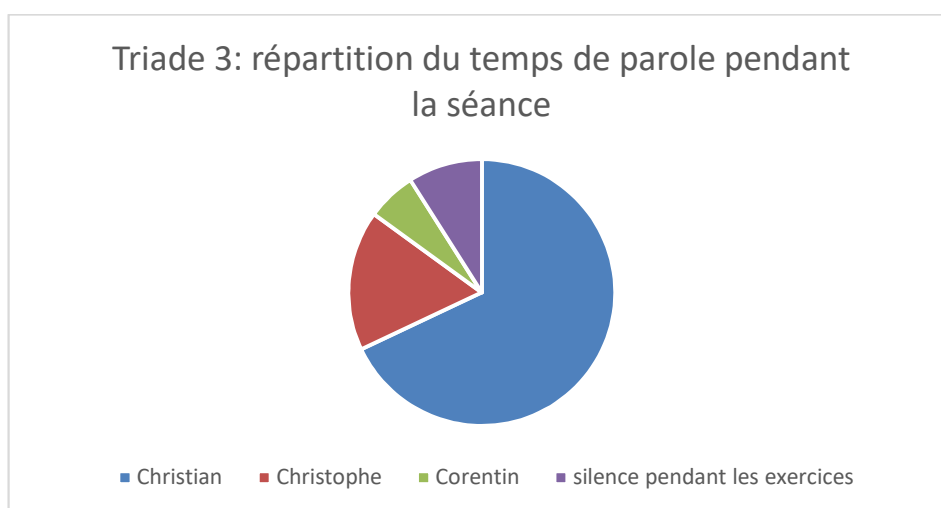


Figure 31: Répartition du temps de parole pendant la séance de la triade 3

Il est retrouvé, aussi, comme dans la séance de la triade 2 une alternance dans le déroulement de la séance : des temps majoritaires de dialogue tuteur-étudiant, des temps isolés de parole

kiné-patient, et des temps très minoritaires de dialogue étudiant-patient voire étudiant-patient-tuteur. (Figure 32)

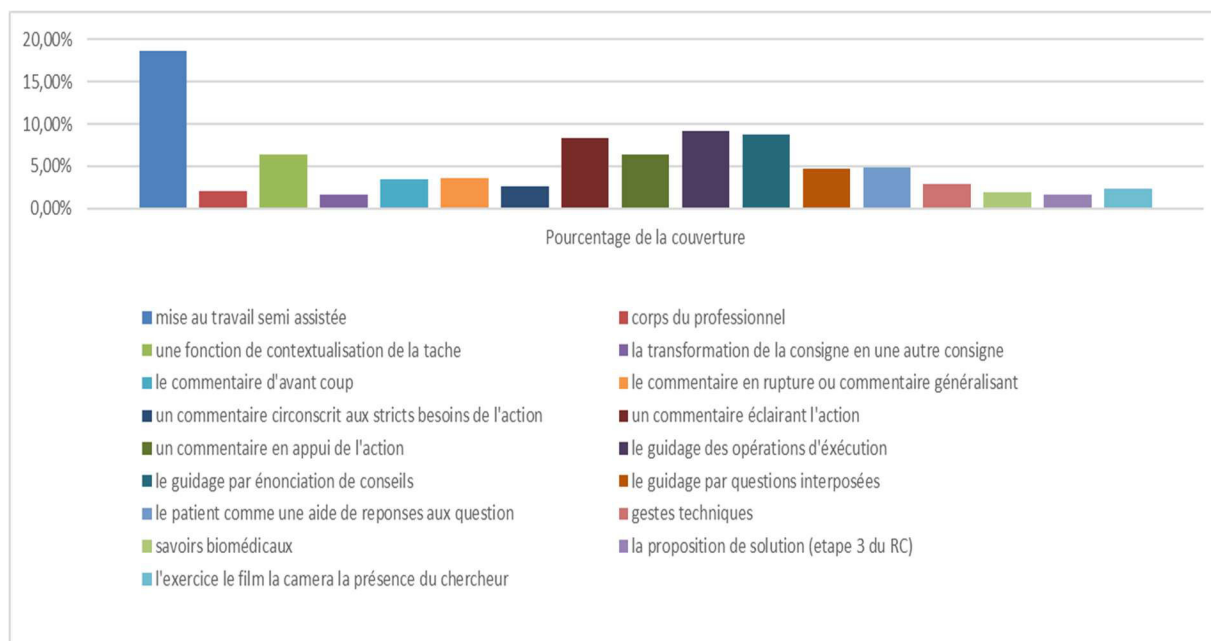


Figure 32: Représentation des éléments de discours de la séance de la triade 3

En même temps qu'il fait une présentation succincte de l'histoire de la maladie du patient au stagiaire, le tuteur s'informe de l'état douloureux du patient, comme l'a déjà souligné Olry (2015)

T3 : *comme antécédent il a déjà fait un Osgood Schlatter*

E3 : *Osgood Schlatter c'est au niveau du genou*

T3 : *oui c'est une pathologie de croissance il a déjà fait cela au niveau de l'autre genou, il en a fait une aussi au niveau du pied je me rappelle plus du nom propre*

E3 : *Sever*

T3 : *oui Sever alors tu es moins douloureux ?*

Et aussitôt, par une mise au travail semi-assistée, le tuteur anticipe le geste de bilan suivant en demandant à l'étudiant celui qu'il choisirait. Il cherche à solliciter les ressources pragmatiques ordinaires de l'étudiant et le guide jusqu'à ce qu'il ait obtenu la bonne réponse à sa question. Surprenamment l'étudiant a la même réaction que Bernard : Il prétexte une absence de révision préalable du geste technologique à réaliser. Manifestement les habiletés motrices ne sont pas encore acquises (Faure, 2000) (Hilpron, 2012) l'incorporation professionnelle non faite (Mayen, 2015)

T3 : *je lui demande le test tout de suite, le test pour voir si son spondylo cliniquement Il est gênant en bas*

E3 : *euh déjà Là*

T3 : *ouah Je te parle comme geste de bilan pas comme geste de traitement*

E3 : *en geste de bilan j'étais plutôt sur le contrôle moteur en actif*
T3 : *en passif*
E3 : *en flexion*
T3 : *vas-y go*
E3 : *non non je ne sais pas je n'ai pas bossé (rire)*

Christian reprend sa démarche d'enquête pour la faire réaliser par Christophe, il cherche par son guidage à lui faire expliciter les ressources pragmatiques qu'il utilise.

T3 : vas-y comme ça le contrôle moteur c'est ce qu'il faudrait que l'on fasse mais déjà faut qu'on teste si ça passe bon il a une imagerie de spondylolisthésis et tu veux voir si c'est bien ça qui pose problème.

Pendant que l'étudiant réalise son geste, Christian continue l'histoire de la maladie, en lui donnant des conseils éclairants jusqu'à interrompre l'étudiant qui semble tâtonner et ne pas trouver ce qu'il cherche à ressentir. Une connivence est installée entre tuteur et étudiant, le couple est formé (Kunegel, 2011). Cela débouche sur une blague au sujet de l'épaisseur de la peau du patient, qui est d'un gabarit très svelte, épaisseur qui empêcherait la palpation.

T3 : tu fais quoi là
E3 : *j'essaie de voir discrètement au niveau des épineuses d'accord je t'embête un peu*
T3 : *une scintigraphie osseuse pour voir si c'était aigue ou chronique sa consistance c'est chronique donc c'est plutôt positif il lui a dit qu'il n'aurait pas une grosse immobilisation*
E3 : *ce qui nous donne quoi le fait que c'est chronique*
T3 : *Si c'est chronique c'est que cela s'est installé progressivement si c'était aigue cela veut dire que cela serait venu brutalement du coup il faudrait immobiliser pour éviter que cela augmente*
E3 : *je ne les sens pas trop au niveau de ses épineuses (rire) non sans façon*
T3 : *il a une peau trop épaisse*
E3 : *non*

Christophe semble en totale confiance pour pouvoir exprimer ses difficultés vis-à-vis des connaissances à mobiliser et des sensations à acquérir. Manifestement il sait ce qu'il doit sentir comme résultat à son test, mais il ne parvient pas à reproduire le geste et à ressentir le mouvement réalisé : le doigté du professionnel.

T3 : tu pousses dans l'axe du fémur en latéral comme ça
E3 : *c'est plutôt quand il respire ça y ça revient (rire)*
T3 : *c'est le stress de*
E3 : *ça n'aurait pas dû*
T3 : *c'est Delphine qui stresse (rire)*
E3 : *oui Et on sent aussi s'il y a un décalage qui se crée entre*
T3 : *tu le sens ou pas*
E3 : *hum*
T3 : *d'ac*
E3 : *ouais OK*
T3 : *pose les doigts ici*

E3 : *quel doigt*

T3 : *mouais tu le sens ou pas moi je l'ai déjà fait*

E3 : *ouais.*

T3 : *est-ce que tu as l'impression d'un étage qui glisse plus qu'un autre*

E3 : *c'est bien dans ce niveau-là je le sens un peu plus*

T3 : *voilà là OK c'est bon tu sens non.*

Kunegel a indiqué trois étapes dans l'apprentissage par tutorat : la construction des habiletés, la prise en charge des dimensions cognitives de la tâche, la professionnalisation par l'exécution des tâches de diagnostic. Il nous semble que dans l'épisode suivant, alors même que les habiletés ne sont pas efficaces, l'étudiant se situe déjà dans une étape de réalisation des actes diagnostiques. Christian lui passe la main en demandant de formuler les consignes pour le prochain exercice à destination du patient.

T3 : *qu'est-ce que je fais comme test ?*

E3 : *euh trois muscles à travailler le transverse le multifide et le psoas*

T3 : *qu'est-ce que l'on demande comme consignes pour le transverse*

E3 : *essayer de rapprocher il suffit tu sens ses deux os là essaye de les ramener pour rapprocher ces deux os vers le centre sans ramener ton ventre*

T3 : *il le fait*

Christian anticipe la séquence à venir pour laisser à l'étudiant un temps de réflexion et permettre une continuité dans la séance pour le patient. Ainsi il n'y a pas de temps mort. Il indique aussi à l'étudiant des indicateurs pragmatiques de suivi de l'état de tolérance à l'exercice du patient.

T3 : *tu réfléchis un peu à ce que on va lui faire faire après comme exercice car moi il commence à être un peu rôti (table qui grince) moins douloureux tu m'as dit*

Christian lui fait ensuite un commentaire généralisant sur la situation

T3 : *vas-y maintenant vers l'avant donc je vérifie qu'il fait bien flexion extension lombaire après au début il le faisait beaucoup avec sa région haute maintenant il est centré sur la région basse c'est bien après si je veux lui faire du renforcement par exemple de muscles déodorants alors je l'emmène en lordose et je lui demande de résister sans bouger les épaules c'est plus fatiguant et je résiste avec ma main vas-y s'il vient sur vas-y là il est en région lombaire basse tu vois maintenant on se met en équilibre*

Christian lui donne d'autres indicateurs opératoires concernant la difficulté de l'exercice, en voyant le patient « osciller »

T3 : *voilà il fait de l'ante rétroversion il est en train d'osciller entre deux positions donc ça veut dire que c'est trop dur pour lui en gros faut que tu arrives à le pousser le but c'est d'être à la limite pour que lui puisse maintenir sa position neutre là il est bien là si je commence à pousser comme cela ça commence à bouger là c'est trop là c'est trop fort*

A la question de Christophe, sur les muscles en travail dans la situation, Christian « botte en touche » et préfère le renvoyer à l'utilisation de ses ressources pragmatiques (Piot, 2015) pour

lui faire deviner la réponse, en le guidant pas ses questions et en l'éclairant par un commentaire généralisant

E3 : *quels muscles il va stabiliser dans le plan frontal, ce sont lesquels*

T3 : *d'après toi ?*

E3 : *je ne sais pas trop si le rempart avec le fait qu'il y ait les psoas de chaque côté qui sinon il y avait*

T3 : *le principe du contrôle moteur c'est juste pour son spondylolisthésis ou on le fait pour tout ?*

E3 : *ce n'est pas que pour le spondylolisthésis*

T3 *non c'est pour tous les stabilisateurs locaux il va marcher avec le frontal sagittal transversal donc en fait tu fais travailler les mêmes muscles mais tu ne demandes pas la même fonction au début tu changes juste sa position quel est l'inconvénient de la position assise c'est juste ce que l'on fait depuis tout à l'heure*

E3 : *des grands bras de leviers »*

Christian régule l'exercice mis en place par Christophe, en lui donnant les indicateurs de correction et les explications physiologiques qui correspondent. Il utilise le commentaire en appui de l'action décrit par Kunegel.

T3 : là il fait rien ici là le fait de la changer de le mettre en déséquilibre sur les jambes il n'y arrive plus tu vas huphup on retire la mousse même chose mais tu le faisais beaucoup trop haut malgré que cela se situe là d'accord donc ça se situe à ce niveau-là donc toi faut que tu laisses tes épaules faut que cela parte de ton bassin c'est partie ouais c'est mieux dans l'autre sens-là c'est encore un peu trop haut faut encore que cela soit ici ouais c'est beaucoup mieux ca maintenant arrondi tourne vers l'arrière OK ça va

Durant cette séance réalisée sous la typologie de mise au travail semi assistée (Kunegel, 2011) se sont alternés un temps de réalisation de test diagnostique avec un temps de réalisation technique entremêlés à l'élaboration du plan de traitement. Deux étapes du raisonnement clinique ont été repérées (Charlin, 2012). Quelques indicateurs de structure conceptuelle ont été transmis par Christian.

14.3.4 La régulation haptique

L'hétéroconfrontation s'est déroulée le même jour pendant la pause du déjeuner. Cette hétéroconfrontation a duré 28 minutes. Environ 60% du temps de parole a été occupé par Christian, 20 % par Christophe. La représentation graphique de cette répartition se trouve en figure 33.

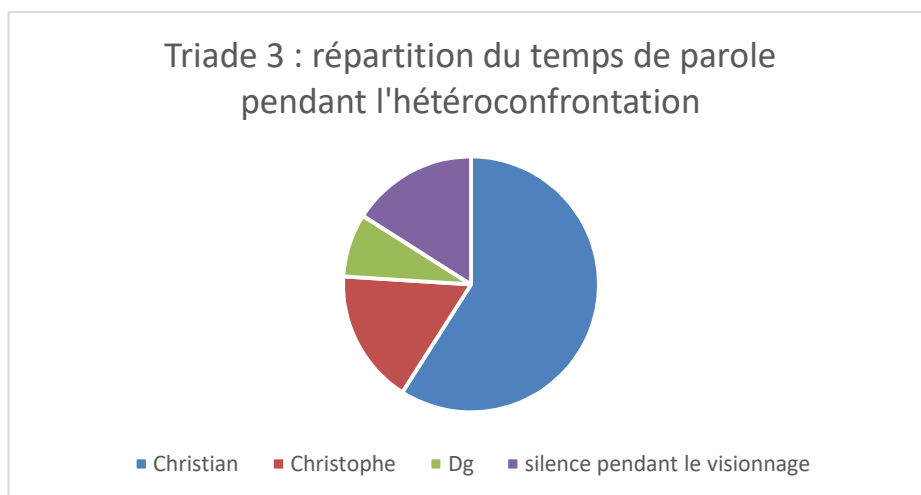


Figure 33: Répartition du temps de parole pendant l'hétéroconfrontation de la triade 3

Plusieurs thématiques sont apparues de façon prégnante : les informations mises à disposition, les défauts de stagiaires. (Figure 34). Aussitôt les premières images visibles, le visionnage de la vidéo de la séance se place sous le signe de la régulation et de l'auto-évaluation. Christophe entame le dialogue pour demander des précisions sur la réalisation technique du test diagnostic.

E3 : *le shift test là c'est avec la flexion d'un seul*

T3 : *non cela se faisait avec les deux c'est*

E3 : *c'est*

T3 : *tu pousses dans l'axe du fémur normalement tu as les deux jambes c'est les deux qui poussent après*

E3 : *ouais c'est les deux qui poussent*

T3 : *après cela dépend du gabarit du patient là tu pouvais facile prendre à deux il n'est pas gros*

Christian réalise l'auto-analyse de sa posture de tuteur, concernant son débit locutoire révélant un aspect communicationnel qu'il travaille depuis quelques années déjà. Il utilise son registre des indicateurs communicationnels registre subjectif. (Piot, 2009),

T3 : *ça accélère on parle vite*

T3 : *c'est bien comme ça on remarque je parle trop vite bon j'ai l'habitude hein*

Dg : *tu parles trop vite ?*

T3 : *ben oui t'es d'accord ou pas*

E3 : *ben oui franchement les cours sont longs sont lents non ce n'est pas nouveau ce n'est pas nouveau*

T3 : *pourtant j'ai l'impression que je travaille dessus mais ce n'est pas gagné encore même si je travaille dessus*

E3 : *non*

T3 : *toi tu ne sais pas si j'y travaille*

E3 : *entre la K2 et la K3 pas vu de c'est*

T3 : *J'y travaille dessus depuis que je suis à l'IFMK pas entre K2 et K3 ça fait quatre ans que j'y travaille*

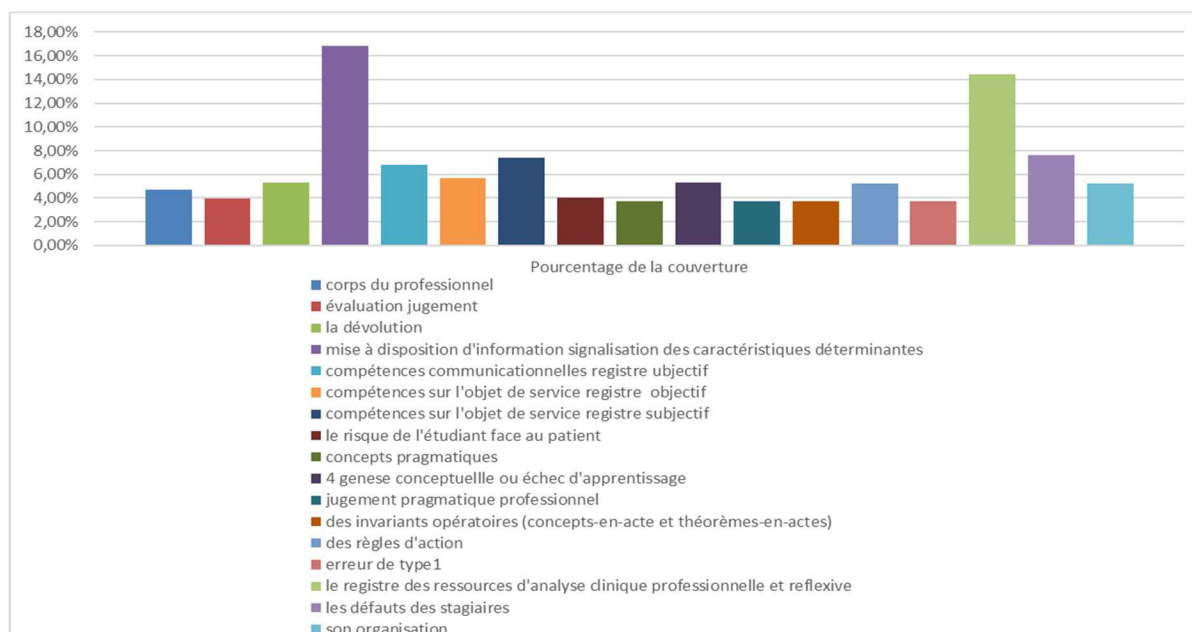


Figure 34: Éléments de discours de l'hétéroconfrontation de la triade 3

Christian poursuit son auto-évaluation en voyant la difficulté dans laquelle se trouve Christophe lors de la réalisation de son geste technique. Il estime qu'il a négligé quelques étapes dans la mise au travail semi-assisté, notamment en ne vérifiant pas l'acquisition du test avant de voir le patient. Dans son modèle de progression au cours du stage, il a instauré quelques règles procédurales, notamment la vérification des acquis techniques en dehors de la présence du patient.

Dg : *pourquoi vous riez tous les deux, que se passe-t-il ?*

T3 : *je ris parce que Christophe est en difficultés*

E3 : *et je le sens*

T3 : *en fait j'ai posé une question d'entrée en matières je pensais que cela allait être super facile et en fait je vois qu'il coince dessus donc je m'aperçois que je suis peut-être allé un peu vite en besogne*

E3 : *Nnonnn*

Dg : *c'est-à-dire ?*

T3 : *j'ai sauté la première étape*

E3 : *c'est-à-dire*

T3 : *vérifier que le test tu le connaissais avant de voir le patient*

E3 : *ah ouais (rire gêné)*

Puis Christian explicite pourquoi cette non-maîtrise haptique d'un geste, pourtant acquis, aurait pu être délétère pour la confiance du patient envers le stagiaire. En effet, l'étudiant n'a pas été en mesure de ressentir immédiatement les effets de la réalisation de son geste technique. Christian révèle là un deuxième niveau de compétence à acquérir : au-delà de la maîtrise de l'habileté technologique, à reproduire un geste test, il faut surtout parvenir à la maîtrise du

ressenti du test, qui sert ensuite pour l'interprétation diagnostique. Serait-ce une compétence de haut niveau ? (Rey, 2006)

T3 : *parce que pour moi c'était acquis*

E3 : *c'est acquis*

T3 : *oui c'est acquis mais sur le coup tu ne l'as pas ressenti en direct*

E3 : *oui je ne l'ai pas ressenti en direct mais ça ça ne me dérangeait pas de me retrouver confronté à ça pour moi c'est*

T3 : *après j'ai pris le patient qui était avec lui il n'y avait pas de problèmes*

Dg : *c'est-à-dire*

T3 : *le patient tu poses une question à ton stagiaire et tu vois qu'il a du mal à réaliser le patient tu vois la mamie de 13h30 la dame au poignet dont je te parlais Delphine elle tout de suite elle dirait ouais il ne sait pas faire elle aurait peur*

Christophe semblait s'attendre à avoir une difficulté de perception, il en a fait un indicateur d'auto-évaluation du soin qu'il produit et de son développement professionnel (Piot, 2009). Il évalue qu'il n'a pas encore incorporé le geste puisqu'il n'est pas automatique et automatisé (Faure, 2000) (Mayen, 2015). Le recours à l'autoévaluation a été relevée par Choplin dans sa thèse comme un indicateur pertinent de non-appropriation de l'habileté gestuelle (Choplin, 2015). Il faut manifestement maîtriser le geste dans toute sa finesse haptique pour son utilisation en pratique courante, dans toutes les situations auxquelles le professionnel est confronté. Le problème est qu'il semble falloir un grand nombre de répétitions pour l'apprendre et que ce n'est qu'en le faisant qu'on l'apprend (Hilpron, 2012) de manière que la main devienne tel un outil instrument sensible faisant partie de son corps (Level & Lesage, 2012). Cela passe sans doute par une construction de schèmes d'action sensorimoteurs, à l'image des athlètes sportifs de haut niveau qui anticipent mentalement leur course dans ses moindres précisions avant l'action (Berthoz, 1997).

Christian revient sur une notion déjà révélée lors des entretiens exploratoires avec des étudiantes de troisième année réalisés pour ce travail : le fait d'être en responsabilité seul face au patient. Christophe, sans nécessité d'explicitier son résultat à un tiers, serait-il plus perceptif ? Christian parle lui aussi de la notion de « tiroir » comme l'a déjà signalé Béatrice.

Dg : *et en quoi ça ne vous dérange pas de ne pas ressentir ?*

E3 : *c'est le fait de voir que j'ai des lacunes encore ça ne sort pas encore comme ça du tac au tac ce n'est pas encore réflexe ça devrait être réflexe ce genre de test c'est tout c'est ça qui manque*

T3 : *non je pense que c'est dommage car tu as la connaissance tu as le tiroir mais tu n'ouvres pas le bon tiroir au bon moment*

E3 : *non là ça*

T3 : *alors là peut être que je te pose la question sur le coup il y a il y a une différence entre le moment où je lui pose la question et s'il était face au patient tout seul je pense que cela ne serait pas pareil*

E3 : *je ne sais pas je ne sais pas*

Dans la poursuite du visionnage de la vidéo, l'un des moments significatifs est l'explicitation de ce que Christophe croyait être une compensation lors de la réalisation de l'exercice alors qu'il s'agissait d'une très bonne maîtrise de son contrôle moteur par le patient. Christian par son commentaire généralisant lui donne les indicateurs de la structure conceptuelle : un gabarit jeune, un volume musculaire différent.

Dg : *et vous aviez vu qu'il faisait bien tout de suite ?*

E3 : *non pas tout de suite le droit de l'abdomen est quand même ressorti sur le dessus et moi je me suis dit ça y est il y a peut-être une petite erreur le droit de l'abdomen et c'est vrai que je n'ai pas vérifié que le fait que le transverse se contracte ça fait ressortir un peu le superficiel*

T3 : *en fait la différence c'est que comme c'est un gabarit jeune il a 16 ans à cet âge-là ce gabarit là on ne sait pas quel volume musculaire il a en fait il a fait contracter son transverse et il a fait ressortir son volume musculaire supérieur et il a eu l'impression que c'était son droit de l'abdomen qui se contractait et justement normalement on doit avoir l'un et pas l'autre du coup E3 a pensé qu'il compensait alors que en fait il ne compensait pas*

En souhaitant illustrer visuellement sa consigne, Christophe soulève son tee-shirt, dévoile son ventre et fait la monstration de l'exercice qu'il souhaite obtenir ; un débat sur l'utilisation de son corps : comme exemple s'instaure, dévoilant ainsi le style professionnel de chacun. (Clot & Faïta, 2000) ; Christophe se positionne en exemple, en démonstrateur de l'attendu. Christian lui adresse une évaluation jugement concernant son attitude qui ne pourrait pas convenir avec tous les patients. Le genre professionnel, au sens de Clot, est précisé.

T3 : *(Rire) tu te déshabilles*

Dg : *pourquoi vous montrez votre ventre ?*

E3 : *(Rire) c'était parce que pour que ce soit plus facile pour lui j'ai quand même les vêtements par-dessus pour qu'il voit quelle partie du corps exactement même si je venais de le toucher juste avant (rire)*

Dg : *et en quoi c'est important qu'il voie le patient ?*

E3 : *euh nous on sait nous on sait ce que l'on veut donc lui montrer l'exemple de ce que l'on attendrait à ce qu'il fasse c'est ça moi je le vois comme ça être l'exemple montrer l'exemple pour qu'il réussisse c'est comme faire une mobilisation du testing lui montrer le geste et refaire le mouvement*

T3 : *ouais ben moi je n'aurai pas forcément montré mon ventre mais bon*

E3 : *je le pense aussi (rire)*

T3 : *souvent en enfilade quand je vous fais des démonstrations par exemple pour le rachis je vous montre mon pli du coude parce que je ne me vois pas me mettre torse nu et vous dire voilà au niveau du dos il y a ça faut faire ça là ça passe c'est un jeune*

Christian et Christophe E 3 reviennent sur l'épisode sensoriel « tu sens ça se rapproche » réalisé au cours de la séance. Manifestement le visionnage permet à Christophe de voir, « le coup d'œil » (Olry & Froissart-Monet, 2017) ce que l'immédiateté de la séance ne lui avait pas permis de percevoir. Christian exprime sa stratégie pour faire prendre conscience à Christophe

de son erreur d'appréciation de la qualité de l'exécution de l'exercice par le patient ; il décompose le mouvement en plusieurs sous exercices qui individualisent le travail des muscles concernés. Le patient sert d'intermédiaire et de révélateur des savoirs à acquérir.

E3 : *ah oui là c'est beaucoup plus marqué*

Dg : *qu'est-ce que tu cherches à lui faire là ?*

T3 : *lui montrer la différence entre lorsqu'il contracte son transverse de l'abdomen et ses droits de l'abdomen donc en fait lui sur le premier il a l'impression que le patient il compense en contractant ses droits de l'abdomen du coup je fais cesser l'exercice et je demande au patient de contracter que ses droits de l'abdomen en faisant un mouvement de tête du coup il cible et il s'aperçoit que le volume musculaire n'est pas le même et il ne compense pas il s'est trompé sur le premier et qu'il y a une différence entre transverse et droit de l'abdomen chez lui du coup qu'il l'avait bien fait*

Dg : *du coup c'est à travers le patient que tu lui montres son erreur c'est ça ?*

Christophe découvre en direct les possibilités du patient, en se référant à ses propres expériences corporelles de l'apprentissage de la technique en TP.

Dg : *pourquoi vous avez besoin de poser cette question à l'étudiant ?*

E3 : *parce que là il fallait faire les trois en même temps et c'est assez dur pour l'avoir fait en TP de réaliser déjà un puis deux en même temps il est bon il est bon en contrôle pour*

T3 : *oui*

E3 : *moi je ne pensais pas que c'était possible ça ne fait quand même pas longtemps qu'il travaille cela franchement c'est bien en trois semaines*

Nous avons réagi au moment où Christian propose à Christophe de songer à des exercices. Christian dévoile alors sa tactique de « passage de main », sa mise au travail semi-assistée au cours de la séance. En lui demandant de réfléchir et d'anticiper la phase suivante, il a préparé la dévolution de la tâche et réduit les degrés de liberté potentiels pour l'étudiant. Bien que le tandem tuteur/étudiant fonctionne bien, l'étudiant s'est senti pris au dépourvu, alors qu'il avait perçu le passage de relai de la part de Christian.

Dg : *et là quand tu lui demandes de réfléchir tu lui demandes quoi en fait ?*

T3 : *en fait je veux qu'il prenne la suite en progression je lui montre là où on en est à peu près au niveau rééducation en ce moment au début comme exercice de base puis après je voudrai monter en progression j'aimerais qu'E3 me montre euh qu'il réfléchisse à me proposer*

Dg : *tu lui donnes la main là en fait ?*

T3 : *oui*

Dg : *discrètement tu lui donnes la main*

T3 : *et je lui donne un peu de temps pour qu'il réfléchisse à ce qu'il peut faire*

Dg : *vous avez senti ça ?*

E3 : *oui ça j'ai senti*

T3 : *que je t'avais passé la main tu as senti*

E3 : *oui j'ai senti j'ai aussi senti que tu me donnais du temps pour réfléchir parce que là ce n'était que le début et que ouais je ne m'y attendais pas*

Un peu plus loin dans la séance un deuxième « passage de main » se réalise, Christian explique qu'il recherche la professionnalisation de l'étudiant (Wittorski, 2007), notamment sa compréhension des actes réalisés, et non seulement sa réalisation technique. Christophe apprécie ses moments et en fait un instrument de régulation et d'adaptation de sa pratique

Dg : là tu recommences à lui donner la main ?

T3 : oui je lui demande ce que l'on va faire après en progression puis après je lui ouais je lui demande de que l'on va faire par la suite

Dg : vous en pensez quoi ?

E3 : moi j'aime bien ça m'oblige à réfléchir sur le moment c'est relatif même s'il m'a déjà laissé auparavant un moment plus tôt du temps pour y réfléchir ouais je préfère que ce soit comme ça que

Dg : pourquoi c'est intéressant de faire ça ?

E3 : je préfère si je suis totalement embêté ou si je me trompe d'exercice je préfère qu'il me dise moi c'est si je me plante totalement pour savoir si je suis dans la bonne voie ou si je suis perdu totalement

Dg : pour toi T3 c'est pour quoi ?

T3 : moi l'intérêt c'est que je lui montre le but recherché après les moyens il y en a pleins en fonction de ce qu'il a envie de faire et de son imagination du coup si je lui montre le moyen il va faire ce moyen là le même pour tous ses patients je veux qu'il comprenne pourquoi il le fait une fois qu'il a compris pourquoi à lui de choisir ses moyens en gros il n'y a pas besoin d'avoir un plateau pour faire cet exercice-là après il y a différentes manières je veux qu'il regarde comment le patient contrôle sa région lombaire dans quel plan puis après s'il a un plateau c'est bien s'il a un ballon c'est bien s'il a rien du tout un rouleau c'est bien comme il veut après

Le visionnage se termine sur une auto-évaluation de leur posture professionnelle par les deux protagonistes. Christian doit ralentir son débit, Christophe doit être plus réactif. L'effet de la vidéoscopie déjà souligné par Linard (1990) est retrouvé ici. Christian et Christophe expriment des difficultés à se regarder faire, avec leurs « tics » et défauts.

Dg : et par rapport au stagiaire, à l'encadrement du stagiaire ?

T3 : non en général même par rapport à mes patients lui il est jeune il me comprend mais des fois il y a des patients qui ne comprennent pas quand je parle la tout à l'heure on a un patient étranger enfin d'origine étrangère euh à ma première question il m'a répondu oui oui en fait j'ai compris qu'il ne comprenait pas ma question

Dg : et pour vous Édouard de vous voir à la vidéo ?

E3 : euh (rire) je n'aime pas trop me voir à la vidéo je pense que j'ai encore du boulot à faire

Dg : cela veut dire quoi du boulot à faire ?

E3 : du boulot à faire c'est déjà être plus réactif waouh y a c'est ça mais bon on apprend tous les jours

Christian fait alors une autocritique de sa posture professionnelle, son analyse réflexive lui révèle une volonté trop grande de « rentabiliser » la séance et d'apporter beaucoup en patient.

T3 : la rééducation c'est pas on fait un test on s'aperçoit que cela bouge trop dans ce sens-là la rééducation c'est pas le test on s'entraîne à faire le test sinon cela ne marcherait pas mais il y a d'autres choses sinon cela ne marcherait pas je pense il y a d'autres façon d'y arriver d'autres façons de voir et je trouve moi la critique sur ce que je dis c'est que je passe trop vite d'une idée à une autre mais ça j'en ai conscience je vois des fois le patient l'exercice il le réussit à peine et puis comme j'ai envie d'être rentable dans ma séance et j'ai envie de lui montrer plein de choses je lui fait faire plein de choses et je pense que parfois je passe d'une étape à l'autre cela m'embête que dans une séance qu'il ne fasse que deux exos cela m'embêtera j'aurai l'impression que je lui ai rien amené alors que peut-être il aura fait moins mais bien

Il termine par une évaluation jugement et debriefing sur la performance de Christophe (Kunegel, 2011), en généralisant par un invariant opératoire : la progression des exercices. Christophe comme de nombreux stagiaires ne sait pas organiser de progression dans son plan de traitement et se retrouve très vite en fin de course.

T3 : et la critique à Édouard mais ça c'est ce que je trouve généralement à tous les stagiaires quand ils font au exercice au patient si l'exercice il est trop facile pour le patient il passe tout de suite à l'extrême il y arrive facilement alors il lui ferme les yeux mais fermer les yeux c'est très contraignant c'est hyper difficile alors qu'il suffit qu'il lui fasse faire ne serait-ce que de lui faire bouger la tête ou regarder au plafond un truc qui est plus simple déjà cela rend les choses plus difficiles en plus l'avantage quand tu fais ça c'est que tu as une progression qui peut être plus longue sinon tu arrives vite en fin de progression »

14.3.5 Une recherche de professionnalisation basée une démarche raisonnée et comprise

Les deux protagonistes se sont placés dans une recherche de professionnalisation. Christophe souhaite trouver les bonnes ficelles. Christian souhaite lui faire comprendre ce qu'il fait. Les « recettes magiques » deviennent alors des « bonnes ficelles » étayées sur des connaissances à mobiliser à bon escient.

Christian est dans une bi-posture de praticien et tuteur réflexifs. Il s'attache à valoriser une pratique comprise et non reproduite, il cherche à mobiliser les connaissances de l'étudiant au profit du soin pour le patient, dans un souci de « rentabilité » du service rendu. De nombreux gestes professionnels de sollicitude sont présents à la fois vis-à-vis du patient mais aussi vis-à-vis de l'étudiant. Sans doute étions face à une activité productive.

14.4 La triade 4 ou apprendre la « vraie vie », ce que l'on apprend dans les livres et la vie de tous les jours c'est différent

Cette triade 4 a été rencontrée en juillet 2016, en province. Dorothée est diplômée depuis 30 ans. Elle a suivi une formation au tutorat dans l'IFMK régional. Elle accueille son premier stagiaire, issu de ce même institut régional. Elle est dans une démarche volontaire et vient aussi de s'engager dans un cursus de formation continue professionnelle pour se spécialiser dans la rééducation maxillo-faciale. Elle travaille dans un cabinet rural mixte, avec associés et assistant. La patientèle du cabinet est variée et correspond à celle d'un cabinet d'un village en périphérie d'une ville de province dans une région montagneuse. Elle est très engagée dans la vie professionnelle locale par la coordination d'un réseau de permanence des soins, animé avec des libéraux en collaboration avec le centre hospitalier régional.

Dimitri est un étudiant de troisième année, il effectue un stage d'été par anticipation de son année scolaire. Il est étiqueté MK 3 mais c'est en fait un étudiant qui a validé en juin sa deuxième année. Il a choisi de venir dans ce cabinet. Son stage sera évalué par Dorothée en fin de période.

Daniel est un patient handicapé moteur d'un hémicorps depuis sa naissance, il est sportif de haut niveau en badminton. Il a été suivi longtemps dans ce cabinet par Dorothée avant de couper le cordon et de partir auprès d'un autre professionnel à dominante de rééducation sportive. Il revient depuis peu dans ce cabinet auprès d'un autre praticien.

Les entretiens et l'hétéroconfrontation ont été réalisés au domicile de Dorothée sur la terrasse, en plein air. Dorothée avait programmé la séance avec le patient pendant son après-midi hebdomadaire de repos pour être disponible pour le visionnage de la séance, à sa suite.

14.4.1 Dorothée : « c'est un peu assistante sociale... cela je veux qu'il le garde c'est pour moi important »

L'entretien de Dorothée s'est déroulé mi-juillet 2016, en fin de matinée, à son domicile. Il s'agit de son premier encadrement de stagiaire. Elle avait répondu positivement à l'appel à volontaires que nous avons lancé lors d'un congrès professionnel en mai 2015, alors même qu'elle n'avait à l'époque reçu aucun stagiaire, ni effectué de formation au tutorat. Elle nous a contacté dès qu'elle a reçu Dimitri au sein de son cabinet et que celui-ci lui ait donné son accord.

L'entretien a duré 26 minutes, 90% du temps de parole a été réalisé par Dorothée. Deux grandes thématiques ont émergé : le rôle professionnel du masseur-kinésithérapeute et l'attitude du caring (Rothier Bautzer, 2017) ou du prendre soin du professionnel envers le patient. Nous

retenons la définition que Hesbeen a proposé du prendre soin : « porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé » (Hesbeen, 1999). Quant au care, nous retenons la définition d’Eyland (2017) comme « une pratique d’attention, de sollicitude engagée et personnalisée envers soi-même ou autrui et peut faire l’objet d’un processus individuel ou collectif. Il s’appuie sur la sensibilité morale, la perception d’une situation singulière et l’anticipation. Il se caractérise par une adaptation en actes aux situations et vise à la satisfaction des besoins du bénéficiaire du care sans que celui-ci ne la perçoive nécessairement comme telle. Ainsi, le care peut se manifester à travers un geste, un regard, une parole, un silence, un sourire, un ajustement lors d’un soin ou toute autre manifestation d’attention. » (Figure 35).

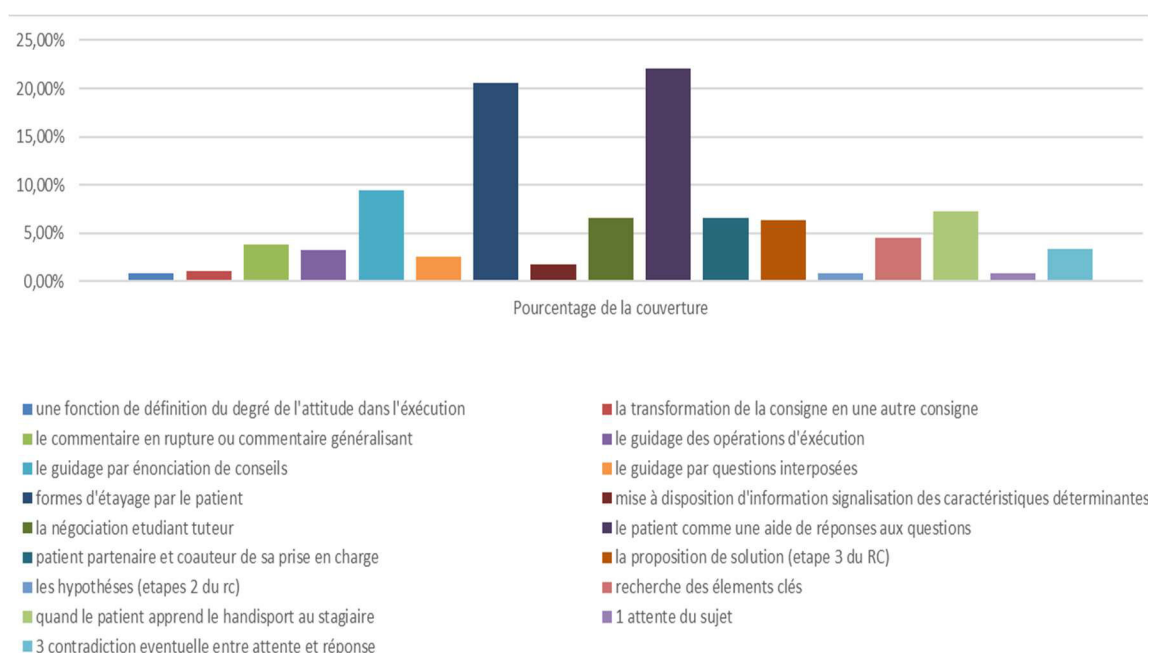


Figure 35: Représentation des éléments de discours de l’entretien de Dorothée tuteur 4

En réponse à la consigne⁷⁵, Dorothée précise qu’il s’agit de son premier stagiaire, que ce n’est donc pas une pratique de tous les jours alors même que son étudiant est présent depuis 5 semaines. Elle annonce d’emblée sa vision du tutorat. Elle différencie activités prescrites de la

⁷⁵ Pour rappel, la consigne est la suivante : « Vous allez superviser la réalisation d’une séance, auprès d’un patient, par votre étudiant stagiaire. Comment vous y prenez-vous, dans votre pratique de tous les jours, pour encadrer un stagiaire ? Parlez librement comme cela vous vient à l’esprit ».

profession, contenues dans les livres, des pratiques effectives et réelles de terrain. (Samurcay & Rabardel, 2004)

T4 : pour l'instant j'essaie moi ce qui m'intéresse surtout c'est de lui faire voir ce que c'est la vraie vie la vie dans un cabinet par rapport à ce qu'il y a dans les livres

Ce qu'elle appelle « la vraie vie » est basé sur sa définition de la profession et sur l'objectif qu'elle s'est fixé pour ce stage.

T4 : s'adapter la kiné c'est une adaptation permanente et je pense que c'est ça je pense que c'est ce que j'ai envie d'amener aux étudiants parce que c'est ce qu'ils n'ont pas en sortant je pense qu'ils sont dans un cadre ils ont appris ce qu'ils ont dans les livres mais ils ne savent pas forcément s'adapter au patient ça peut être soit au domicile soit aux conditions de travail

Elle a opté pour une monstration ou une mise en travail semi-assistée (Kunegel, 2011). Dorothée insiste aussi sur l'observation de ses propres pratiques (Winnykammen, 1982). Elle montre puis l'étudiant (re)fait. Cependant ce mode de fonctionnement pose le problème de l'explicitation des opérations effectuées devant le patient, sujet du soin et non objet de soin. Comment expliquer professionnellement sans tout dévoiler au patient ? Elle place aussi l'étudiant en mise en travail assisté, débriefant avec lui après. Elle recherche l'explicitation.

T4 : jusqu'à présent il y a deux cas de figures ou moi j'entame la séance et je lui montre ce que je fais et en lui expliquant pourquoi et déjà en lui expliquant brièvement le cas du patient ou avant ou pendant en lui faisant voir ce que je fais et en lui expliquant pourquoi ce que je le fais en restant quand même par rapport au patient assez discrète ou alors je le mets devant le patient je lui demande de faire et après je débrieife en lui demandant pourquoi il a fait cela à moins que cela ne soit vraiment qu'il fasse des choses dangereuses auxquels cas au quel cas je l'arrête sinon je lui demande après pourquoi il l'a fait et voilà ou je le guide ou alors je commence et je lui passe la main

En cas de désaccord sur les techniques réalisées, cette explicitation lui permet d'adhérer ou non aux arguments développés par Dimitri. Même si elle affirme vouloir « montrer la vraie vie », elle se rend compte qu'il y a parfois un décalage entre sa pratique expérientielle et les nouvelles données de la science. (Gedda, 2017)

T4 : on en parle on échange puis s'il a des arguments qui sont bons je les reçois je n'ai pas la science infuse même s j'ai de la pratique et si j'ai de l'ancienneté mais je pense qu'il a des connaissances que je n'ai pas ou pas forcément dans les nouvelles méthodes dans les techniques que je ne connais pas je lui demande pourquoi et il me les explique après j'adhère ou je n'adhère pas

Dorothée estime que la capacité d'adaptation différencie le bon praticien et fait la satisfaction des patients, elle en a fait un critère de sélection de ses remplaçants.

T4 : parce que c'est ce qui fait que l'on est apprécié par les gens quand on sait s'adapter à eux qu'on sait les écouter qu'on sait être proche d'eux et on voit quand on a des moi je le vois quand on a des remplaçants quand il passe bien ou il passe bien c'est parce qu'ils ont su s'adapter parce qu'ils s'adaptent aux gens ils ne demandent pas aux gens de

s'adapter à eux c'est là que je pense que c'est ce qui fait un bon praticien au-delà des connaissances tout le monde a les mêmes on va partir sur le fait que tout le monde a les mêmes après c'est le sens de l'adaptabilité qui fait qu'il va être bon ou pas

Ce qu'elle nomme adaptabilité est surtout une composante de la professionnalité (Wittorski, 2007) et de la posture du professionnel (Piot, 2009), une composante du registre des ressources pragmatiques (Piot, 2015), ou une valuation de la profession (Olry & Froissart-Monet, 2017). Cela serait une attitude compréhensive proche du care et des gestes de sollicitudes envers les patients (Eyland & Jean, 2017) en s'adaptant aux facteurs personnels du patient.

T4 : c'est pas forcément sur l'adaptabilité après cela peut être sur la prise en charge des patients sur les horaires il y a des gens qui ne sont pas capables de s'adapter aux impératifs horaires qu'ont les patients certes nous on a nos impératifs mais s'il y a des gens qui travaillent on est obligé de comprendre qu'ils travaillent [...] c'est ça aussi la kiné en libérale donc cela peut être s'adapter aux heures cela peut être s'adapter à sa morphologie euh ça peut être s'adapter à sa personnalité

Elle privilégie la dimension sociale de son travail, comme tout métier du lien. Elle privilégie l'écoute, comme Béatrice, la tutrice de la deuxième triade, précédemment.

T4 : bien sur faut écouter pour les gens pour savoir ce qu'ils ont à dire la manière dans la kiné il y a le geste technique mais il y a l'humain derrière et l'humain selon moi il est largement largement aussi important que tout geste technique

Elle considère son rôle professionnel comme un sorte de guidance (Paul, 2004), dans une recherche de réciprocité basée sur la médiation. La relation de soin est alors un processus impliquant le patient dans sa guérison. Serait-ce le *Heal* ? « Avec ce terme, le patient n'est pas objet de guérison, mais sujet de sa restauration. Le verbe to heal rend compte de ce basculement vers une centration sur la personne soignée. Il envisage la relation de soin comme processus de soin situé, impliquant des personnes en relation, et il n'est plus uniquement centré sur la guérison d'une maladie ». (Rothier Bautzer 2013)

T4 : après faut pas non plus lui servir seulement de béquille faut arriver à l'aider répondre à sa demande tout en l'amenant vers ce que tu voudrais bien qu'il soit ou ce vers quoi tu voudrais bien qu'il aille et cela c'est de la psychologie du kiné et c'est toute la part d'humanité on n'est pas des machines on n'est pas des robots on est des êtres humains qui soignons des êtres humains

Sa vision de la transmission du métier est basée sur cette idée de dimension sociale du métier, et sur ce versant care de la profession qui est peu mis en valeur (Rothier Bautzer, 2017), puisque le courant actuel de recherche clinique basée sur la démarche *evidence based practice* privilégie l'efficacité du soin à partir de démarches qui ont fait leur preuve d'un point de vue statistique et non d'un point de vue humain.

T4 : là je parlais plus des personnes âgées et c'est vrai que c'est ce qui me touche le plus et c'est ce qui intéresse peu en fait on s'intéresse peu en fait les soins à domicile chez les vieux c'est pas cela n'a rien d'excitant pour un jeune pour quelqu'un qui sort de l'école

[..] parce que ce n'est pas assez mis en valeur parce que l'on veut de la performance et que dans et que là c'est pas fulgurant les progrès ne sont pas fulgurants quand il y a progrès parfois il n'y a même pas progrès il y a forcément régression c'est pas valorisant c'est pas comme quand on a un sportif et qu'il arrive avec opéré d'un croisé qu'il arrive et qu'il repart faire une compétition c'est pas pareil on voit les progrès il arrive avec une attelle et il repart en courant là le papy il arrive il est il ne marche pas il ne court pas et quand tu repars il ne marche plus et parfois tu l'emmènes tu l'emmènes dans sa dernière demeure donc cela n'a rien de valorisant cela ne se voit pas cela ne se quantifie pas

La vision de son rôle de tuteur est basée sur le rôle professionnel qu'elle se donne. Elle estime ne pas être là pour enseigner la théorie, fonction qu'elle assigne à l'IFMK. Elle souhaite transmettre ce que les livres ne mentionnent pas. C'est-à-dire le bricolage, qu'elle a fabriqué à partir de la mise en pratique de la théorie sur son terrain professionnel. Le terme bricolage est pris dans un sens noble comme l'indique De Certeau (1994). Elle souhaite transmettre ses expériences, ses bonnes ficelles du métier. Elle estime que ces astuces ne sont uniquement apprises par compagnonnage. (Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006)

T4 : avec ça il ne sait pas tout faire mais à l'école ils apprennent la théorie je suis pas là enfin pour moi je ne suis pas là pour lui apprendre la théorie la théorie il l'a dans les livres et il l'a à l'école donc ce sont des stages pratiques donc la pratique c'est bien mettre en pratique ce que tu apprends en théorie et la pratique c'est s'adapter au terrain au patient et à tout cela et voir sortir sortir des bancs d'école pour voir sur le terrain ce que c'est et moi dans la mesure enfin peut être que je ne prétends pas détenir la vérité je pense que là où c'était le plus dur pour moi d'acquérir et c'est ce que j'ai envie de retransmettre parce que en plus je pense que tu as des choses il y a des choses que qui sont jamais enfin je pense que l'expérience ne sera jamais remplacée par certaines choses il y a des choses que l'expérience t'a amène et que personne ne t'apprend donc tu te dis que si tu peux faire bénéficier ton expérience et les leçons que tu tires de tes expériences à tes élèves moi je pense que c'est cela que je peux leur amener [..]

Dg : donc toi ton rôle c'est de transmettre une attitude une vision de la kiné ?

T4 : disons c'est ma vision à moi ce n'est pas forcément la bonne moi je dis que depuis que j'exerce elle ne fonctionne pas trop mal et mon rôle c'est de l'emmener de lui faire voir lui expliquer aussi comment sont les charges sociales au cabinet libéral

Toute sa pratique professionnelle est basée sur le care telle que l'a défini Eyland dans sa thèse (2017). Elle mentionne le retour gratifiant ou *care receiving* (Tronto, 2009). Christophe avait lui aussi mentionné le retour gratifiant obtenu auprès des patients.

T4 : c'est-à-dire que pour moi s'il n'y avait qu'un geste technique cela ne m'intéresserait pas c'est parce qu'il y a tout l'environnement et tout tout l'affect qui est autour c'est intéressant quand tu rends un service à un papy ou une mamie et qu'il te fait un grand sourire ou qu'il a la larme à l'œil parce qu'il a l'impression que euh d'exister c'est cela aussi quand tu soignes plus un patient mais que tu passes devant chez lui et qu'il est à la porte dans son jardin et que tu t'arrêtes pour aller lui dire bonjour c'est ça aussi c'est un peu assistante sociale aussi mais c'est ça aussi pour moi c'est aussi être kiné c'est pas seulement faire une mobilisation un geste technique c'est surtout pas que ça

Dg : donc ça tu veux que ton étudiant

T4 : ouais surtout cela je veux qu'il le garde c'est pour moi important (émotion)

Dorothee a surtout exprimé dans cet entretien sa vision du métier et de ses valeurs, plus que le mode opératoire mis en place pour effectuer la transmission de celui-ci. Il n'est pas abordé la notion de bilan, de diagnostic, de projet de soin.

14.4.2 Dimitri : « aller dans le chemin qui correspond au patient »

Dimitri vient d'entamer sa troisième année de scolarité. Durant l'été, il réalise son stage par anticipation qui se termine trois jours plus tard. Le tandem tuteur-étudiant a eu le temps de se former et de fonctionner. Une certaine complicité semble coexister entre les deux. Dimitri a par exemple, installé la table du déjeuner pendant que Dorothee effectuait son entretien. Dorothee lui offre l'hospitalité tous les midis pour lui faciliter les conditions de travail, dans un certain souci de bienveillance, puisqu'il est hébergé à une vingtaine de kilomètres du cabinet d'accueil et fait le trajet à vélo chaque jour. C'est son deuxième stage libéral au cours de son cursus clinique.

L'entretien a duré 32 minutes, environ 80 % du temps de parole de l'entretien est occupé par Dimitri. Réalisé en plein air, il a été distrait dans les cinq premières minutes par deux phénomènes, les cloches des vaches de l'Aubrac et le tracteur venu faucher l'herbe du champ voisin. Deux grands thèmes sont apparus dans le discours : les conditions d'apprentissage et le rôle du tuteur. Dimitri semble avoir repéré des éléments contradictoires entre les situations vécues et ses connaissances, comme s'il avait conceptualisé dans l'action. (Vergnaud, 2011). (Figure 36)

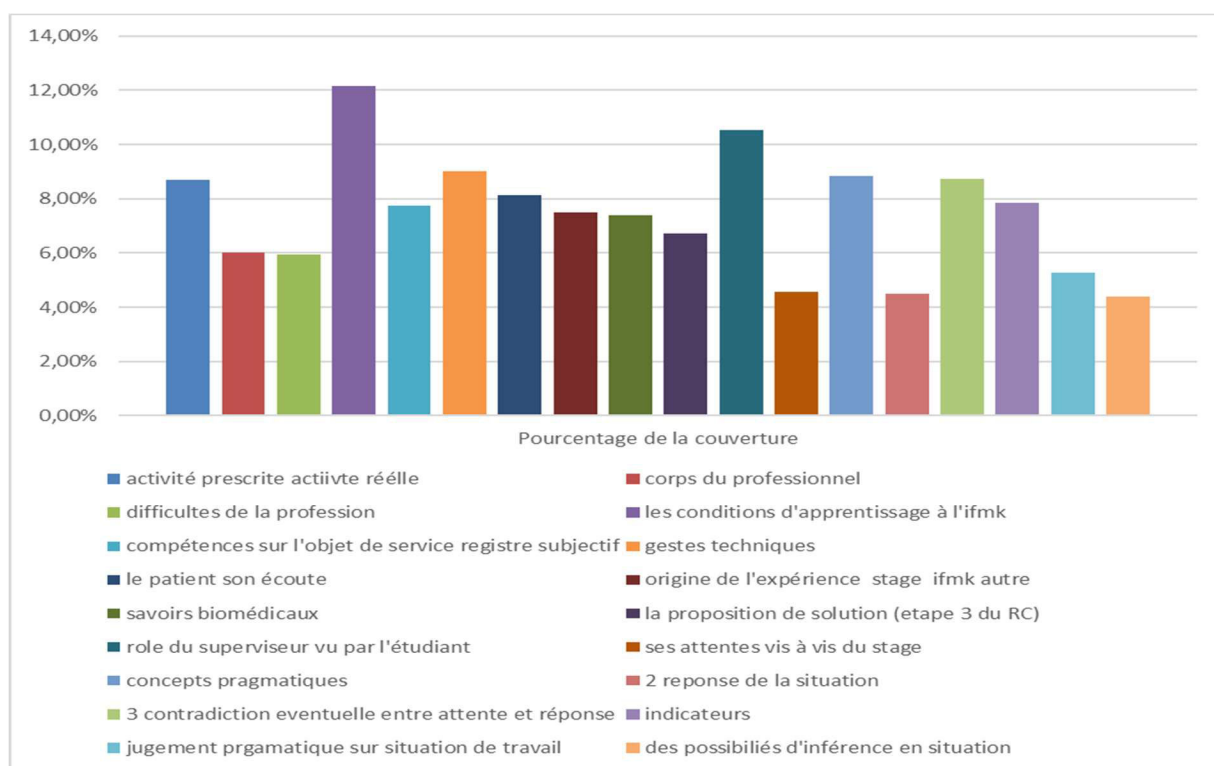


Figure 36: Éléments du discours de l'entretien de l'étudiant de la triade 4

D'emblée, Dimitri se place dans une posture de régulation (Vial, Caparros-Mencaci, 2007). Il attend de cette séance de supervision par Dorothée, un retour pour pouvoir ajuster sa séance, notamment sur sa maîtrise de la temporalité de la séance (Aper, Reniers, Derese, & Veldhuijzen, 2014). Il essaie en trente minutes d'établir un plan global de la situation, de parcourir les différentes étapes du modèle de raisonnement clinique (Charlin, 2012).

E4 : une ce que j'attends de la séance c'est que je puisse éventuellement réguler que l'on puisse m'aiguiller sur le chemin à suivre en fait ce qui est difficile c'est de se dire j'ai mon patient en une demi-heure faut quand même que j'appréhende le contexte la pathologie et ce qu'il a et que j'aïlle dans le chemin qui lui correspond

Ce qu'il dénomme le chemin qui correspond au patient est en fait la capacité à hiérarchiser les priorités du patient. Audetat a repéré la non-priorisation des données comme étant une erreur typique du raisonnement clinique (erreur de type 3) (Audetat & Laurin, 2012)

E4 : en fait ce n'est pas toujours évident de se dire la personne elle a cela d'accord mais qu'est-ce qu'il y a derrière parce qu'OK elle a une prothèse de genou mis qu'est ce qui est le plus important là à l'heure actuelle pour elle.

Dimitri insiste sur la dimension processus du raisonnement clinique, qui ne peut pas se réaliser en une seule séance. Il n'est pas possible d'obtenir toutes les informations dès le premier entretien, ni d'obtenir les indices clés dès la première entrevue (Charlin, 2012), car un temps

d'alliance doit se mettre en place pour les percevoir. C'est toute la difficulté de la première séance, et plus encore pour un stagiaire. Dimitri fait remarquer que les debriefings avec le tuteur, en particulier s'il prend en soin depuis longtemps le patient, permettent d'obtenir des détails supplémentaires et de lui faire gagner du temps, dans l'orientation du traitement.

E4 : justement à travers les bilans après et à travers les discussions après à travers la chose du coup la connaissance aussi parfois de la personne des fois comme quand on est en stage on ne connaît pas la personne on ne connaît pas forcément les patients depuis longtemps toute l'histoire derrière tout le vécu de la personne ni ce qui parce que il y a des choses qu'ils disent mais au compte-goutte donc au final il y a des informations que l'on n'a pas on ne peut pas les avoir tout de suite de toute façon dès la première séance et que finalement la kiné qui suit cette personne au long cours saura et donc que elle pourra mieux aiguiller .

A une demande de précisions sur l'emploi, dans son discours, de l'image « chemin à suivre », Dimitri semble décrire le modèle conceptuel collaborateur (Higgs, Jones, Loftus, & Christensen, 2008), modèle qui lui a été enseigné à l'IFMK. Ce modèle est basé sur la co-construction des objectifs du traitement avec le patient (cf. Figure 4). Il semble intégré dans sa pratique et lui servir de référentiel. Dimitri décrit une activité prescrite : parvenir à la négociation à la négociation avec le patient. Cette notion est aussi abordée par Dorothee. Il semblerait dans le discours que les objectifs du soignant et du patient soient parfois en dissonance. Ce point a lui aussi été abordé par Béatrice. Ce qui peut sembler normal dans un contexte de co-construction.

E4 : le chemin à suivre il faut que je trouve (rire) comment je dis cela le euh le processus de soin euh c'est pas assez clair c'est finalement les étapes à suivre pour cette personne pour arriver à l'objectif que l'on se sera fixé en commun parce que généralement enfin c'est ce que l'on nous apprend généralement on a un bilan on a certes notre objectif de soignant mais faut qu'il soit en correspondance avec ce que la personne désire et veut et donc réussir à négocier de toute façon faut que l'on réussisse à négocier parce que nos deux objectifs soient en commun donc le chemin c'est cela ce sont les étapes à suivre entre guillemets pour arriver à cette chose-là.

Dimitri explicite ensuite les étapes à réaliser à partir d'un exemple de prothèse de genou. Il part d'un postulat appris en IFMK, basé sur des attendus en fonction des phases. Il exprime la difficulté à hiérarchiser les données en fonction du patient, (erreur de type 3 de Audetat 2011).

E4 : prothèse de genou qu'est ce qui nous importe de prime abord cela va être l'œdème la flexion ensuite elle va pouvoir remarquer l'équilibre la fonctionnalité au jour le jour donc les montées d'escaliers et la vie ensuite chez lui et du coup arriver à certaines personnes qui restent assises toute la journée qui ont une maison de plain-pied et qui font jamais d'escaliers et qui restent enfermées toute la journée chez lui au final on va faire 15000 escaliers cela sera important au final s'il y a des trottoirs ou quelque chose comme cela ou pour aller travailler mais faire 15 étages cela ne sera pas forcément pertinent

par rapport à la personne après il y a des étapes indispensables si le genou il ne plie pas et qu'il reste tendu .

Il explique qu'il obtient aussi les informations nécessaires auprès du patient mais également auprès de son entourage, qui devient un acteur incontournable de la prise en charge. Celle -ci est de plus en plus ambulatoire pour des raisons économiques d'après les dernières sources bibliographiques référencées qu'il a lues. On peut retrouver dans cette idée la notion de « virage ambulatoire » préconisée par la loi de 2015 de modernisation du système de santé, et en particulier la notion de parcours de vie qui place le patient au cœur de son environnement⁷⁶

E4 : en discutant en lui parlant en se renseignant sur ce qu'elle faisait sur ce qu'elle fait sur son entourage aussi parce que l'entourage va jouer sur l'environnement prothèse de genou il y a des articles qui sont sortis ou on nous explique que finalement ce qui va on a tendance à les envoyer plutôt à domicile parce que cela coûte moins cher pour la société.

Pour lui, le tuteur a un rôle de guide dans la réalisation des étapes :

E4 : donc sur ce point-là au moins cela peut être intéressant ensuite la kiné elle va aussi indiquer même sur la façon de procéder je pense que l'on peut toujours être perfectible et que euh nécessairement il y a forcément une différence entre ce que l'on nous apprend ce que l'on veut nous apprendre ce que l'on nous apprend et ce que l'on retient et ce que l'on fait.

Dimitri semble nous parler de la transposition didactique (Chevallard, 1991) : la différence entre les savoirs à enseigner, les savoirs enseignés, les savoirs à utiliser et les savoirs utilisés. C'est en se basant sur son expérience personnelle, extrascolaire, de tuteur pour enfants en difficultés scolaires en mathématiques, qu'il analyse les besoins d'adaptation et d'amélioration de sa pratique. Il conceptualise à partir des difficultés observées chez les enfants, les solutions proposées et utilisées, pour transposer ces réflexions à l'enseignement de la kinésithérapie. Il illustre son propos avec un exemple basé sur l'apprentissage de la goniométrie, outil de mesure angulaire, dont on sait que la validité et la reproductibilité sont faibles, en clinométrie. Cependant, son enseignement permet d'aborder d'autres dimensions, telles que la rigueur dans la prise de repères osseux, l'habileté gestuelle et la représentation mentale du mouvement, mais aussi la conceptualisation dans l'action. (Vergnaud, 2011). L'étudiant qui oublie de vérifier son nouveau repère, après sa mobilisation, n'a ainsi pas intégré la compréhension du fonctionnement articulaire ni tissulaire. C'est un type d'erreur à la fois de compréhension du

⁷⁶ <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

contenu et de réalisation technologique, qui aura ensuite une répercussion sur le raisonnement clinique avec des résultats erronés et des hypothèses faussées. (Audetat, 2011)

E4 : cela peut être apprendre à compter cela peut paraître tout bête mais il y en a qui ont des difficultés avec cela rien que cela après cela va être moi je vais lui apprendre à compter le mieux cela serait sans les doigts pour la vie de tous les jours mais si je peux pas je vais faire avec les doigts donc je vais m'adapter et après ce qu'il va en retenir lui nous on veut lui apprendre à compter sans les doigts peut être que lui au départ il va trouver une façon plus facile de le faire en comptant avec les phalanges en kiné après cela peut être ce que l'on veut nous apprendre au niveau des bilans cela va être de mesure articulaire une certaine rigueur dans la mesure on va vouloir que cela soit bien précis bien droit le gonio et tout ce que l'on va en retenir cela va être une certaine façon de procéder placer le centre articulaire la précision par exemple au niveau des repères osseux un truc bête ou je sais que j'ai eu des collègues qui avaient du mal c'est quand un moment quand on fait au gonio on prend le centre articulaire en position de repos et on le repalpe en position fléchie l'épicondyle latéral du genou c'est jambe tendue ensuite jambe fléchie parce que la peau aura bougé .

Dorothee l'aide ainsi à réajuster sa pratique. Dimitri rejoint l'idée de sa tutrice, sur la différence entre ce qui est enseigné et ce qui est fait, la différence entre pratiques prescrites et pratiques réelles.

E4 : donc la kiné elle peut toujours indiquer là c'est bien mais en même temps tu as la peau qui a bougé faire il y aura des piqûres de rappel ou même après le fait de faire différemment entre la théorie et la pratique ou ben des fois on a à l'école on est quand même en termes de matériel on en a beaucoup au final et une fois en libéral on n'a pas forcément autant de matos donc cela permet de trouver des adaptations on va dire pour.

Cette contrainte temporelle de 30 minutes impose un certain nombre de savoir-faire procédural et cognitif. Dimitri estime que pour prendre soin du patient il doit lui limiter les temps de manutention et changements de position. Il doit avoir la capacité de regrouper toutes les activités à réaliser dans une même position. Ce savoir-faire nécessite de s'extraire une liste à effectuer, pour se constituer sa propre démarche en fonction du patient. Serait-ce sortir du « tiroir » dont ont parlé Béatrice et Christian ?

E4 : à l'école on est très protocolaire mesure d'amplitude on va faire toutes les mesures d'amplitudes en fait on a cours bilan cours traitement sauf que dans une séance il faut les deux sont un peu mixés une amplitude de genou si on fait la flexion ben si la personne est sur le ventre et une fois que l'on a fait la mesure droite gauche pour comparer ben on va peut-être attaquer tout de suite le gain parce qu'il est dans la bonne position pour étirer le droit fémoral à l'école on fera d'abord le bilan et dans un autre cours suivant on fera le traitement et on fera pas forcément l'enchaînement entre les deux

Dg : et c'est important cet enchaînement ?

E4 : ben sur une demi-heure si c'est du libéral on n'a pas forcément enfin à mon sens ça fait gagner un temps et ce qui veut dire gagner du temps veut dire on a le temps de faire plus de choses

Cela rejoint l'idée de Christian (entretien T3) de rentabiliser la séance, en donnant beaucoup au patient et en multipliant les exercices. Dimitri estime que la mixité des éléments de bilan et de traitement permet d'engager le patient dans son traitement et d'éviter le « vagabondage » médical. Il pense que cela permet d'obtenir tout de suite un résultat de traitement.

E4 : plus de choses parce que déjà les patients quand ils viennent ils s'imaginent qu'ils vont avoir un traitement magique si on ne les accroche pas dès le début mais ils vont passer d'un kiné à l'autre à l'autre à l'autre et il n'y aura pas de traitement sur le long cours d'une part et

Dg : c'est quoi accrocher ?

E4 : cela veut dire qu'ils vont pas comment on appelle vagabonder comme en (tape des doigts sur la table) (silence) comment cela s'appelle cela a un nom ça en plus si vous faites une séance chez un kiné puis une autre chez un autre kiné au final si on ne fait qu'un bilan elle va faire un bilan chez l'un puis encore un autre bilan chez l'autre puis l'autre encore chez l'autre à aucun moment elle n'aura eu un traitement alors que si l'on arrive par ce gain de temps à faire le bilan et commencer le traitement ben on aura quand même gagner un peu

Ce regroupement permet de gagner la confiance du patient et donner l'impression d'une maîtrise technologique. Cela nécessite d'avoir la capacité de faire des interprétations très rapides des résultats de mesure obtenus et d'anticiper sur le reste de la séance à réaliser.

E4 : Si on fait tout le bilan la personne déjà s'est fatiguée déjà parce qu'elle s'est retournée dans un sens dans un autre lalala ça peut sur certains ça les mets moins en confiance parce que ça donne l'impression que qu'on les tourne en bourrique un peu et que l'on ne sait pas forcément ce que l'on fait et si on fait du coup la personne que l'on a mis sur le ventre et que l'on retourne pour faire la mesure d'angle poplité faudra qu'on la remette sur le ventre pour étirer ses droits fémoraux alors que finalement vu qu'elle était déjà sur le ventre autant le faire tout de suite si on voit un déficit important à partir de là

Cela rejoint la problématique de Christian qui cherchait à donner un tempo et une fluidité à la séance (Faure, 2000).

E4 : Je pense qu'en fait en libéral on va peut-être avoir plus tendance à ce que cela soit moins séquencé et plus fluide.

Quand il parle de moindre séquençage, Dimitri fait référence au séquençage analytique de l'enseignement à l'IFMK, où, pour une raison didactique liée à l'apprentissage par petits pas des étudiants, les cours sont parcellisés, alors que dans la pratique, actes de bilan et de rééducation se fondent.

E4 : c'est-à-dire qu'on fait le bilan et le traitement en même temps on l'enchaîne tout de suite alors qu'en cours on a vraiment on nous sépare vraiment bien partie bilan qui est un cours à part et partie traitement qui est vraiment une séance à part c'est vraiment deux choses séparées.

Le bilan lui sert à évaluer la progression, pour son propre compte et pour montrer celle-ci au patient.

E4 : quand même rien que pour voir l'évolution et pour l'aspect motivationnel si on arrive à faire un bilan et que l'on en refait un plus tard on pourra lui dire on a fait tout cela certes on n'est pas arrivé au bout mais vous voyez on a quand même progressé du coup cela jalonne son parcours c'est woauh je pense c'est motivant.

Dimitri se sert du bilan pour vérifier son processus de traitement, et adapter son traitement en fonction de l'évolution du patient.

E4 : parce que l'on voit aussi la progression on voit justement ce que je disais si on a le bon processus si on a mis les étapes dans le bon ordre parce que ce qui est valable pour l'un n'est pas forcément valable pour l'autre du coup on voit si cela stagne ou si cela progresse et si cela stagne faut peut-être que l'on modifie notre traitement.

Dimitri ne semble pas parler d'un bilan évolutif, adapté au cas particulier, avec des recherches d'hypothèses de travail, selon le principe du raisonnement clinique (Charlin, 2012). Il ne semble en recherche d'hypothèses causales pour expliciter ses difficultés de traitement ou de stagnation de l'évolution du patient. Sa préoccupation est plutôt d'automatiser (Kahneman, 2012) un bilan stéréotypé à reproduire, et d'avoir la capacité de le faire en double tâche. Il recherche l'incorporation de son bilan. (Faure, 2000 ; Mayen, 2015)

E4 : à mon sens non parce qu'il faut quand même que cela soit des termes qu'ils aiment bien à l'école (rire) rigoureux méthodique précis et ensuite faut si l'on commence à le modifier pour chacun ben au final le bilan l'autre truc il peut être fait très rapidement si cela devient une routine dans le sens ennui et on le fait sans faire gaffe à ce que l'on fait mais une routine dans le sens où l'on arrive à faire un peu comme quand on marche et l'on parle on arrive à parler on fait une double tâche on arrive à le faire sans y penser du coup cela s'enchaîne de façon comme je le disais fluide en s'arrêtant sur les points essentiels .

Dimitri a observé chez Dorothée les critères qu'il attribue à cette beauté du geste et qu'il estime voir de façon subjective. Le processus de bilan se caractériserait par une capacité à parler tout en réalisant un enchaînement fluide et interrompu de geste. Nous pourrions ici formuler l'hypothèse que nous sommes peut-être en présence d'un corps opératif. En paraphrasant Faure (2000) et Hilpron (2012), le raisonnement clinique est alors une procédure d'incorporation langagière et corporelle des techniques et savoirs de rééducation pour les restituer fluides de « belle » manière lors de la séance, débouchant sur un processus « faire kiné, faire de la kiné, faire sa kiné ». Il est une voie de professionnalisation (Wittorski, 2007)

E4 : déjà il y a une double tâche elle arrive à faire son bilan et à parler quand même déjà il y a cela ensuite la fluidité si l'on part sur l'ergonomie il y a une sorte de beauté du geste dedans donc il n'y a pas de moment où elle réfléchit à ce qu'elle va faire elle sait déjà ce qu'elle va faire il y a déjà ce processus en fait de bilan

Dg : *comment vous savez cela qu'elle a déjà ce processus de bilan ?*

E4 : *cela se voit après c'est peut-être subjectif mais cela se voit*

Dimitri a utilisé, à plusieurs reprises, des mots évocateurs de chemin tels que étapes à suivre, aiguillage, but à atteindre, parcours, jalon, progression. Sans doute, le stage auprès d'un tuteur étayant qui lui donne un retour sur son travail, est-il pour lui une étape sur le chemin de l'acquisition de son automatisme, de son style et genre kinésithérapiques (Clot & Faïta, 2000) ? Le voyage évoqué est-il la description du processus d'incorporation et d'acquisition du raisonnement clinique ?

E4 : je pense que cela nous aide à acquérir le nôtre chaque kiné à sa façon de procéder cela paraît plus simple de faire comme si ou comme cela ou que l'on lui a appris comme cela et cela et du coup cela permet de trouver le nôtre à mon sens.

14.4.3 Le patient fait son show

La séance de la triade 4 s'est déroulée l'après-midi, à 14h, après les deux entretiens. Dorothée a consacré son activité libre de l'après-midi à la réalisation de cette séance.

Dorothée T4 a demandé à Daniel de se prêter au jeu de cette première séance, qui va aussi servir de repère de progression en vue de l'évaluation de fin de stage. Jusqu'à la dernière minute, Dorothée n'était pas sûre de sa venue. Daniel a fréquenté longtemps ce cabinet, il était pris en soin par Dorothée, avant de partir en fin d'adolescence vers un autre cabinet davantage orienté vers l'accueil de sportifs. Il est actuellement suivi dans ces deux cabinets différents, l'un à prédominance plutôt sportive et celui-là pour sa pathologie neurologique, où il vient de revenir il y a quelques mois. Il est maintenant suivi par la consœur de Dorothée. Celle-ci ne l'a pas pris en soins depuis quelques années, c'est donc aussi une nouvelle première rencontre pour elle. Daniel est handicapé depuis sa naissance, il a pratiqué très longtemps l'escrime, il est maintenant athlète handisport de haut niveau en badminton.

La séance a duré 55 minutes. Le temps de parole a été occupé à environ 38 % par le patient, à 30 % par Dorothée. Dimitri qui a assuré la pratique de cette première séance, a parlé pendant 15 % du temps de parole. Il n'y a pas eu de discours pendant certains temps de la séance, lors des réalisations d'exercices par exemple, ce qui explique le temps de couverture en parole différent de 100%. La répartition du temps de parole se trouve en figure 37.

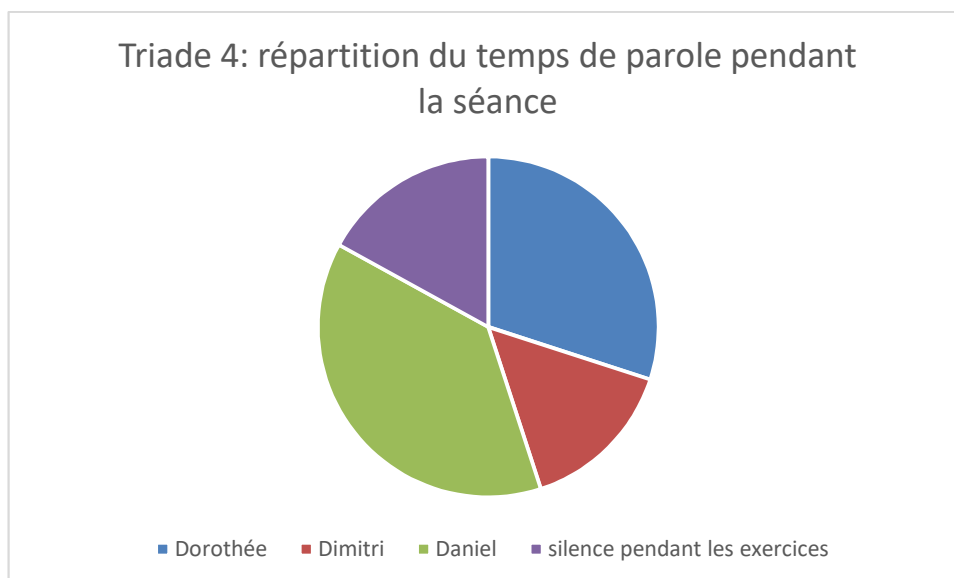


Figure 37: Répartition du temps de parole pendant la séance

Le temps de séance est long sans doute en raison de l'organisation particulière de cet après-midi-là. Le patient a pris une place particulière dans cette séance enregistrée. C'est la seule séance enregistrée où le patient a pris une telle place et où il s'est positionné comme formateur. Il a aussi beaucoup étayé l'étudiant, s'alliant ainsi avec le tuteur dans une sorte de co-médiation. (Lescouarch, 2018). (Figure 38) Nous développerons ce rôle du patient dans les épisodes significatifs (cf. chapitre 15.4 : le patient form-acteur).

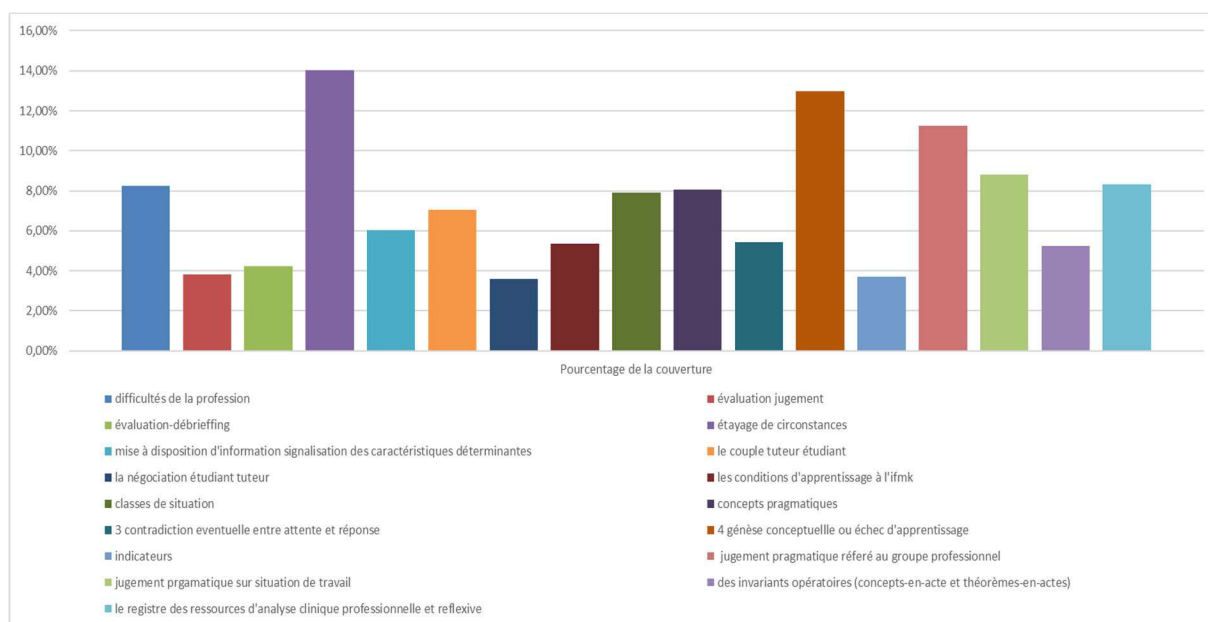


Figure 38: Éléments du discours au cours de la séance de la triade 4

Pendant qu'il se rhabillait en fin de séance, hors enregistrement, sans doute sous le coup de l'émotion de la séance et de la présence de la caméra, Daniel a livré pendant 11 minutes, à l'attention de Dimitri, un témoignage plein de maturité sur son parcours de sportif handisport de haut niveau. Dorothee avait les larmes aux yeux de voir ainsi l'évolution d'un patient qu'elle avait accompagné de très nombreuses années.

La consigne de la séance est peu explicite. C'est le patient qui demande quelle position adopter. La tutrice T4 semble hésiter « *on va peut-être faire* ». Elle lui rappelle que Dimitri ne le connaît pas et doit procéder à son observation. Le patient annonce alors sa difficulté liée à la présence de la caméra. C'est le seul patient qui a exprimé verbalement cette pression ressentie face à la vidéo. La prescription médicale n'a pas été présentée à l'étudiant ni l'histoire de la maladie décrite. L'attente du patient n'a pas été mentionnée.

T4 : *ah oui parce que tu on va peut-être faire*

P4 : *non*

T4 : *attends il va te regarder parce qu'il ne te connaît pas du tout*

E4 : *bon allez go ça mets un peu la pression*

P4 : *quoi la camera*

T4 : *toi non mais il a l'habitude c'est une star*

Dimitri cherche alors un outil et commence à effectuer des mesures centimétriques tout en engageant la conversation avec le patient. Cet interrogatoire est plutôt centré sur l'activité estivale actuelle du patient. Si l'on n'était pas dans un cabinet de kinésithérapie, il ne serait pas possible de discerner qu'il devrait s'agir d'un entretien à visée clinique. Rapidement, Dorothee interrompt la conversation, interpellée par cette recherche de mesure volumétrique musculaire chez un sportif de haut niveau. Par son interrogation, elle cherche à la fois à interroger l'étudiant sur son choix et aussi à lui indiquer la direction qu'elle aurait prise (Kunegel, 2011). Dimitri s'est axé sur une dominante musculaire, sans doute influencé par la marche caractéristique du patient, révélant des irrégularités.

T4 : *et là cela va t'amener quoi ?*

E4 : *la différence de niveau du volume musculaire*

T4 : *mais tu ne le vois pas là ?*

E4 : *si mais je l'objective non ?*

T4 : *tu peux mais enfin bon pour moi personnellement ce n'est pas ma priorité tu peux*

E4 : *tu serais partie sur enfin pour moi ce serait sur l'hypertonie ?*

S'en suit alors un dilemme entre tuteur et étudiant. Dimitri semble suivre les recommandations de son autre tutrice. Manifestement, Dorothee n'est pas en accord avec les préconisations faites par sa consœur, qui lui semblent en dehors du quotidien. Faut-il objectiver dans une démarche probante ou se fier seulement au regard clinique ?

T4 : *est-ce que dans la vie dans la vraie vie tu aurais fait comme cela*
E4 : *oui parce que tutrice X m'a rabâché*
T4 : *OK*
E4 : *j'aurai fait*
T4 : *vas-y fait fait ce que tu aurais fait là tu aurais fait comme cela OK*

Dorothee reprend la main, en réorganisant l'entretien sur des données cliniques telles que l'âge du patient. Le tandem patient/tuteur semble dans une relation particulière de « donnant donnant ».

T4 : *tu as quel âge Daniel*
P4 : *c'est bien parce je lui ai dit y a deux semaines*
T4 : *ah oui 23 ans*
P4 : *ah ben tu vois quand tu veux*
T4 : *oui mais lui il ne se sait pas*
E4 : *c'est pour moi*
P4 : *ah je ne peux pas deviner*

Dorothee poursuit en essayant de jouer sur l'étonnement et la curiosité de Dimitri, (Thievenaz, 2017) pour lui redonner la main sur le déroulé de l'entretien. (Kunegel, 2011). Sans doute, l'étudiant a-t-il semblé trop surpris, le patient a alors traduit sa gêne fonctionnelle pour qu'il comprenne l'intérêt de l'intervention.

T4 : *donc ton problème il date de quand*
P4 : *de ma naissance*
T4 : *de la naissance*
P4 : *sachant que je me suis fait opérer deux fois*
E4 : *opéré de ?*
P4 : *des tendons ils m'ont rallongé un tendon j'ai eu un rallongement des tendons*
E4 : *rallongement*
P4 : *et une arthrodèse du poignet*
E4 : *d'accord*
P4 : *ben si tu veux pour te faire la traduction avant j'avais le poignet comme ça plus ferme mais pratiquement comme ça*
E4 : *plus fermé*
P4 : *ce n'était pas le vélo le plus gênant si à la limite c'était surtout pour tout ce qui était manipulation quoi tout ce qui était*

Dorothee demande ensuite à Dimitri son avis sur la situation, selon l'étape 2 du raisonnement clinique (Charlin, 2012). Il devait se projeter sur son apport thérapeutique dans cette situation. C'est finalement la première consigne explicite de la séance. Cependant cette situation imposée est-elle dans la zone de développement proximale de l'étudiant ? A-t-il compris le contexte de la maladie chronique ?

T4 : *donc donc là Daniel il a 23 ans il a une pathologie de naissance donc ton but à toi cela va être quoi ?*

Manifestement, Dimitri ne comprend pas la demande. Est-il dans l'incapacité à formuler le portrait global de la situation ou erreur de type 4 de l'apprentissage du raisonnement clinique

(Audetat, Laurin, Dory, Charlin, & Nendaz, 2018) ? Dorothée reformule alors son souhait en réduisant les degrés de liberté.

T4 : ton but dans la séance cela va être quoi tu le prends en charge là tu déjà je pose le postulat que tu es un jeune kiné un kiné du centre tu remplaces un kiné Damien tu as Daniel pour la première séance tu le vois ton but cela va être quoi

N'obtenant pas la réponse attendue, Dorothée réduit encore le degré de liberté avec une nouvelle consigne plus détaillée. Par son questionnement elle cherche à développer l'auto-analyse chez Dimitri (Piot, 2015). Elle essaie de faire de son postulat un commentaire généralisant en lui faisant prendre conscience des particularités de ce patient sportif paralympique de niveau international.

E4 : maintenir les amplitudes

T4 : maintenir les amplitudes OK est ce que le fait de mesurer les amplitudes

E4 : non le fait de mesurer n'a pas d'importance

T4 : là je mets dans le postulat d'une séance je ne sais pas si j'ai pris le bon mais là je suis dans le postulat d'une séance et une séance tu vois tu n'as pas 3 heures non plus tu penses que c'est nécessaire bon on est d'accord si tu vois un patient que tu vas suivre au long cours mais Daniel P4 c'est un cas particulier

Cependant Dimitri persiste dans son idée d'objectiver le volume musculaire, alors Dorothée lui fournit les arguments de compréhension de son erreur de jugement en s'appuyant sur la connaissance du tableau clinique, de l'évolution habituelle de la maladie et des effets de la croissance sur une maladie chronique. (Jugement pragmatique de la situation Piot 2015).

T4 : est-ce que tu penses même si tu vas prendre des périmètres qu'il te dit qu'il fait du sport

E4 : oui au final

T4 : tu t'en fous tu ne récupéreras jamais au niveau du volume musculaire augmenter les périmètres c'est pas ton but tu t'en fous je veux dire quand c'est encore une pathologie quand c'est une atteinte

E4 : oui quand c'est plus large

T4 : là ça fait 23 ans qu'il l'a

E4 : il est tout jeune

T4 : il est installé avec et en plus il fait du sport donc ces amplitudes enfin sa masse musculaire il l'entretient quotidiennement

E4 : d'accord

Dimitri régule alors son attitude et demande des conseils pour son orientation thérapeutique au membre supérieur.

E4 : et du coup au niveau du membre sup

T4 : au membre sup tu regardes un peu ces amplitudes tu lui demandes ce qu'il peut faire comment en actif et en passif

E4 : en passif

P4 : quand tu entends crac c'est que ce n'est pas bon

La maîtrise technologique ne semble pas au rendez-vous pour Dimitri car de nouveau Dorothée intervient et lui donne un indicateur de non-maîtrise de la situation. Il confond deux notions conceptuelles de biomécanique : la course angulaire et l'amplitude articulaire. Dorothée lui adresse alors sa vision du traitement fonctionnel, dans le cadre d'une maladie chronique congénitale, centrée sur la gêne ressentie par le patient. Si nous nous référons au modèle de *l'évidence base practice* basé sur les trois pôles : demande du patient, expérience et données probantes, Dorothée utilise plutôt le versant « demande du patient » (Gedda, 2017).

T4 : *là tu n'es pas sur les amplitudes déjà tu mobilises*

E4 : *comment ça*

T4 : *tes amplitudes tu les regardes*

E4 : *dans l'aisance tu les regardes*

T4 : *oui enfin moi je n'irai pas si loin tu ne vas pas au maximum tu regardes déjà ce qu'il peut faire si tu lui tires dessus tu lui fais un étirement donc tu n'es déjà plus dans les amplitudes dans les amplitudes normales et là l'important c'est là la fonction l'important pour moi c'est la fonction Daniel tu es gêné dans certains mouvements concrètement là on est au niveau du membre supérieur là au niveau du bras qu'est ce qui te gêne*

P4 : *moi je suis un cas particulier cela fait 23 ans que je vis avec*

Daniel révèle alors un détail de son handicap. Il vit avec son bras tel qu'il est et a moins de sensibilité. Ce détail d'importance qui fait partie du tableau clinique habituel de la pathologie aurait dû effleurer l'esprit de Dimitri (Guerrasio & Lessing, 2017). Aborder une maladie chronique se révèle alors difficile car comme le dit Dorothée, le patient a grandi et s'est construit avec et en même temps que son handicap, qu'il a totalement intégré dans son schéma de vie.

T4 : *oui mais tu t'en sers un peu quand même en tout cas tu fais en sorte qu'il t'embête le moins possible*

P4 : *euh c'est surtout au niveau de la sensibilité je n'ai pas la même sensibilité avec la main qu'avec la main gauche quoi.*

Daniel explicite alors ses compensations ;

T4 : *je vais prendre un exemple tout con euh les tractions je vais les faire si tu veux mais je vais vachement compenser à gauche après j'en fait pas 50 mais je vais vachement compenser à gauche en sachant tout de même que j'ai de la force à droite mais je compense vachement à gauche c'est après c'est pareil à chaque fois que je vais faire un truc ou il va falloir la force des deux bras je vais y arriver même si je n'ai pas beaucoup de force là mais je vais vachement compenser avec mon bras gauche.*

Dorothée lui donne alors une ficelle du métier : l'importance de répondre à la demande du patient fait l'intérêt de la rééducation pour celui-ci et facilite son adhésion au traitement.

T4 : *j'ai déjà essayé avec plein de gens ça ne marchera pas j'ai dit je ferai plus kiné je ferai Daniel ça a déjà été fait et je ne m'appelle pas Bernadette cela sera sainte Dorothée et ticket parce que chez lui tu vas répondre à sa demande et sa demande cela sera quoi sa grande demande c'est le sport il ne te parle pas de manger machin non il te parle de faire des tractions donc en fait on va s'adapter donc si on s'adapte aux tractions on sera obligatoirement dans la sienne*

P4 : *Daniel*

T4 : *tu vas tricoter non mais ce n'est pas elle qui te cherche c'est son attente et en plus tu lui feras parce quand même c'est un bourricot oui c'est un bourricot donc si tu ne réponds pas à sa demande tu vas vite le laisser et tu ne le verras plus*

P4 : *pioupiou*

On assiste alors à un tournant dans la séance, le patient prend « la main » et explicite à Dimitri ce qu'il doit regarder et ce qu'il devrait voir. Il lui donne les clefs de compréhension de son attitude, c'est un presque un « patient livre ouvert ». Dorothée semble laisser la main à Daniel, en valorisant le rôle du patient. Le patient se place ainsi en médiateur du savoir, comme dans le modèle du quadrilatère développé par Lescouarch (2018) .

T4 : *le pied*

P4 : *le pied je ne sais pas si tu m'as vu marcher il n'y a pas un truc qui t'a marqué*

E4 : *moi j'ai regardé le genou et le pied qui ne suivait pas c'est bon*

P4 : *ce n'est pas qu'il ne suit pas si tu veux c'est que*

T4 : *mets-toi debout et puis vas-y Daniel*

P4 : *normalement regarde on va faire un constat simple regarde mes deux pointes de chaussures*

E4 : *oui tu les frottes par terre*

P4 : *regarde celle de droite*

T4 : *c'est Daniel là tu as de la chance tu as un patient qui maîtrise tout il se connaît bien il connaît*

Daniel avec ses explications démontre à Dimitri son erreur de départ concernant les mesures centimétriques des volumes musculaires. Daniel sait très bien analyser ses difficultés fonctionnelles. Il semble jouer avec les consignes pour l'intriguer et susciter sa curiosité, à comprendre et résoudre le problème du patient. Dorothée a une consigne d'enrôlement (Kunegel, 2011) qui semble renforcer les consignes du patient. Ils réalisent un co-étayage de l'étudiant.

P4 : *regarde la pointe à droite quand je cours ça va être pareil je vais attaquer c'est pour cela que je te dis regarde mes chaussures parce c'est flagrant ah oui là c'est chaud si tu regardes mes deux pointes de chaussures*

T4 : *donc*

E4 : *du coup sur les appuis au Bad*

P4 : *sur les appuis au Bad et tu remarques que ouais mais non honnêtement je me rends compte que je compense vachement mais moins parce que j'ai quand même assez de force du côté droit même si j'ai une jambe qui est assez enfin ça ce n'est pas flagrant non plus car si tu regardes les deux bras tu te rends moins compte sur les jambes que sur les bras*

E4 : *ouais*

Alors que Daniel poursuit la formation de l'étudiant (voir paragraphe infra) Dorothée reprend la main en mettant Dimitri en configuration de travail semi-assistée, et lui donne les consignes de travail, pour le remettre dans une séance productive, l'objectif initial de la séance.

T4 : *donc en fait il n'y a plus qu'a*

E4 : *faut surtout*
 T4 : *il n'y a plus qu'à travailler et n'oublie pas ce qu'il t'a dit ce qui le gêne le plus c'est*
 E4 : *les tractions*
 T4 : *non la sensibilité tu disais*
 P4 : *le toucher*
 T4 : *tu vas*
 E4 : *et comment tu le*
 T4 : *tu vas travailler les amplitudes pourquoi parce qu'il faut quand même les conserver*
 E4 : *ouais*
 T4 : *après et tu vas travailler la main*

Au questionnement de Dimitri sur la façon de travailler la main de Daniel, Dorothée élude la question (Kunegel, 2011) préférant adresser un geste professionnel de sollicitude envers le patient (Eyland & Jean, 2017). Ces auteurs ont classifié ces gestes-là comme étant caractérisés par des marques d' « inquiétude, de réassurance, de prise en compte des demandes, de geste langagier envers la personne ». Dimitri explicite alors oralement à voix haute les résultats de son bilan. Daniel confirme les résultats. Puis Dorothée devant sa non-compréhension de la situation fonctionnelle de ce membre supérieur semble lui porter l'estocade verbale finale, en lui rappelant le nom de la pathologie du patient.

E4 : *ben comment tu ferais travailler cela du coup ?*
 E4 : *finalement il n'y a que l'amplitude qui me*
 T4 : *ben faut que tu la travailles elle en a besoin*
 P4 : *ben vas-y (silence) ah ben non ce n'est pas celui-là que je pensais*
 E4 : *ça en fait il y a que le coude qui en fait*
 T4 : *oui mais*
 P4 : *le coude au niveau extension*
 E4 : *la rotation*
 P4 : *oui la rotation elle suit après*
 E4 : *pronation supination (silence bruits) Pronation ça va c'est en sup en fait que*
 T4 : *normal*
 E4 : *quoi*
 T4 : *ben c'est une hémiplégie (silence bruit)*

Cette leçon semble se poursuivre en insistant sur la nécessité d'écouter le patient et de décrypter ses mots pour les traduire en concepts médico-kinésithérapiques. Cette étape correspond à l'erreur de type 1 dans l'apprentissage du raisonnement clinique (Audetat, Laurin, Dory, Charlin, & Nendaz, 2018). Dorothée lui rappelle alors la spécificité de ce type de patient. Il est certes un malade chronique, mais c'est surtout un handi-sportif de haut niveau. Béatrice et Christian ont eux aussi insisté sur la nécessité d'écouter les mots du patient pour entendre les maux du patient et adapter la thérapeutique.

Ne peut-on pas souligner ici une contradiction chez la tutrice. Elle dit se situer dans le bien-être du patient plutôt que le geste technique, mais se montre toute-puissante dans cet échange avec l'étudiant. Elle se positionne dans la bienveillance envers le patient et dans le dirigisme

envers l'étudiant. Cela est sans doute renforcé par le « pushing ball » du patient envers la tutrice. Le patient devenant tuteur de l'étudiant, Dorothée se sent dans l'obligation de réaffirmer sa place de tutrice, en prenant un rôle de sujet sachant.

E4 : *qu'est ce qui ne va pas là*

T4 : *regarde par là*

E4 : *plus par là*

T4 : *regarde ce que tu as-tu en as ?*

E4 : *ben je ne sais pas ce que*

P4 : *d'après toi*

T4 : *c'est plus il ne sent rien*

E4 : *il ne sent rien qu'est-ce que tu arrives à faire qu'est-ce que tu fais plier les doigts*

P4 : *le pouce si je ne le pousse pas mais voilà l'index il est vachement raide mais la main déjà en ce moment elle est vachement raide*

T4 : *si le patient dit la main est raide c'est que déjà il te dit elle peut être moins raide cela veut dire que par la mobilisation tu dois pouvoir assouplir (silence) ce n'est pas tout le monde écoute le surtout lui hum surtout lui parce que ce n'est pas du*

P4 : *elle va me faire payer après*

T4 : *ce n'est pas du confort mais presque par rapport à d'autres par rapport à quelqu'un qui aurait un problème lambda qui a eu le problème et qui ne fait pas ce qu'il fait monsieur tout le monde qui a tandis que là tu as la chance d'avoir un sportif de haut niveau*

E4 : *très haut niveau même*

T4 : *donc faut leur favoriser la vie faut s'adapter*

Pour étayer son propos sur le décryptage des attentes du patient au-delà des mots prononcés, Dorothée, connaissant bien son patient, installe une sorte de défi, pour expliciter à son étudiant les attentes très précises du patient, alors même qu'il semble rebelle et faire un show et s'engager dans une forme de « pushing ball » verbal avec Dorothée. Dimitri prend alors la « défense » de sa tutrice. Si l'on reprend le triangle pédagogique (Houssaye, 2014), les trois côtés du triangle ont été plus ou moins saillants en fonction des épisodes de la séance.

T4 : *dans ce que je dis j'ai tort ou pas*

P4 : *de*

T4 : *si tu viens ici tu veux quoi*

P4 : *des baffes ça te va*

E4 : *elle serait capable de t'en donner fais gaffe*

T4 : *il le sait*

P4 : *non mais ça je ne me fais pas de souci ça on y va elle m'en a mise avant toi oui ben après j'ai des demandes précises*

T4 : *donc l'important c'est qu'en même temps on réponde à tes demandes*

E4 : *jusque là*

T4 : *alors moi je vais aller encore plus loin tes demandes précises il y a un exercice que tu n'aimes pas dont tu parles*

P4 : *oui d'accord traduction ça veut dire vas-y lâche toi*

T4 : *ça veut dire que tu sens qu'il est efficace sinon tu n'en parlerais pas*

P4 : *oui il est efficace quand est-il efficace chope là le truc*

Durant cette séance, les différentes étapes du raisonnement clinique (Charlin, 2012) ont été travaillées, depuis le repérage des indices clés, la traduction des mots du patient jusqu'à l'élaboration du plan de traitement. Dimitri s'est, semble-t-il, précipité sur le patient sans utiliser son regard clinique, ni mobiliser ses connaissances du tableau clinique et de l'évolution habituelle de la maladie. Dorothée a cherché à mobiliser les compétences d'analyse réflexive de l'étudiant pour l'aider à se réguler (Piot, 2015). Le patient a joué un rôle prépondérant dans la transmission des informations clés concernant son handicap, son adaptation à son sport. Serait-ce une situation d'apprentissages réciproques dans la rencontre de soin, que Thievenaz définit comme une « espace de partage d'expériences » (2017). Sans doute la longue relation thérapeutique qu'ils ont eue et l'accompagnement réalisé par Dorothée plein de sollicitude (Eyland & Jean, 2017) lors de la jeunesse de Daniel ont-t-il permis un tel *show* et dévoilement du patient, en toute confiance. (Lescouarch & Adé, 2015)

14.4.4 « Tout ce que l'on n'apprend pas dans les livres »

L'hétéroconfrontation à la vidéo de la séance a eu lieu environ une heure après la séance, au domicile de Dorothée, sur la terrasse de celle-ci en plein air, en bonne convivialité. Elle a duré 33 minutes.

Dorothée a réalisé les trois quarts du temps de parole de l'enregistrement, et Dimitri 16%. (Figure 39)

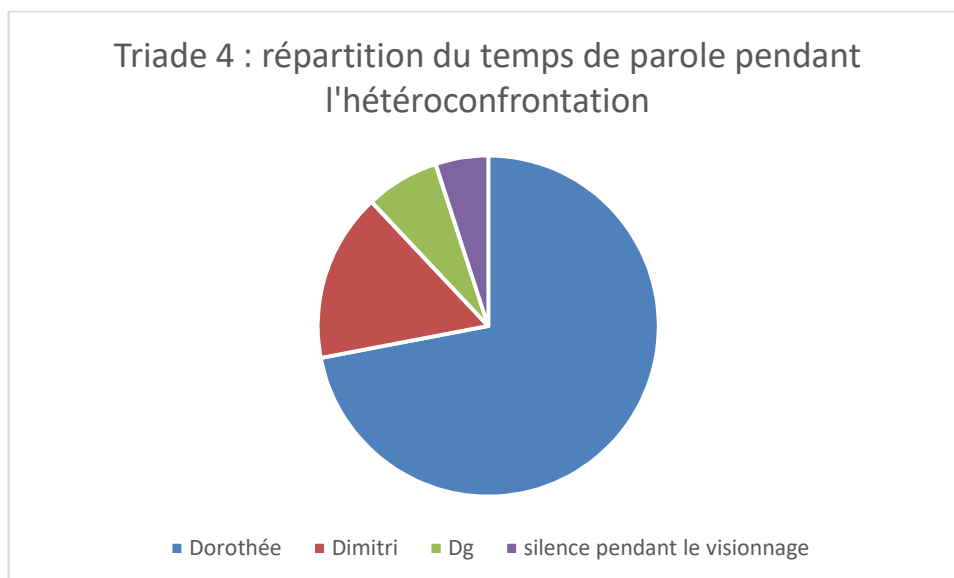


Figure 39: Répartition du temps de parole pendant l'hétéroconfrontation de la triade 4

Plusieurs thèmes majeurs sont ressortis : l'étayage de circonstances (Bruner, 1981) et les éléments de la structure conceptuelle (Pastré, 2011). (Figure 40)

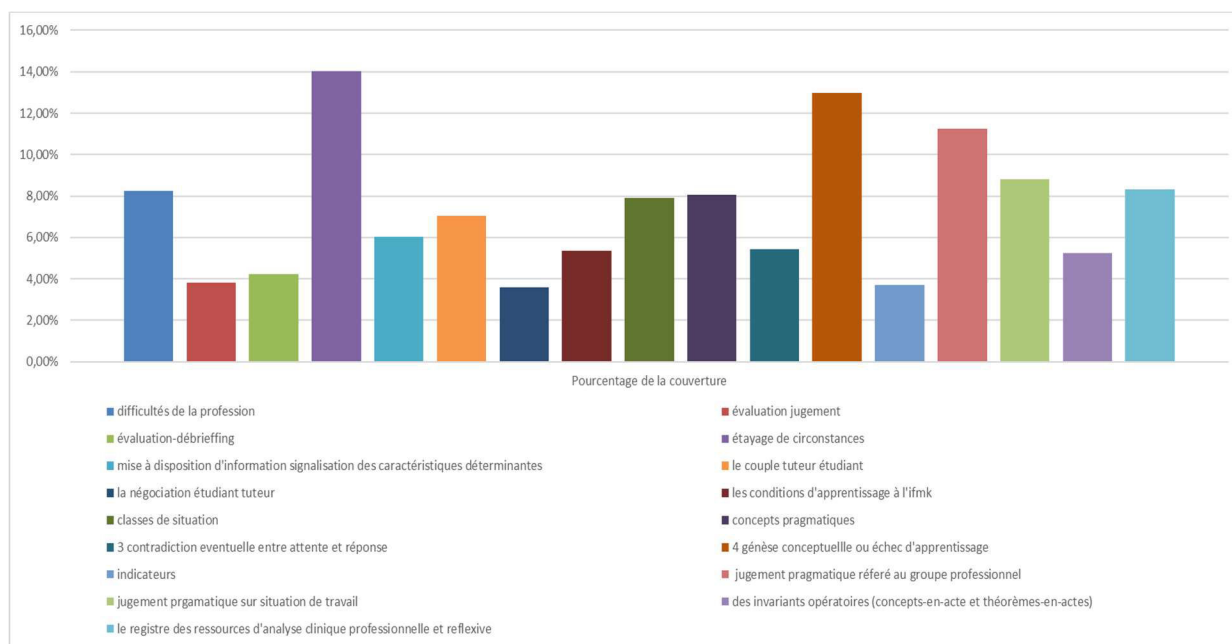


Figure 40: Éléments de discours de l'hétéroconfrontation de la triade 4

Dorothee debriefe sur l'attitude de Dimitri. Elle lui donne les indicateurs de la norme professionnelle (Lefevre, Garcia, & Namolovan, 2009) : la prise de contact, la prise d'informations professionnelles et personnelles sur le patient. (Étape 1 du raisonnement clinique Audetat 2011).

P4 : *tu as vu il n'écoute qu'une seule chose il n'entend pas en fait*

T4 : *là c'est bon tu commences à prendre contact avec le patient lui demander ce qu'il fait ce qu'il est tout là déjà c'est bon après c'est là peut être qu'après on a le bilan car après ça les mesures tu t'en fous*

Dorothee revient sur les mesures et sur la nécessité de mêler geste de bilan et acte de traitement. Dimitri a la capacité d'analyser lui-même la non-adaptation de son geste à la situation du patient. (Piot, 2015)

P4 : *c'est vrai que là avec Marie j'étais avec des enfants donc c'était important mais au final le bilan je le fais tout seul*

T4 : *c'est du concret ce n'est pas du papier en fait c'est ce que l'on t'apprend à l'école faut faire un bilan un machin mais ton bilan tu le fais au cours de ta séance*

P4 : *mais en fait du coup c'est ce que je disais avant c'est difficile parce que nous en école on nous sépare vachement le bilan du traitement mais c'est vrai que du coup en libéral cela se fait dans l'enchaînement*

Dorothee reconnaît qu'elle ne facture aucun bilan malgré la valorisation financière de celui-ci et malgré l'obligation réglementaire qui lui est faite depuis 1996. Elle utilise l'étayage de prévention pour l'encourager (Bruner, 1981)

E4 : *c'est pour cela qu'en plus je trouve cela difficile du coup d'arriver à*
T4 : *tu vas y arriver d'accord en plus moi je ne suis pas le bon exemple parce qu'un bilan qui est codifié côté un bilan côté je n'en fais jamais*

Dorothee nuance son propos : elle réalise des bilans dans sa nouvelle spécialité, la rééducation maxillofaciale, même si elle estime que tous les résultats sont identiques. Est-ce un problème de tri des patients ? Le médecin ne lui prescrit-il que le même type de patient ? Ou est-ce l'effet COVERA lié à l'utilisation de son système 1 rapide, intuitif, qui ne lui fait voir que les quelques éléments qu'elle connaît de sa nouvelle spécialisation en cours ? (Kahneman, 2012). Le système 1 décrit par Kahneman est un système rapide qui Elle affirme tout de même que le bilan se fait progressivement au fur et à mesure de l'arrivée des informations et du contact avec le patient. Pour Charlin (2011) la troisième étape du raisonnement clinique est une étape de représentation stabilisée de la situation, réalisée après quelques séances. Dorothee émet une différence entre séance et bilan, alors qu'elle prône l'enchaînement, cela semble paradoxal. Elle donne un indicateur pragmatique à Dimitri. Il n'est pas encore en capacité de trier les informations et les prioriser. C'est une erreur de type 3 du raisonnement clinique (Audetat, Laurin, Dory, Charlin, & Nendaz, 2018). De plus, la contrainte temporelle de la séance en une demi-heure est un frein à sa réalisation (Aper, et al., 2015)

T4 : *en maxillofacial là je les fais pourquoi je n'en sais rien parce que tu trouves toujours la même chose en plus mais en plus quand tu vas voir ta séance tu as quand même un temps court donc là si tu veux faire une séance de kiné tu ne peux pas prendre le temps de faire un bilan à moins que tu aies ton toubib qui te demande un bilan auquel tu vas faire un bilan mais sinon le bilan il va venir au fur et à mesure de ta séance De ce qu'il dit et de son attente*

E4 : *c'est vachement difficile de mettre en exergue le*

T4 : *c'est normal*

E4 : *tu l'entends tu sais mais tu ne le*

T4 : *parce que toi tu entends écoutes tout c'est ce que je dis après avec l'habitude après tu sélectionnes*

Dorothee compare la sélection des informations à l'apprentissage de la conduite automobile. La prise d'informations est semblable au regard jeté dans le rétroviseur ; qui après automatisation devient plus sélective et appropriée. (Kahneman, 2012) ce que Froissart a dénommé les « coups d'œil et d'oreille » du professionnel (2018).

T4 : *quand tu apprends à conduire tu regardes tout tu es tout le temps dans ton rétroviseur toutes les cinq secondes après tu vas regarder dans ton rétroviseur au bon moment enfin si l'on peut dire qu'il y a un bon moment enfin tu vas sélectionner les moments*

Regarder le patient apporte tant d'informations qu'il faut apprendre à les sélectionner. Là, Dorothée replace les informations à trier dans le contexte de Daniel : son âge, sa pathologie, son sport et son pronostic de récupération. Elle utilise son registre des ressources pragmatiques (Piot, 2015).

*T4 : donc là tu as tellement d'information qui arrive que tu sélectionnes les informations
E4 : et réussir à prendre les bonnes au bon moment*

T4 : mais après c'est sûr que ton bilan après tel que tu vas le faire c'est celui que l'on t'a appris à l'école mesurer les périmètres les longueurs mais là ce que tu as et ce qui est important dans le cas c'est que quand même il a une hémiplégie depuis 23 ans donc là tu n'auras pas de récupération de périmètre tu n'en auras pas tu as peu de chance d'en avoir

E4 : surtout pas là ou je l'ai fait en fait

T4 : c'est un hémiplégique qui a 23 ans et en plus il est sportif et il s'entretient donc la masse musculaire il l'a et on ne va pas la modifier et on s'en fout

Dimitri estime qu'il n'a pas eu les enseignements nécessaires à l'IFMK pour comprendre la situation du patient. Rappelons que Christian reprochait aux étudiants de se réfugier derrière les « manques » de l'IFMK. Il n'a pas réussi à imbriquer les données de la situation : la pathologie prévalente, son évolution dans le temps et la croissance. Sans doute est-ce une difficulté liée à la complexité du contenu (Astolfi, 1997). Appréhender le concept sous-jacent de plasticité cérébrale pour comprendre la récupération neurologique n'est pas chose aisée. Il n'est pas dans la prise en compte de la notion de handicap et de la réadaptation, « l'accommodation des restes » (Signeyrole, 2005). Les notions de maladie chronique et de care restent-elles à acquérir ? Parfois nos réactions n'ont pas été celles d'une chercheuse mais celles d'une praticienne formatrice. Ainsi, à la réponse de Dimitri au manque de l'IFMK, nous n'avons pu nous empêcher de lui faire prendre conscience de son absence de transposition des connaissances

E4 : ben je ne peux pas la difficulté c'est que je ne peux avoir de recul de toute façon pour avoir un avis d'un je n'ai pas des cours sur l'hémiplégie chez l'enfant et son suivi donc on a que des cas post AVC mais adultes donc déjà et puis c'est le seul cas que j'ai vu donc

Dg : oui mais là on n'est plus vraiment dans un AVC on est dans des séquelles

T4 : séquelles lointaines d'AVC

E4 : oui c'est ça séquelles lointaines avec lesquelles il a vécu depuis qu'il est enfant il a pris des habitudes

T4 : et puis là on n'est plus dans un cas de handicap à gérer tu as vu qu'il est avec une attente particulière après c'est pareil tu as des informations et dans l'absolu on s'en fout il faut voir ce qui gêne ce n'est pas ce qui soit tordu ou droit c'est ce qui gêne

Dorothée précise le référentiel professionnel à utiliser avec un patient handicapé chronique. Il ne s'agit pas de le redresser, à l'image des corps redressés de Vigarello (2004), mais de

discerner sa norme, celle du patient et non la normativité (Canguilhem, 1966) et de répertorier ce qui le handicape avec son déficit fonctionnel.

T4 : *on revient à ce que l'on disait qu'est-ce que la norme on s'en fout de la norme tu n'es pas normal ou pas normal tu as du fonctionnel ou du pas fonctionnel de l'handicapant ou du pas handicapant là on est dans le cadre de qu'est ce qui le gêne quelle est sa demande*

E4 : *sa gêne il te la dit c'est*

T4 : *il te l'a dit sa sensibilité sa main il s'en fout son pouce il s'en sert pas sauf pour le vélo ou la-il le pousse pour mettre sur le guidon donc la faut le travailler ma foi qu'il ait le bras plus long ou plus court cela ne le gêne pas celui ne crée pas de douleur c'est ça aussi qu'il faut voir le déséquilibre cela ne va pas lui créer de douleur secondaire parce qu'il a un bras plus court et qu'il se tient comme ça Delphine à la fin lui a demandé vous n'avez pas de problèmes pour donc non il n'a pas mal il vit bien avec donc on s'en fout*

Dorothee lui donne des repères de conduite de son traitement, des indicateurs pour jalonner le parcours du patient pour en faire un programme adapté à sa demande et surtout à son cas clinique. Des invariants de la situation sont décrits.

T4 : *tu te dis si cela ne te va bien point on te laisse donc dans ta séance tu vas cibler et tout au long de ton traitement aujourd'hui sa demande c'est ça mais il se peut que dans un mois sa demande soit tout autre parce qu'il y a un évènement qui fait que ou il a [...] Ou que dans sa demande il va peut-être vouloir faire autre chose par exemple je change de vélo je veux prendre un guidon comme cela et cela me gêne pour passer les vitesses parce que je dis n'importe quoi et à ce moment-là tu te recentreras sur sa demande c'est là qu'il faut on en revient là il faut que tu t'adaptes tu ne pars pas sur le cas général de Mr machin qui doit être droit qu'il ait le pied machin et que le bras soit il peut très bien dans une position comme je vais dire*

Dorothee revient sur son encadrement de la séance de Dimitri, elle fait l'analyse de son attitude et de ses consignes. Alors que l'étudiant est désemparé face à la lecture du patient, elle ne semble pas en mesure de le guider, elle lui donne d'emblée la solution, sans utiliser l'étagage de contrôle de la frustration (Bruner, 1981).

T4 : *là je t'ai déstabilisé je suis désolée*

E4 : *oui comment tu le sais*

T4 : *parce que tu l'as vu ben j'ai vu que tu étais paumé tu ne savais plus quoi faire en plus c'était le début tu étais un peu stressé*

E4 : *à peine*

T4 : *et en plus tu commences et je te dis maladroitement non ce que tu fais cela ne va pas mince tu ne savais déjà pas par quel bout l'aborder tu te dis je commence un bilan par quel bout je vais l'attaquer et moi je te dis tout de suite ah je te fracasse en te disant cela ne va pas*

Dimitri semble en totale confiance envers Dorothee, le tandem semble fonctionner. Il réalise l'auto analyse de l'intérêt de la consigne pour lui (Piot, 2015).

Dg : *vous vous êtes dit quoi ?*

E4 : *rien blackout (rire)*

T4 : *j'ai peut-être été maladroite*

E4 : *oui mais tu l'as fait pour le réaxer donc euh*

T4 : *oui mais après c'est ma façon d'être aussi j'y vais tout le temps*

Dorothee lui rappelle les buts de l'action, les objectifs de la venue du patient au cabinet. Elle estime que réaliser une séance de bilan est du temps perdu pour le patient. Or cette première séance est règlementairement codifiée en dehors des séances du patient. Elle préfère privilégier le regard clinique, et l'objectivation visuelle. Il y a là une dichotomie entre la pratique réelle et la pratique prescrite, entre l'exercice empirique (Delbos & Jorion, 1984) et la recherche de pratique probante en vue de l'universitarisation (Bourdoncle, 2007).

T4 : *car le gars en plus il vient chez toi pour avoir une séance de kiné il veut du concret tout ce que tu vas mettre sur ton papier pour peu que tu ais pris un papier pour noter tes machins il s'en fout pour lui il va avoir perdu du temps*

E4 : *oui c'est vrai que dans ce cas-là en fait cela ne servait à rien de sur un autre cas cela aurait pu être pertinent de me dire on voit que et encore que visuellement tu voyais il n'y avait pas forcément besoin de l'objectiver si*

Dorothee lui donne une autre règle d'action professionnelle dans ce type de situation : comparer par rapport au côté dit sain. Elle s'appuie sur l'exemple d'un patient que Dimitri connaît aussi. Souvent les patients sont pris pour illustrer les propos (cf. Béatrice, Christian, Dorothee), comme s'ils servaient d'ancrages visuels.

T4 : *la coureuse folle l'important c'est quoi c'est ce que je t'ai dit que ce soit comparatif les deux à peu près pareil si tu en as c'est ce que je te disais au début quand j'avais eu une fracture de rotule et que je m'escrimais à vouloir qu'il plie et au bout de trois semaines je lui dit plier l'autre et celle que je voulais absolument plier la fracture de rotule elle pliait mieux que celle qui était la saine tu fais du comparatif et si tu vois que dans l'absolu 80 90 tu t'en fous l'important c'est que ce soit fonctionnel*

Dorothee poursuit ses recommandations, par un commentaire généralisant. L'indolence est plus importante que de tenir compte des amplitudes ; son indicateur est l'amplitude indolore, plus que l'angle obtenu avec douleur. C'est une règle d'action de sa structure conceptuelle (Pastré, 2011)

T4 : *alors c'est sûr que d'avoir des chiffres c'est bien cela t'objective tu te dis j'ai fait du bon boulot j'avais ça maintenant j'ai ça sur le papier tu l'envoies au chirurgien tu lui dis je suis parti de 70 et je suis arrivé à 100 super j'ai gagné 30 degrés mais s'il est hyper-douloureux et que tu ne peux pas plier à 100 même avec des douleurs tu t'en fous vaut mieux plier à 90 sans douleur qu'à 100 avec de douleurs enfin moi je préfère*

Dimitri, en revoyant la vidéo, discerne alors la demande du patient qu'il n'avait pas entendue de prime abord. En lui donnant ses règles d'actions professionnelles, Dorothée lui fait utiliser son registre d'analyse réflexive.

T4 : faut toujours que tu te recentres sur ce dont il a besoin et moi je me recentre là-dessus ce dont le patient a besoin pour vivre correctement et pour faire ce qu'il veut faire si c'est possible

E4 : tu sais toujours ce qu'il veut parce que finalement là je n'ai pas fait gaffe mais c'était relativement clair tu vois

T4 : oui mais parce que dans le stress machin tu n'as pas tout écouté c'est ça

Dorothée lui rappelle aussi une autre règle d'action professionnelle : l'adaptation selon le profil du patient et son activité professionnelle.

T4 : ben après c'est ce qu'on dit enfin ce que l'on t'apprend en théorie tu ne vas pas avoir la même demande sur je dis n'importe quoi sur une main tu ne vas pas avoir le même objectif chez un ébéniste que chez un pianiste

Dorothée rassure Dimitri par un commentaire d'étayage de contrôle de la frustration (Bruner, 1981), au sujet de l'erreur de type 3 de l'apprentissage du raisonnement clinique (Audetat, Laurin, Dory, Charlin, & Nendaz, 2018) : la difficulté à prioriser fait partie du processus d'apprentissage

T4 : toi tu as toutes les connaissances mais tu n'arrives pas à les classer et c'est normal après il faut arriver à les classer par priorité

Dorothée livre sa vision de l'entrée dans la profession en relatant son expérience de kinésithérapeute remplaçante. Elle estime que rencontrer de nouveaux patients en permanence sur des temps courts est une difficulté majeure, surtout que la marge de manœuvre est faible puisqu'il faut ressembler aux pratiques du professionnel remplacé. (Olry, 2007)

T4 : je pense que quand on sort de l'école on commence par le plus dur c'est à dire de faire des remplacements tu as toutes les informations qui sont nouvelles d'un coup tu arrives dans un cabinet que tu ne connais pas dans une région que tu ne connais pas avec de patients que tu ne connais pas que tu vois très peu tu ne connais rien tu cherches le matériel tu ne connais pas les gens quand tu commences à les cerner ben tu t'en vas-tu commences c'est la plus dure des écoles le remplacement quand tu maîtrises cela après tu peux faire tout ce que tu veux parce que en plus faut que tu t'adaptes au kiné qui est là avant toi pour être pas trop mal vu donc oups donc tu sors de là tu es crevé tu as bossé douze heures tu as bossé physiquement et tu n'as pas l'habitude de le faire et ne plus tu as les neurones qui fonctionnent à 300 à l'heure parce que attends ils te demandent c'est quoi une hémiplégié c'est quoi un machin tu es en train de travailler tu te tortures les boyaux de la tête pour rien parce que tu n'as pas besoin de demander et tu vas penser anatomie machin truc

Dimitri a eu une difficulté de réalisation technologique lors de la mise en place d'un étirement musculaire au membre inférieur. C'est le patient qui était intervenu, en lui donnant l'indication de non-étirement. Devant la vidéo, Dorothée lui fait alors reprendre tout son raisonnement, en s'appuyant sur des données de plusieurs référentiels biomécanique, anatomique, fonctionnel et sur les principes de base de l'étirement musculaire. Elle lui fait mobiliser ses connaissances pour qu'il se régule pour une prochaine fois et comprenne les indicateurs sensitifs et visuels non utilisés. Dimitri en arrive à formaliser une loi générale pour le patient. Sans doute sommes-nous face à une genèse conceptuelle (Pastré, 2011 ; Nagels, 2017) ? (Tableau 10)

Attente du sujet	Sensation de jambe raide
Réponse de la situation	Étirement musculaire du droit antérieur
Contradiction éventuelle entre attente et réponse	Un patient honnête qui exprime sa sensation, Pas de sensation d'étirement, malgré une procédure d'étirement utilisée, le bon muscle, les bonnes prises de main, mais des compensations non vues
Genèse conceptuelle ou échec d'apprentissage	Il faut un point fixe, un point mobile, jouer sur les deux paramètres, éviter la compensation de la hanche, augmenter la flexion, épuiser la course musculaire Proposer un auto-étirement avec le patient, En plus il apprend à le faire s'il ne le sait pas

Tableau 10: Tableau synthétique d'un schème décrit par Dorothée

En s'appuyant sur l'attente du sujet (une sensation de jambe raide), Dimitri a proposé un étirement musculaire, qui n'a pas produit les effets escomptés. En reprenant l'exercice avec Dorothée lors de cette hétéroconfrontation, Dimitri a repéré les éléments contradictoires et a été en capacité, avec le guidage de Dorothée, de distinguer les indicateurs pragmatiques et les règles d'action à utiliser en s'appuyant sur son registre de données biomédicales (Piot, 2015).

T4 : *et après tu l'écoutes et après s'il suffisait là en plus il est honnête donc il te donne tout quand tu fais ton étirement il te dit la cela ne marche pas ou tu as un fumiste qui ne connaît rien et il ne te dit rien là tu as du pot tu il te dit ça va pas après tu réfléchis tu te dis c'est le tuc qui me revient le plus criant il te dit ça va pas pourquoi il te dit tire pour étirer un muscle qu'es ce qu' il te faut*

E4 : *il faut un point fixe à un endroit et un point qui s'écarte*

T4 : *donc là tu y vas là tu joues sur deux paramètres te tu n'arrives pas à aller plus c'est quoi la hanche il compense comment tu peux faire pour qu'il ne compense pas ben tu le mets en flexion là il ne compense pas et là-il peut plus aller après tu raisones*

E4 : *tu épuises la course*

T4 : *tu élimines les paramètres les uns après les autres je fais ça ça ne marche pas je fais ça ne marche pas qu'est-ce qu'il me reste il me reste mettre de la flexion de hanche tu le mets assis et puis là là tu as la flexion de hanche ou alors tu lui faire faire un auto-*

étirement et tu le mets sur la table là tu ne te fatigues pas il le fait tout seul tu tiens le genou tu tiens le pied

E4 : et en plus là il va apprendre s'il ne le savait pas

Dorothée insiste sur l'ergonomie personnelle du praticien, et la nécessité de l'adaptation des prises pour son bien-être. Daniel a transmis une ficelle du métier : l'analyse des chaussures qui donne des indications pour compléter le bilan chez un sportif.

T4 : c'est comme quand tu apprends la kiné respi on te dit fais ça fait ça Christian il peut te dire tu mets les mains comme ça c'est bien mais si c'est t'es mal tu feras pas une bonne séance si tu n'es pas bien positionné il faut être positionné faut te sentir à l'aise si tu es mal dans ta position le patient en face de toi il ne le sentira jamais bien et un truc qu'il t'a dit sur son pied que j'ai trouvé super eh regarde mes pompes gars regarde mes chaussures oui mais il t'a dit tu 'en souviendras plus tard tu verras un mec sa démarche et tu regardes les chaussures et dans trente ans tu t'en souviendras purée faut que je regarde les chaussures parce que c'est pas forcément le bout ça peut être le talon

E4 : le talon le bout l'intérieur l'extérieur

T4 : et cela parle tout autant que tous les bilans que tu peux faire

Dorothée insiste sur une notion déjà abordée par Christian, la progression à réaliser au sein de la séance et du traitement. Cette notion est sans doute une notion clef de la pratique professionnelle. Cette progression ne doit pas mettre en échec le patient, (gestes de sollicitude envers le patient) (Eyland & Jean, 2017)

T4 : après c'est pareil faut pas que tu commences à demander un truc qui si tu commences à demander un truc très dur tout de suite cela le décourage et après il ne fera pas tout le temps demander quelque chose que le patient potentiellement tu sais qu'il peut faire vaut mieux que cela soit trop facile que trop difficile tu commences si c'est trop facile tu vas le mettre en confiance et dis gars tu as vu moi j'y arrive donc ton truc c'est nul donc tu le mets en confiance ensuite tu augmentes si tu commences tout de suite à faire un truc trop dur tu vas le décourager et tu le mets en situation d'échec et si tu le mets en situation d'échec et ben pas bon

Dorothée analyse son accompagnement et fait un parallèle entre le patient et l'étudiant concernant la non mise en échec. Elle estime avoir mis en difficultés Dimitri. Pourtant, celui-ci réalise qu'il avait toutes les données en tête pour comprendre la situation, et que c'est de la mise en pratique de la théorie qu'il maîtrise. L'expérimentation concrète a-t-elle une plus grande réussite ?

T4 : c'est ce que je viens de faire je t'ai mis en situation d'échec

E4 : non cela me fait rire parce que du coup c'est des trucs que l'on a vu en cours en fait au final

T4 : mais là c'est concret et tu t'en souviendras

E4 : oui c'est l'application concrète de ce que l'on a fait en cours

T4 : tu t'en souviendras parce que ce sont des trucs que tu as faits tu t'en souviendras plus que de l'écrire quand tu l'écris en fin j'espère

14.4.5 : « Il faut que tu t'adaptes tu ne pars pas sur le cas général »

Dorothee tout au long de cette séquence a cherché à transmettre des messages forts à Dimitri, notamment l'adaptation au patient, qui est son leitmotiv, sans doute en lien avec la dimension sociale liée à la profession et la vision du prendre soin (Eyland, 2017) qu'elle a développé dans son entretien.

Daniel a partagé son expérience de « malade chronique » avec Dimitri en se transformant en un tiers médiateur dans l'apprentissage de l'étudiant. Il a participé de l'apprentissage du raisonnement clinique en coconstruisant la séance, véritable « show » qui n'était pas celle initialement prévue par Dimitri, réalisant au départ un bilan stéréotypé. Avec la complicité de Dorothee, qui lui a passé la main deux fois en cours de séance, il est devenu un formateur de l'étudiant, un transmetteur de son savoir sensoriel appris auprès de son praticien. Il est devenu le sujet d'une séance qui a dû s'adapter, en cours de réalisation, à son « show » et l'explicitation de son handicap.

14.5 La triade 5 ou « mettre à la réflexion pour voir qu'il y a un cerveau derrière les mains »

La triade 5 a été rencontrée le 28 septembre 2016. Ethan est un jeune diplômé de 2013 d'une école parisienne, il était le major de ses promotions tout au long de son cursus. Il s'agissait d'un brillant étudiant. Il avait auparavant fait deux années dans une faculté d'électrotechnique. Il travaille actuellement comme assistant dans ce cabinet et ce, depuis l'obtention de son diplôme. Il est engagé dans un cursus thérapie manuelle au Québec. Sa spécialité est le domaine musculosquelettique.

Eliott est un étudiant de troisième année d'un IFMK parisien, c'est son deuxième stage libéral.

La patiente choisie par Ethan est une patiente enseignante en éducation physique, en fin de rééducation de sa ligamentoplastie de genou.

14.5.1 Ethan : « il sait pourquoi il l'a fait et il sait ce qu'il vise ce qu'il évalue »

L'entretien de Ethan a duré 22 minutes. Ethan a un débit de parole très élevé, avec des mots parfois avalés qui ont quelquefois gêné la retranscription. Ethan s'est exprimé durant la quasi-totalité de l'entretien, son temps de parole a dépassé 90%. Il s'est surtout monopolisé sur le modèle de progression qu'il avait mis en place, sur ses difficultés et sa vision du tutorat. C'est

le seul professionnel qui emploie l'expression « raisonnement clinique » dans ses propos. Il en donne même une illustration. (Figure 41)

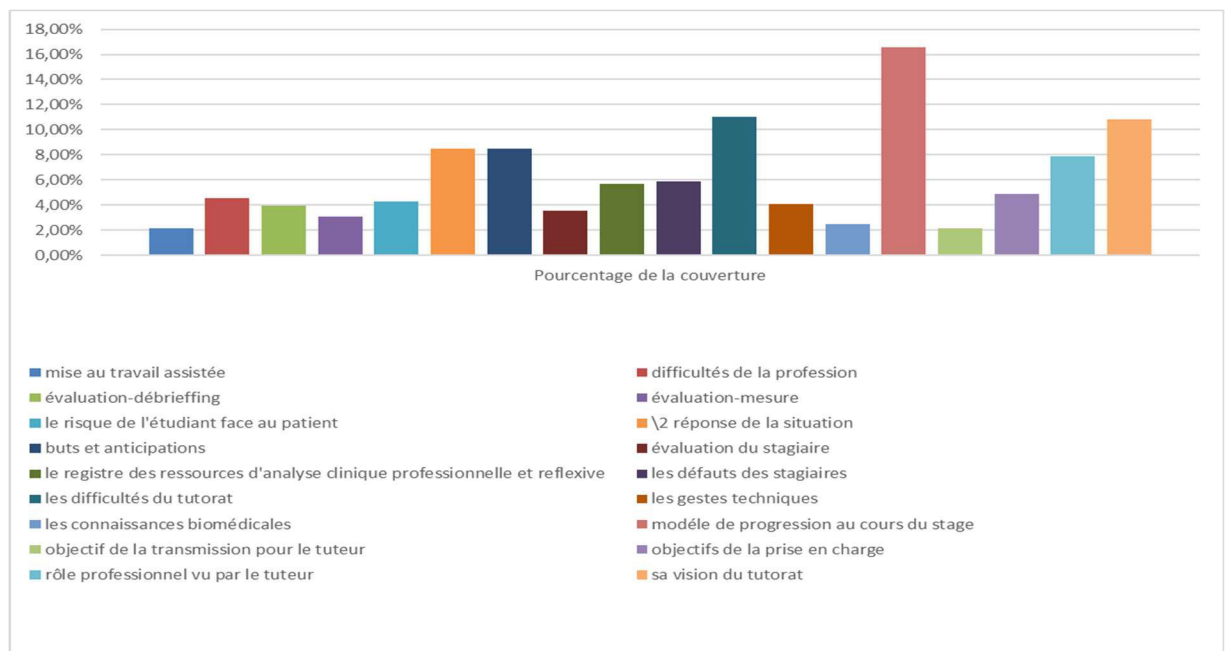


Figure 41: Éléments du discours de l'entretien de tuteur 5

Ethan fait une première observation du comportement du stagiaire, il vérifie surtout le niveau des connaissances physiopathologiques. Alors que l'étudiant est en stage de pratique clinique, la pratique de l'étudiant ne semble pas être la priorité de Ethan. Celui-ci est plus axé sur la sécurité du patient. Il sélectionne les patients potentiels qu'il pourrait laisser aux mains de l'étudiant en fonction du risque probable pour le patient et pour sa responsabilité. Il cherche surtout à ce que l'étudiant ait compris les risques, mais de quels risques parle-t-il ? Quels sont les risques en kinésithérapie ? Comment s'assure-t-il de leur compréhension ?

T5 : euh cela veut dire que cela va dépendre un peu des années en fait euh généralement on va dire que la première semaine les deux premières semaines je vais vraiment plus les observer je ne vais pas forcément les faire pratiquer sauf avec des patients ou vraiment il n'y a pas de risques en gros de récurrences de trauma ou de risques d'augmenter les douleurs donc au début c'est vraiment plus un peu du test quoi c'est vérifier au niveau connaissances fondamentales connaissances des pathologies mais je cherche pas du 100% mais qu'au moins cela soit compris et qu'il comprenne les risques.

Ethan a opéré une division du travail, il a parcellisé les séances et sélectionné certaines tâches à confier au patient, comme autant de palier à franchir pour gagner la confiance du tuteur puis celle du patient. Comme si une certaine imprégnation dans l'activité se réalisait par observation

et mimétisme. Le savoir non transmis est finalement tout de même transmis via l'expérience.
« Les habitudes sédimentées se transforment en routines » (Delbos & Jorion, 1984).

T5 : je généralement vais laisser la fin de séance ou l'après séance on va dire le travail quoi musculaire après ma séance par exemple le travail de la proprioception un peu avec le patient par rapport à ce qu'il a déjà vu avec moi puis après cela va aller si je vois qu'avec le patient il n'y a pas de soucis et qu'en plus le contact passe bien dans ce genre de boulot du coup c'est déjà pas mal.

Il semble distinguer plusieurs parties dans la séance, l'activité de fin de séance serait-elle moins problématique que celle de première partie ? Y aurait-il des activités diagnostiques dans cette première partie ?

T5 : après cela va être plus les 15-20 dernières minutes pour essayer vraiment de voir avec eux peut être pour les corriger un petit peu en restant avec le patient.

Ethan révèle son problème éthique par rapport à la responsabilité du patient, et au paiement de la séance de soin par celui-ci et du remboursement de ce soin par les instances. Ainsi un étudiant ne réalise jamais une séance complète avec un patient, lors de son stage. Sans doute, est ce à réaliser plus tard en position de responsabilité ? (Kunegel, 2011)

T5 : mais j'ai quasiment fait jamais de séances complètes avec le patient avec le stagiaire pardon parce que je trouve que pour le patient c'est pas top top car il paye quand même pour sa séance donc je trouve cela assez compliqué je l'ai juste fait une fois pour un patient ou je suis resté tout au long de la séance avec lui mais du coup je ne lui ai pas fait payé la séance c'était une demi mise en situation professionnelle pour voir ce que cela donnait là vraiment on sera plutôt sur de la fin de stage voilà en gros c'est un peu comment je fonctionne on va dire avec 80% des stagiaires.

Ethan a répertorié les qualités qu'il attend d'un stagiaire. D'une part, il souhaite de l'investissement, qu'il évalue en reposant les mêmes questions quelques temps après. Il attend d'autre part une réflexion sur la démarche utilisée. Parle-t-il de raisonnement clinique ? Il semble chercher l'emploi de données probantes pour justifier la pratique à réaliser, alors que souvent les données probantes servent à justifier la pratique exercée. Comme une inversion de point de vue, de focale ? Il a repéré des erreurs, qui semblent s'estomper au fur et à mesure, mais Ethan ne précise pas quels types d'erreurs il identifie, ni quelle remédiation il emploie (Audetat, Laurin, Dory, Charlin, & Nendaz, 2018).

T5 : ben le plus simple pour moi en fait c'est de leur reposer la même question la semaine d'après [...]ça ne permet pas forcément de savoir que c'est acquis mais de savoir que qu'il y a un investissement déjà parce que je trouve que c'est le plus important enfin c'est ce que je trouve qui fait la différence entre un stagiaire qui profite de son stage qui apprend et un stagiaire qui est un peu plus en retrait [...]donc après c'est super de dire que c'est vraiment acquis mais voilà si les erreurs ne se répètent pas que déjà il y a une

réflexion qui s'est mise en place c'est plus c'est vraiment cela pour moi le vrai critère pour que je fasse confiance à mes stagiaires c'est ça c'est de voir qu'ils réfléchissent.

Car l'objectif visé par Ethan tout au long du stage est la compréhension de ce qui est réalisé. Il en a fait une valeur éthique professionnelle, et une visée politique pour la promotion de la profession, dans une recherche d'efficacité du soin pour le patient. Comprendre ce que l'on fait est aussi une forme d'autonomie. (Bourdoncle, 2007)

T5 : mon objectif visé c'est qu'ils sachent ce qu'ils font quoi c'est plus cela que c'est une question d'exigence je pense parce que je pense l'on peut faire de la très bonne rééducation sans vraiment être concentré toute la journée mais je pense que pour le bien du patient et même pour le euh le bien de la profession un peu aussi on se doit d'être un euh réfléchi posé que l'on cherche toujours à un peu donner le meilleur de nous-même.

Cette capacité à réfléchir la situation du patient et à la problématiser en vue de sa compréhension (Fabre, 2009) puis à la résoudre (Nendaz, Charlin, Leblanc, & Bordage, 2005) a, ainsi, un retentissement sur son épanouissement professionnel et personnel. Il s'inscrit dans une démarche proactive de questionnement par la mise en réflexion. Il s'ensuit une démarche de construction de l'estime de soi, à la recherche d'une posture de praticien réflexif (Schön, 1996), Il a une visée politique par une démarche de reconnaissance de la profession (Haberey-Knuessi, 2016). Il poursuit son développement professionnel (Marcel, 2009). Serait-ce l'adaptation situationnelle (Bourdoncle & Lessard, 2003) ?

T5 : mais je pense qu'il y a besoin d'être en réflexion pour soi déjà pour son épanouissement euh un peu perso et professionnel quoi mais on est beaucoup plus épanoui quand on a compris la pathologie du patient quand on a compris ce que l'on cherche et ce sur quoi on veut tendre que juste mobiliser.

Ethan décrit les deux risques qu'il considère en kinésithérapie dans le domaine musculosquelettique : la rechute traumatique et l'irritabilité neurale qui provoque une recrudescence de la douleur. Son explication semble reposée implicitement sur les erreurs de raisonnement décrites par Audetat (2018) : la non-reconnaissance des indices clés, la non-priorisation des informations, la fermeture précoce des hypothèses. Les deux risques sont-ils uniquement liés à une application de procédure ? Ne serait-ce pas aussi un indicateur de développement professionnel en cours, une professionnalité en construction ?

T5 : après on va dire pour moi (engouement) les deux grands risques (engouement) la rechute la rechute traumatique je sais pas moi sur un patient ligamento puisque l'on parlait de cela voilà une ligamento qui se passe mal on n'a peut-être pas tester telle instabilité on est allé trop vite en besogne parce que l'on n'a pas réfléchi à ce que l'on faisait on a juste appliqué un protocole c'est cela une espèce de certaine rechute traumatique et puis deuxième risque sur les patients rhumatologiques cela va être le risque d'irriter une douleur qui était irritable et que l'on n'a pas bien évalué ou que l'on n'a pas évalué l'irritabilité je sais pas une sciatalgie ou on a juste lu le compte-rendu on

n'a pas fait le test de Lasègue et puis on fait une grande élévation jambe tendue et puis on déclenche des douleurs chez le patient et puis voilà une douleur neurale qui dure 2-3 jours.

Ethan estime que le stagiaire en augmentant les douleurs, du fait de son inexpérience, peut dégrader le lien thérapeutique entre patient et tuteur, au-delà même de la dégradation du lien patient/stagiaire. Se pose toute la question de la transmission des concepts et théorèmes en actes qui servent d'indicateurs de suivi de la séance (Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006).

T5 : quand on laisse le stagiaire seul et que cela se passe mal parce qu'il augmente les douleurs ben déjà entre le patient et le stagiaire c'est pas top et entre le kiné et le stagiaire et kiné patient il y a les rapports qui risquent d'être un peu détériorés quoi du coup le fait d'avoir mis en place une relation de confiance avec le patient et que du coup à cause du stagiaire enfin je dis à cause du stagiaire mais c'est pas de sa faute mais qu'à cause d'une séance avec le stagiaire il y a une dégradation qui n'était pas voulue et parce qu'il y a eu un manque d'évaluation de quelque chose.

Il s'attribue ce défaut de consignes et de transmission des indicateurs :

T5 : il y en a qui savent bien faire qui sont investis et que parfois sur la précision des prises sur l'intensité faite sur ce genre de chose après j'arrête le stagiaire c'est ma faute c'est que je ne lui ai pas dit qu'il y avait une limitation d'amplitude une douleur et qu'il est allé trop loin c'est aussi moi ben excuse moi j'ai oublié de te dire il y a telle limitation telle limitation.

Ces critères d'évaluation ne sont pas encore explicites pour le tuteur, ils sont plutôt basés sur le ressenti de la compréhension de la situation du patient. Ne serait-ce pas déjà la capacité à repérer des indices diagnostiques, à avoir des activités diagnostiques ? (Pastré, 2001)

T5 : c'est vrai que pour le coup je n'ai pas de vrais critères objectifs je n'ai pas de case vraiment à cocher comme je parlais tout à l'heure mais cela va plus être dans ce ressenti de que le stagiaire il a compris le patient ou au moins la problématique d'un abord.

Ethan juge l'étudiant sur sa capacité à avoir une vision globale du patient et à élaborer un plan de traitement. Manifestement Ethan a repéré deux types d'erreurs respectivement erreur de type 4 du raisonnement clinique (Sanche, 2012a), ou erreur de type 5 (Sanche, 2012b) mais semble méconnaître les critères définis par Laurin et Sanche pour ces types d'erreurs et les plans de remédiation proposés.

T5 : en commençant à programmer des exercices il a une vision qui commence à être plus globale qu'il a compris les enjeux et voilà c'est l'un de mes critères après pareil c'est forcément très subjectif.

Ethan estime que l'attente du patient est d'avoir avoir un vrai professionnel. Accueillir un stagiaire et lui laisser faire des soins relèvent alors de dimensions éthique et législative. Les séances étant remboursées par la sécurité sociale, Ethan considère que la sécurité sociale n'a

pas à rembourser ces séances de formation, non productives. Ethan aborde là une problématique professionnelle, déjà mise en avant chez les infirmières et les médecins. Chez ces derniers, un modèle d'apprentissage en médecine générale libérale⁷⁷ a été instauré par le conseil national de la médecine, avec reconnaissance du statut de maître d'apprentissage et rémunération des actes effectués par l'interne. C'est un sujet de réclamations syndicales de la profession. Peut-être Ethan est-il aussi en difficultés à être maître de stage alors qu'il est lui-même novice (Benner, 2003) en cours de formation et de développement professionnel.

T5 : qu'il y a avait peut-être ce rapport éthique est ce que le stagiaire c'est aussi bien entre guillemets que le kiné et puis après c'est pareil ce n'est pas un kiné diplômé qui travaille est ce que c'est vraiment un acte remboursable est ce que la sécu doit rembourser des séances faites par quelqu'un qui n'est pas diplômé d'état.

Ethan estime que l'une de ses difficultés en tant que tuteur jeune diplômé, est la mise en place d'une relation professionnelle tutorale avec les étudiants, et non une relation de « copinage » (Kunegel, 2011). Quand Ethan exprime ses difficultés de positionnement avec l'étudiant dans cette relation triangulaire, peut être pouvons-nous replacer cette situation dans le triangle pédagogique (Houssaye, 2014). Celui qui fait prend la place du savoir car il y a un lien implicite entre les deux et par rapport au tuteur qui sait. L'étudiant qui fait veut montrer qu'il sait quitte même à ignorer l'autre et donc prendre le temps de l'autre pour qu'il ne parle pas. Cette situation ou l'un va faire le mort dépend du tuteur et de ce qu'il va mettre en place. Va-t-il faire en sorte que chacun puisse s'exprimer et sortir de ce rapport un peu narcissique qui s'installe entre les binômes potentiels. Ethan a repéré la difficulté qu'ont les étudiants à tenir leur rôle professionnel devant les patients (Aper, Reniers, Derese, & Veldhuijzen, 2014) (Demeester, Eymard, & Vanpee, 2012) pour à la fois les faire travailler et les écouter. (Aper, et al., 2015)

T5 : je pense quoi je pense que par rapport aux TP mine de rien il y a quand même une sorte de petit relâchement je pense que c'est pas la même chose parfois d'avoir un prof ou d'avoir un kiné en plus moi je suis jeune mine de rien je suis sorti de l'école il y a deux ans donc il y a des stagiaires qui essaient plus de faire copain copain qui prennent pas vraiment la relation comme un kiné diplômé du coup qui prennent un peu trop confiance ou qui montre un peu trop qui essaient plus de parler avec le patient que d'essayer de travailler avec le patient.

Ethan attend des étudiants en formation clinique qu'ils prennent des notes, cela révèle d'après lui un investissement de l'étudiant. La place de la pratique dans un stage ne semble pas être une évidence. Serait-ce un lieu de TP, plus qu'un lieu de réalisation technologique appliquée aux patients ?

⁷⁷ <https://www.medecinmsu.fr/devenir-maitre-de-stage-des-universites/c-est-quoi-un-msu>

T5 : cet investissement c'est des trucs tout bêtes parfois mais prendre des notes on a plein de stagiaires qui ne prennent pas du tout de notes et l'on peut faire quatre fois la même chose dans le stage et les quatre fois ils vont répondre à côté parce qu'ils n'ont pas pris de notes c'est ça c'est voilà une certaine curiosité un stagiaire qui ne pose pas du tout de questions tout au long du stage je trouve cela dommage.

Ethan a basé son modèle de progression sur le contrôle des connaissances fondamentales, sur lesquelles il base tout son raisonnement. « *Cela reste tout de même le terreau du métier* »

T5 : qu'ils soient investis et qu'ils aient de la curiosité euh et après cela va dépendre du niveau on va dire que quelqu'un qui va être en fin de première année début de deuxième année là je fonctionne encore en trois années mais en gros entre la première et la deuxième année je vais être très embêtant sur les connaissances fondamentales parce que pour le coup ils sont censés être béton dessus donc je laisse passer moins de choses et c'est aussi pour leur faire comprendre qu'il y a des choses enfin cliniquement qui vont être très importantes et qu'il faut vraiment qu'ils soient béton dessus.

Ethan est le seul tuteur qui utilise l'expression « raisonnement clinique » qu'il définit comme la capacité à faire des liens et c'est permettre d'orienter l'enquête vers les indices les plus pertinents à prélever. (Dewey, 2004)

T5 : plus comprendre un patient comment on l'évalue il est irritable comment on évalue sa douleur est ce que je suis dangereux ou pas car pour moi c'est le truc princeps au début car pour moi comment je peux le faire progresser pour le coup en troisième année je vais plus lui demander de faire les liens en laissant les connaissances fondamentales car c'est plus loin c'est plus compliqué

Dg : et quand tu dis faire des liens cela veut dire quoi ?

T5 : ben c'est un peu ce que j'ai dit tout à l'heure c'est le début du raisonnement clinique mais c'est très large comme terme mais c'est un peu ce que je recherche que à partir d'une pas forcément d'une batterie de tests mais voilà j'ai observé le patient j'ai regardé j'ai fait deux ou trois tests je sais que je vais plutôt m'orienter vers ça ouais c'est toujours un peu l'histoire du bilan orienté c'est de me dire que le début de l'entonnoir commence à se faire je pense que c'est super difficile de voir un patient et de tout de suite se dire de définir la structure du bilan même après deux ans de travail mais par contre je pense qu'être capable d'orienter l'entonnoir vers ce que je veux chercher c'est le plus important.

Ethan recherche la capacité à établir des suppositions diagnostiques à partir de son regard clinique, il cherche à éviter les fermetures prématurées d'hypothèses. (Sanche, 2012)

T5 : par exemple un patient qui a une boiterie je veux qu'il soit capable de me dire il regarde un peu le patient marcher je lui demande ce qu'il aurait envie de tester en regardant cela ensuite on fait les tests ensemble parfois je leur laisse faire le test avec moi pour comparer les idées que l'on a déjà et qu'ils me disent est ce que ton hypothèse elle est confirmée ou pas si oui pourquoi si non qu'est-ce que tu irais chercher d'autres pour moi c'est vraiment ça avoir ce début de raisonnement clinique pas de me dire le patient a telle boiterie je sais qu'il a telle déficience.

Ethan cherche à distinguer les connaissances pour mieux les relier et comprendre pourquoi l'étudiant pose cette hypothèse. Pour lui, il ne s'agit pas de faire un listage, ni de réciter son cours, il s'agit d'utiliser le signe pertinent pour illustrer son argumentation.

T5 : que vraiment d'être capable aussi s'ils me disent une hypothèse ou autre de me dire pourquoi ils ont cette hypothèse et que ce n'est pas juste je me rappelle les dix signes que j'ai sur une boiterie de hanche et je cite les dix mais plutôt qu'ils aient compris que c'est tel signe qui me permet à dire quelque chose.

La présence du stagiaire a une double vertu : à la fois aider le praticien à expliciter ses pratiques et susciter l'intérêt du patient sur la réflexion mise en place. Cela pose un autre regard sur la kinésithérapie qui n'est plus perçue seulement comme un ensemble d'exercices de ballon. La reconnaissance envers le professionnel s'accroît.

T5 : je trouve que mine de rien je trouve que les stagiaires c'est un bon plan pour cela c'est ce que je dis toujours à mes stagiaires comme on explique tout ce que l'on fait en tout cas j'essaie en tout cas cela montre aussi au patient que l'on a compris ce que l'on fait et il y a certains patients ou l'on sent parfois qu'il peut se passer quelque chose une certaine lassitude qui se met en place une certaine lassitude et qui se rend compte qui disent ben en fait vous réfléchissez vachement ce que vous faites-vous êtes pas seulement à faire quand ils nous disent j'ai jamais autant joué au ballon je vais rentrer dans un cirque à force de faire des exercices pour le dos.

Comme l'a montré Tronto (2009) dans d'autres contextes, cette reconnaissance devient gratifiante. On retrouve ici les propos de Dorothee et Christophe.

T5 : en fait ils se rendent compte que ben en fait derrière tous ces exercices ce n'est pas juste j'ai envie de jouer à la balle pour travailler mon équilibre c'est d'essayer de travailler sur telle déficience ou telle hypermobilité mais de chercher cela c'est hyper gratifiant autant pour nous de se dire il a compris c'est hyper gratifiant pour le patient de se dire c'est quelqu'un qui l'a suivi vraiment et pas de se dire ben allez marcher courir prenez un peu de repos faites tel exercice.

Ethan s'est fixé comme rôle la responsabilité de la progression de l'étudiant dans son apprentissage tout au long du stage. Toutefois, il se dégage du rôle de l'acquisition des connaissances.

T5 : l'important pour moi est qu'il progresse qu'il comment ce à huit et qu'il finisse à douze ou qu'il commence à 16 et finisse à 20 je m'en fiche ce que je veux c'est juste de voir qu'il a progressé qu'il ait réfléchi et que dans sa démarche il ait progressé après dans les connaissances c'est son travail ce n'est pas le mien.

Ethan s'est positionné dans une démarche réflexive au quotidien. Elle lui permet un épanouissement professionnel, un développement professionnel, renforcé par la compréhension de la situation du patient. Il construit l'énigme et a la capacité de la résoudre (Dewey, 2004). Il cherche la mise en lien de ces différents registres de ressources (Piot, 2015) « faire des liens,

c'est le début du raisonnement clinique ». Son rapport au savoir et son rapport aux sciences fondamentales sont ici mobilisés. Il montre à travers eux ce qu'est, pour lui, la maîtrise professionnelle. Son rôle professionnel et sa visée professionnalisante pour la profession semblent très affirmés par la mise à la réflexion des étudiants, en vue d'un soin efficient et sécuritaire pour le patient et d'un développement de la profession.

T5 : moi je suis plus là non pas pour lui apprendre à réfléchir parce que cela serait un peu présomptueux mais le mettre à la réflexion si ce n'est pas déjà fait.

14.5.2 Eliott : « on va faire de la pratique enfin c'est intéressant car on est en stage »

Eliott réalise son premier stage en libéral, en même temps qu'une de ses collègues de promotion. Il est étudiant en troisième année et a suivi des études de Staps auparavant. Il a choisi de venir spécifiquement dans ce cabinet

L'entretien s'est déroulé dans un bureau à l'étage réservé aux kinésithérapeutes, dans une atmosphère détendue. L'entretien a duré 25 minutes. Plusieurs thèmes sont spontanément apparus au cours de l'entretien : ses attentes vis-à-vis du stage et vis-à-vis du tuteur, les difficultés de la profession et le registre des ressources biomédicales. (Figure 42).

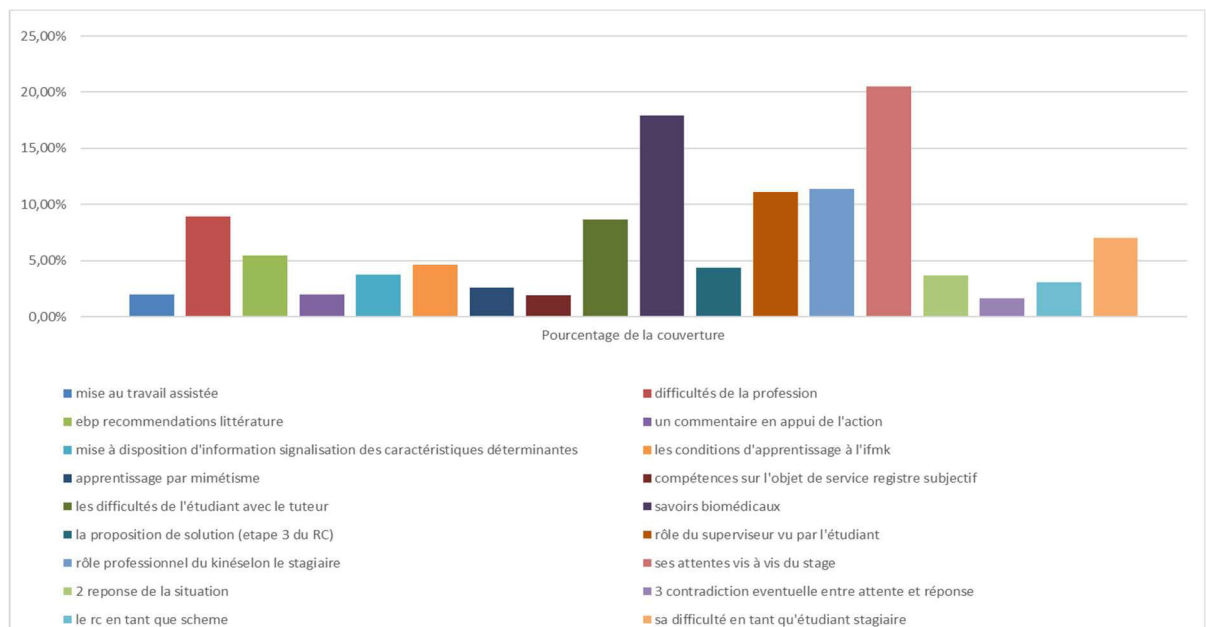


Figure 42: Éléments du discours de l'entretien de l'étudiant de la triade 5

Les attentes d'Eliott vis à vis du stage sont centrées sur la rééducation et la mise en application pratique à propos des nouvelles pathologies rencontrées (Remondiere, 2014) lors de ce premier stage en libéral de son parcours clinique.

E5 : moi j'attends beaucoup de lien pratique avec ce que j'ai vu en cours on n'a pas forcément beaucoup de TP je trouve par rapport à certaines écoles nous dans notre école donc là c'est la première fois que je fais un stage en libéral ça me permet de voir aussi des pathologies que je n'ai pas vu en cours pour l'instant donc ça me permet de faire un lien avec la théorie.

Eliott estime avoir des difficultés à problématiser la situation du patient, à en faire un diagnostic à la recherche de l'hypothèse causale de la dysfonction (WCPT 2003), il ne maîtrise pas l'activité diagnostique qui permet de mettre en adéquation bilan et traitement.

E5 : je trouve que la vidéo on l'utilise pas assez en cours et le lien avec la pratique n'est pas assez fait c'est pas assez fait pour moi il n'y a parfois pas de concordance entre les cours qui fait que l'on n'arrive pas nous en tant qu'étudiant à entretenir ce lien entre pratique et théorie là par exemple je vois pour faire un bilan cela me paraît facile enfin évident faire un traitement cela me paraît facile mais faire le lien entre les deux c'est par forcément évident de faire le lien de causes à effets.

Eliott pense que l'intérêt du stage est la possibilité de réflexion offerte par les questions des tuteurs, surtout lorsqu'ils sont dans une posture de guidage par questions interposées.

E5 : ce stage va nous permettre de réfléchir et avec l'aide du thérapeute lui va nous poser des questions moi c'est ce que j'attends aussi de mon thérapeute c'est qu'il me pose des questions pour me faire réfléchir et pas me donner la solution tout de suite là c'est vrai que c'est ce qui est bien avec les trois quatre kinés avec qui je tourne pas mal c'est qu'ils nous laissent creuser un peu et nous faire notre propre rééducation.

Par réflexion, Eliott sous-entend la possibilité d'acquérir une démarche d'enquête, pour résoudre l'énigme de la compréhension du mécanisme lésionnel. Acquérir cette démarche est aussi pour lui ouvrir ses possibilités par la mise en lien de ses connaissances.

E5 : ben par exemple quand on fait un bilan et qu'on trouve pas une cervicalgie ou voulait il va nous aider à trouver le facteur qui fait que pourquoi c'est coincé dans tel sens est ce que c'est musculaire articulaire quel muscle peut être à l'origine de cette contracture si c'est pas musculaire un peu par erreur essai euh essai erreur on va plus cogiter sur nous-même et ça nous permet de nous améliorer dans notre pratique car on va plus réfléchir pas rester dans notre petit corpus mais réfléchir avec ce que l'on a appris là on va faire des liens et nous permettre de voir autre chose.

Une adaptation au patient serait possible grâce à ces liens ; qui entrainerait une prise en compte de la clinique singulière du patient. Ces liens permettent aussi l'utilisation de savoirs académiques (Bourdoncle, 2007) qui permettent la mise en exergue des hypothèses potentielles de l'énigme « patient » qu'il convient de décrypter. Cette recherche de singularité repose sur une autoanalyse du professionnel et sa régulation tout au long du traitement (Piot, 2015). La logique de l'enquête est continuelle. Cette idée corrobore le schéma de modélisation des étapes du raisonnement clinique (Charlin, 2012) pour lequel la troisième étape ou « représentation stabilisée de la situation » ne se réalise qu'en fin de traitement, dans un mouvement continu

de processus, comme si la validation de l'hypothèse posée au cours de l'enquête ne se réalisait finalement qu'en fin de traitement.

E5 : les liens c'est important parce qu'en fin on ne sera pas amené à voir des patients qui auront la même pathologie la même cause en fonction de leur stade de rééducation de leur phase de rééducation en fonction de la psychologie du patient en fonction de pas mal de choses qui vont faire que euh les facteurs qui font qu'il y aura tel mécanisme qui permet de bloquer une articulation ou un muscle qui va être difficile à travailler on aura plusieurs hypothèses et on pourra aussi nous réfléchir et nous dire c'est cette hypothèse qui va marcher je vais axer sur ça si ça ça marche pas je vais peut-être essayer de faire autre chose et rentrer dans une dynamique et essayer de chercher des facteurs qui vont faire que cela marche plus.

Eliott va faire de son bilan un « un état des lieux » selon les différentes composantes de la CIF (OMS 2003). En rassemblant les indices, il va construire le problème du patient, selon ses gênes, ses déficits, et ses restrictions de participation sociales.

E5 : pour moi un bilan c'est diagnostiquer enfin non pas diagnostiquer cela va être faire un état des lieux de du patient dans plusieurs composantes nous en kiné ça va être articulaire musculaire la douleur tout ce qui est fonctionnel et voir ce qu'il est capable ou de faire ou ce qui va le gêner dans sa vie de tous les jours et où il en est de sa consolidation si c'est une fracture et donc voilà voir s'il a des œdèmes pleins de choses des hématomes et donc faire un peu un état des lieux.

Tout au long de son discours, Eliott accompagne ses propos de représentations gestuelles des mouvements dont il parle. Est-ce un signe de corps outil, représentatif de l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute (Prel, 2001). Il cherche à avoir une représentation mentale, l'incorporation du fonctionnement du corps humain. Avoir cette pensée heuristique (Fabre, 2014) n'est-ce pas un savoir fondamental à acquérir à l'institut de formation : est-ce la place du stage d'apporter cette vision ? Nous faisons l'hypothèse que la représentation mentale prend sens dans la confrontation au patient réel et que, pour E5, l'institut de formation reste théorique. E5 propose une articulation théorie pratique grâce à la mise en acte

Dg : et en quoi c'est important de se représenter cela mentalement, comment cela fonctionne ? depuis tout à l'heure je vous vois voir faire des gestes comme si vous montriez des mouvements

E5 : ben moi cela m'intéresse de savoir comment cela marche telle articulation pour permettre la liberté au mouvement et pas faire un mouvement quelconque une simple flexion extension c'est intéressant de savoir quel os pourquoi il bouge dans tel degré pourquoi on peut aller jusque-là quel muscle va limiter cela c'est intéressant parce ce que cela va nous permettre enfin de voir le patient évoluer et lui aussi va nous dire ce qu'il ressent s'il se sent évoluer s'il gagne en articulaire en musculaire comment il le ressent et le thérapeute va nous expliquer comment il en est arrivé là donc c'est intéressant pour la rééducation.

Eliott a émis beaucoup de plaintes vis-à-vis de la formation au cours de l'entretien. Voyait-il en nous l'image de responsable pédagogique ? Ces plaintes portent sur des aspects formatifs

qui, d'après lui, l'empêchent de faire des liens, de mobiliser ses connaissances spécifiques pour comprendre la situation du patient (Higgs, Jones, Loftus, & Christensen, 2008), de mettre en œuvre son raisonnement clinique. Nous pouvons poser l'hypothèse d'une révélation de sa difficulté cognitive (Astolfi, 1997) ?

E5 : on nous parle de test on nous les montre sur le papier et pas en vidéo je trouve que la vidéo on ne l'utilise pas assez en cours et le lien avec la pratique n'est pas assez fait ce n'est pas assez fait pour moi il n'y a parfois pas de concordance entre les cours qui fait que l'on n'arrive pas nous en tant qu'étudiant à entretenir ce lien entre pratique et théorie

E5 : souvent en TP on voit 5 ou 10 minutes de telles choses tel bilan tel diagnostic mais on ne fait pas le lien entre les deux on le fait en cours mais on ne le voit pas le lien qu'il se fait entre les phases c'est difficile pour un étudiant de se représenter en tout cas pour moi de se représenter la rééducation on vous dit phase 1 phase 2 phase 1 de 1 à 15 jours glaçage travailler je sais pas moi la sidération du quadriceps phase deux c'est mais moi je sais pas de bien mettre des exercices sur telle choses et pas de mettre un ou deux exercices que l'on voit mais diversifier le panel de choix

E5 : pour moi par exemple la morpho palpation cervicale enfin pour moi on ne l'a presque pas vu en TP donc là pour moi il faudrait faire des rappels sur la palpation cervicale et sur les articulations les mouvements qu'ils peuvent faire »

Ses plaintes ne sont-elles pas révélatrices de sa difficulté à se positionner dans une démarche réflexive ? N'est-il pas en difficultés de connaissances, de compréhension du contenu.

E5 : par exemple T5 quand il me parle c'est peut-être parce qu'ils ont fait des formations au-dessus enfin des formations spécifiques et spécialisées de tel domaine enfin parfois cela me semble fou enfin on comprend les mécanismes en tant qu'étudiant mais il est tellement rapide que pour suivre c'est difficile cela lui paraît tellement logique que pour nous c'est parfois difficile de faire le lien mais j'en parlais aussi entre eux kiné c'est parfois trop rapide de comprendre quand ils font les topos pour certains c'est difficile de suivre ils se sentent largués parce que je pense que lui il est tellement à l'aise que lui cela ne lui paraît évident et je peux comprendre parce que c'est quelqu'un qui connaît vraiment bien la chose qui va faire de la recherche qui fait de la recherche bibliographique qui va s'intéresser vraiment à la kiné à fond que cela lui paraît tellement logique je pense qu'il faudrait qu'il simplifie le simplifié pour que nous nous puissions et que cela nous paraisse.

Eliott exprime ses difficultés à intégrer un raisonnement car celui-ci a un coût cognitif, et demande une capacité heuristique importante, une capacité à problématiser (Fabre, 2017) ; une représentation visuelle (De La Garanderie, 2013).

E5 : voilà il a fait les liens et voilà en deux ou trois heures il arrive à synthétiser quelque chose qu'il a fait en trois jours je pense que d'autres personnes n'y arriveraient pas en deux ou trois jours par exemple c'est difficile de on n'a pas tous enfin la même facilité à apprendre et à faire les liens et à visualiser les choses.

La représentation visuelle, « habitude mentale » (De La Garanderie, 2013) semble être un préalable au raisonnement et à la compréhension des gestes réalisés, au-delà de leur simple application. Comme si Eliott souhaitait voir plus loin.

Dg : vous êtes en train de me dire qu'il y a une espèce de préalable qui est la connaissance de l'anatomie et de la biomécanique et puis la palpation pour pouvoir faire certaines choses, c'est ça que vous me dites ?

E5 : sur certaines choses oui je pense que certains thérapeutes ne sont pas à l'aise et vont faire une rééducation du patient qui pourra aider le patient mais ils n'arriveront pas à nous étudiant à nous faire représenter ce mouvement qui pourrait soulager le patient par exemple avec ce genre de thérapeute on va on va faire du mimétisme et on va peut-être soulager le patient mais nous même on ne saura pas pourquoi cela a marché.

Eliott entrevoit la kinésithérapie comme un état d'esprit réflexif de formation tout au long de la vie. E5 : *pour moi la kinésithérapie c'est une perpétuelle formation on est toujours en formation pendant toute sa vie professionnelle.*

14.5.3 La séance de l'explicitation du schème raisonnement clinique « ligamentoplastie »

La séance de la triade 5 s'est déroulée dans un grand espace ouvert, sans cloison. Cet espace est une sorte de grand hall, qui permet l'accès aux boxes individuels et aux vestiaires de la piscine. La séance s'est déroulée sans interruption. Elle a duré trente minutes. Ellen était en tenue de sport. Elle a été guidée par la secrétaire vers cet espace, elle était prête à notre arrivée et a été accueillie par Ethan.

Ellen a subi une ligamentoplastie de son genou, à la suite de sa chute à ski. Elle avait déjà eu une opération de son autre genou quelques années auparavant. Elle a entamé sa rééducation dans un autre cabinet, et a changé de praticien en cours de traitement sur la demande de son chirurgien qui n'était pas satisfait des résultats obtenus. Ellen a subi une intervention particulière, légèrement différente des protocoles habituels. Elle connaît parfaitement sa pathologie et les complications éventuelles de son intervention.

Ethan a utilisé 80 % du temps de la séance pour s'exprimer, la patiente et le stagiaire se sont partagé les 20% restants. La représentation de la répartition du temps de parole se trouve en figure 43.

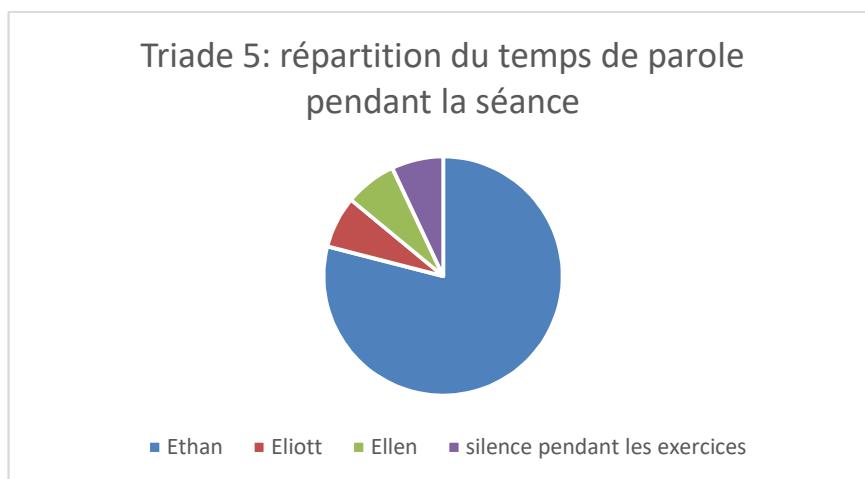


Figure 43: Répartition du temps de parole pendant la séance de la triade 5

Ethan a mis à disposition d'Elliott de nombreuses informations concernant l'état de santé de la patiente, ainsi que de nombreux principes de la rééducation de cette pathologie. (Figure 44).

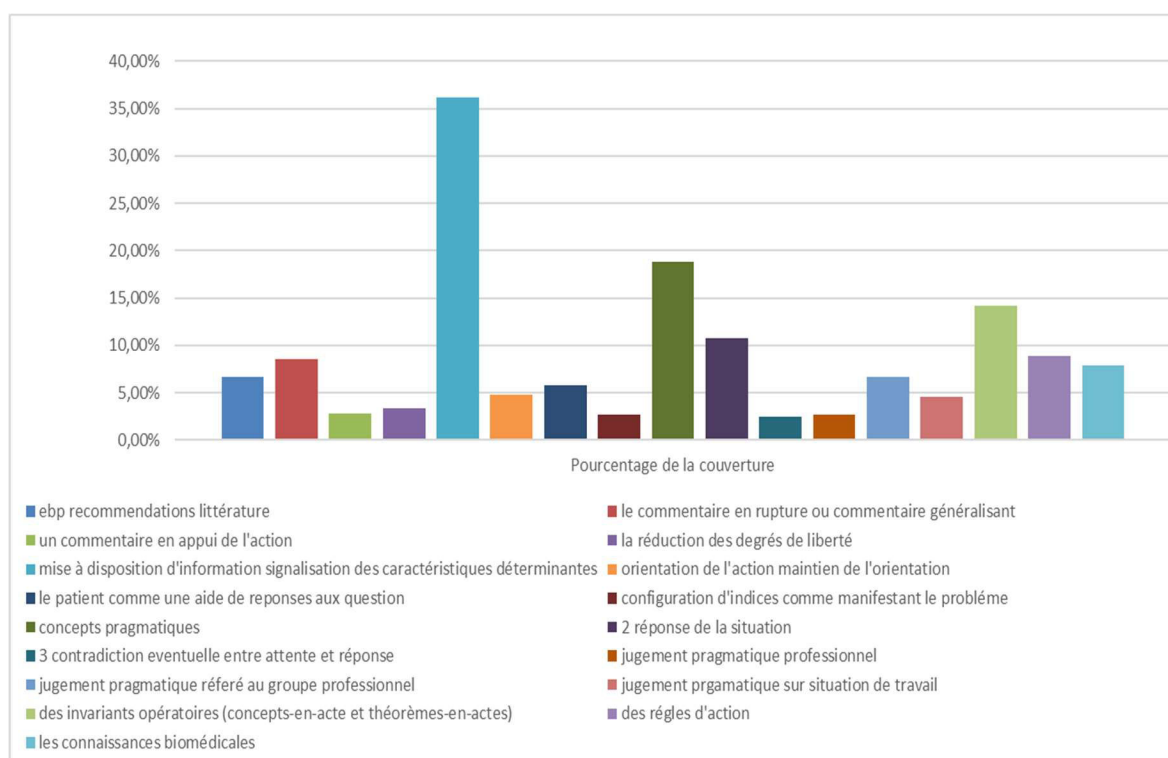


Figure 44: Éléments du discours de la séance de la triade 5

Nous avons été surprise car Elliott étudiant de troisième année, n'a fait aucune manœuvre sur cette patiente : il a seulement participé au travail de stabilité en appui unipodal, durant les cinq dernières minutes de la séance, en lançant le ballon à la patiente pendant que Ethan déstabilisait le genou. Elliott s'est tenu en retrait, restant debout tout au long de la séance, à observer sans se rapprocher de la table d'examen. Ethan a plusieurs fois questionné Elliott sur des notions déjà

interrogées les semaines précédentes. Ethan avait signalé, dans son entretien, que c'était sa manière de vérifier l'implication et le niveau de connaissances de l'étudiant. Eliott était-il considéré par Ethan comme un étudiant peu impliqué et d'un niveau de connaissances déficitaires ? Le tandem tuteur/ étudiant a-t-il fonctionné ?

Ethan indique à Eliott les grandes caractéristiques de l'atteinte de Ellen. Dans sa présentation, Ethan donne quelques éléments importants pour la prise en charge en une présentation très synthétique : une atteinte, un traitement, un but, et un principe. Il cherche à transposer par rapport au traitement habituel de cette situation prévalente. Manifestement Ellen estime qu'il a oublié un détail important, elle rappelle le délai post opératoire. Ethan donne une partie des éléments constitutifs d'un schème (Nagels, 2017) représentés en tableau 11.

E5 : du coup c'est une rupture du croisé antérieur possible rupture du ligament latéral traitement fonctionnel elle a suivi un traitement conservateur qui vise à la cicatrisation du croisé c'est un protocole qui est fait à N. du coup c'est quand même particulier euh avec hypo mobilisations cela suit presque les principes d'une ligamento classique au niveau de tout ce qui est conservateur chaîne ouverte ect on va en discuter après «

P5 : là on est à 7 mois

T5 : du coup 7 mois post op autorisation de toutes les activités en ligne pas encore beaucoup de rotation et suivre de la kiné jusqu'à la fin il reste encore 6 séances.

Éléments de la structure conceptuelle	Indicateurs
Buts et anticipations	Vise à la cicatrisation du croisé,
Classes de situation	Ligamentoplastie genou, Traitement conservateur
Des invariants opératoires (concepts-en-acte et théorèmes-en-actes)	Gain de flexion de genou, récupération musculaire, verrouillage quadricipital, proprioception, station unipodale
Jugement pragmatique professionnel	Principe du traitement conservateur
Jugement pragmatique référé au groupe professionnel	Kiné jusqu'au bout, travail articulaire au départ
Jugement pragmatique sur situation de travail	Hypo mobilisation au départ ; Suit les principes d'une ligamento classique
Des possibilités d'inférence en situation	Pas d'appui pendant deux mois, attelle articulée au départ, précautions, compensations temporelles, déplacement vertical et valgus dynamique à surveiller ; 7 mois
Des règles d'action	Chaîne ouverte, autorisation de toutes les activités en ligne, peu de rotation

Tableau 11: Le raisonnement clinique comme un schème (Nagels 2017) : un exemple donné par Ethan lors de sa présentation synthétique du patient

Nous pouvons récapituler dans le tableau suivant la structure conceptuelle décrite par Ethan. La curiosité de Eliott est aiguïlée, il cherche à savoir si la rééducation est la même. Ethan lui fait un diagnostic de la situation en précisant les critères à évaluer, les règles d'actions, les principes et l'évolution attendue

Il précise son schème au fur et à mesure de la mise à disposition d'informations clefs. (Kunegel, 2011). (Cf. tableau 11)

T5 : oui les précautions sont un peu plus importantes du coup faut qu'elle soit suivie un peu plus scrupuleusement qu'une ligamento vu la résistance du transplanta tu peux te permettre de faire des entorses au règlement en quelque sorte c'est sûr sans mettre trop de tension sinon on est très très protecteur du coup-là au jour d'aujourd'hui à 7 mois on a encore une belle limitation d'amplitude articulaire qui est mieux qu'au début quand j'ai récupéré P5 on était à 60 70 de spontané en début de séance pour être à 100 110 en fin de séance en bossant bien au niveau musculaire par contre c'est nickel le verrouillage c'est bien maîtrisé proprio c'est pas trop mal l'unipodal est bien tenu aussi voilà après on a essayé la course sur tapis ça se passait bien juste une compensation au bout de 10 minutes sinon c'était bien pas trop de déplacement vertical le valgus dynamique est plutôt bien fait enfin il est bien maîtrisé les fessiers on a vu depuis la dernière fois avec P5 c'est bien maîtrisé aussi y a pas trop de souci pour l'instant je travaille plutôt en articulaire sur le premier quart d'heure on fait les techniques de gain de flexion du genou parce que en fait elle a une patella très haute fixée et avec une XX derrière mais elle a une patella très fixe du coup c'est beaucoup mieux qu'au début on a pratiquement 100 degrés

Ethan étaye son argumentation sur des références bibliographiques, en précisant tous les critères d'inclusion de ce nouveau protocole. De nouveau, Ellen intervient, en précisant qu'elle a une atteinte ligamentaire qui fait partie des critères de non-inclusion décrits dans l'article. Elle lui précise que c'est en raison de cette particularité qu'elle a eu une immobilisation sans appui autorisé. Un certain jeu s'installe entre les deux ; l'étudiant intervient pour détourner le sujet sur les circonstances de l'accident.

E5 : avant vous faisiez un traitement conservateur

T5 : en effet il a fait une étude il y a deux ans sur une cohorte de 180 patients il y en avait 83% de cicatrice dans ce protocole après c'est pareil c'est toujours la question du protocole il n'y a pas de groupe contrôle faire des IRM pour quelqu'un qui n'a rien pour rien c'est pas terrible euh il n'y a pas de groupe contrôle il n'y a pas de suivi sur des années et puis c'est sur des patients très spécifiques quand même des entorses au niveau des alignements faut que ce soit bon pas de luxation déplacement de moignon c'est quand même des entorses relativement rares faut que ce ne soit vraiment que cela pas de ménisques associés pas de ligament collatéral médial associé donc

P5 : pourtant moi j'avais un truc quand même

T5 : alors autant pour moi j'ai mal lu l'article

P5 : moi c'était en plus...

T5 je croyais vraiment que

P5 : c'est pour cela que j'ai été immobilisée 6 semaines au départ sans poser le pied par terre c'était à cause de l'interne

E5 : vous vous êtes fait cela comment.

Ethan rappelle que Ellen est professeur de gymnastique et a besoin d'un genou stable. Cependant il ne peut tester de façon répétée la stabilité pour ne pas mettre trop de contraintes sur le ligament en cours de réparation. Son indicateur pragmatique de bonne récupération est basé sur la reprise spontanée d'activité par Ellen.

E5 : si déjà elle commence d'elle-même à faire certaines choses c'est qu'il y a plus de fonction dans le genou et un genou qui est plus stable donc cela va plutôt bien c'est un protocole particulier mais cela va plutôt bien du coup c'est pareil au niveau des phases de cicatrisation c'est pareil c'est pas trop trop c'est pas trop documenté les phases de cicatrisation elles sont naturelles c'est pareil c'est pour de problèmes d'articles elles sont pas très développés il y en a beaucoup au niveau ligamento

Ethan est dans une démarche EBP, toutes ses remarques sont argumentées et appuyées sur des références bibliographiques, qui lui permettent de comprendre ce qu'il fait, et de croiser les informations entre plusieurs types de protocole. Cela revient à la difficulté remarquée et soulevée par Eliott dans son entretien. Ethan ayant une pensée heuristique, est parfois difficile à suivre tant les liens lui semblent logiques. Son discours semble encyclopédique. Est-ce la participation à la formation canadienne basée sur un enseignement pro-accès direct qui lui a donné cette capacité de réaliser des liens ? Est-ce pour se rassurer et combler ses années d'expérience encore faibles ?

T5 : la différence je ne sais pas je n'en ai pas vu assez du coup les mécanismes du Kenneth Jones par exemple tu vas avoir une nécrose qui serait quasiment totale et garder une trame cellulaire vraiment très fine alors que le DIDT il n'y a pas eu vraiment de différences d'étude sur le DIDT parce que maintenant quasiment tout le monde fait un DIDT 4 et LS du coup il y aurait moins beaucoup moins de nécrose et beaucoup plus partielle du coup le transplant serait beaucoup plus solide enfin c'est loin du patient pour toi mais c'est intéressant de le connaître dans tes phases de rééducation on pourrait se permettre de faire un peu plus de choses plutôt sur les DT que sur les KJ la en conservation du coup-là XXXX d'ailleurs dans son étude il se base sur une étude de 87 je crois sur la cicatrisation du croise pour développer son idée.

Eliott semble plus préoccupé par le passé post opératoire immédiat de la patiente que par la situation actuelle à 7 mois, post-interventionnelle. Il paraît rechercher les indicateurs qu'il connaît tels que l'œdème. S'installe alors un dialogue entre patiente et étudiant sur un détail qui semble peu significatif, puisque très vite Ethan reprend la main auprès de l'étudiant avec une demande d'explication physiopathologique. Eliott a-t-il perçu la problématique actuelle de la situation de la patiente ?

E5 : ça à l'air moins XXX il y avait un œdème important

P5 : léger mais j'ai récupéré vite important je ne sais pas dire

T5 : je ne l'ai pas vu

P5 : je suis venue tard ici j'avais commencé ma rééduc à un autre endroit mais je n'ai pas aimé

E5 : *l'œdème*

P5 : *ben c'était important j'ai dû mettre des bas de contention pour essayer de l'évacuer parce que le problème c'est que dans l'attelle comme elle serre là et là et bien oui elle*

T5 : *ça facilite*

P5 : *ben ça a gonfle en fait*

T5 : *tu l'as glacé*

P5 : *après j'ai un genou qui est encore douloureux de l'autre côté car j'ai eu un truc un peu spécial donc j'apprends à vivre avec l'œdème et la douleur (rire)*

T5 : *du coup sur un croisé est ce que c'est de l'œdème que tu retrouves dans ton genou, est-ce que c'est de l'eau ?*

E5 : *épanchement articulaire*

T5 : *ben oui mais il n'y a pas que cela*

E5 : *arthrose euh tu peux aussi avoir du sang*

T5 : *oui c'est surtout du sang c'est une caractéristique justement de la rupture du croisé c'est une hémarthrose précoce*

Ethan fait ensuite tout un rappel physiopathologique sur l'hémarthrose et donne à Eliott deux règles d'action prédictives pour différencier une rupture de croisé antérieur, surtout si le patient vient en accès direct. Ethan explique que le diagnostic différentiel est basé sur l'historique de l'apparition de la douleur et la forme du gonflement. Il constitue le répertoire des règles d'action et ressources pragmatiques de l'étudiant. Il lui indique aussi les circonstances d'utilisation de cette règle prédictive. (Pelaccia & Tardif, 2011). Ethan lui explicite presque un arbre décisionnel. Celui-ci ne prend aucune note. (Tableau 12)

T5 : *c'est une hémarthrose précoce tu peux l'avoir en deux temps mais le plus fréquent c'est l'hémarthrose ce qui fait que le genou gonfle énormément ce qui fait que c'est un signe si quasi pathognomonique d'une rupture du croisé antérieur au niveau de la texture c'est pas vraiment la même chose quand tu palpes parce que les ménisques aussi cela fait énormément gonfler un genou normalement donc tu as un patient qui décrit si jamais tu n'as pas eu d'imagerie ou s'il n'a pas été testé au niveau des croisés ben dans son histoire le patient il va te dire je n'ai plus les pourcentages en tête il va te dire en gros mon genou il a énormément gonflé tout de suite et ça c'est pas forcément un signe mais par contre le genou qui gonfle très fort très vite qui est très douloureux dès le début normalement tu vas avoir une phase ou cela va se calmer très vite puis tu vas avoir une phase ou cela va redevenir douloureux dans les 24 à 48 heures de l'accident cela dépend du patient normalement ce cheminement-là de la douleur c'est caractéristique donc là c'est pareil dans ton examen initial si tu as un patient qui vient en traumatique souvent ce sont des patients que tu connais déjà parce que quand les patients ils viennent pour la première fois ils ont déjà été évalués par un médecin mais les patients qui reviennent te voir parce qu'il y a un an ils se sont fait mal au genou et qui reviennent te voir ils sont fait mal au genou dès qu'il y a une histoire comme ça c'est là que c'est intéressant de la faire ben quand tu as vu Ludovic mon patient quand on l'a vu il n'avait pas encore vu le médecin il était intéressant de voir exactement avec lui l'histoire là je joue là c'est vraiment l'hémarthrose très importante parfois on faisait de ponctions sur les croisés après une rupture on trouverait plutôt ça.*

Indicateurs à prendre en compte	Patient	Contexte	Douleur	Résultat prédictif
	Patient connu	Patient déjà évalué au préalable par le médecin	Si douleur forte, si gonflement rapide	Hémarthrose due à une rupture
	Patient inconnu	Patient en accès direct	Si disparition douleur puis réapparition à 24H Si pas de douleur	Épanchement
			Si gonflement immédiat	

Tableau 12: Éléments décisionnels à prendre en compte en situation d'urgence face à une douleur du genou

Ethan utilise sa technique de vérification des connaissances de l'étudiant, qui consiste à demander une nouvelle fois une question déjà posée. Et manifestement les réponses ne sont pas spontanées, Elliott a besoin d'aide. Ethan poursuit ensuite avec des activités diagnostiques.

T5 : *et du coup si je te redemande les techniques de gain en flexion au niveau du genou*

E5 : *euh rotation médiale flexion triceps tu me l'a dit la flexion le triceps tu m'avais dit*

T5 : *au niveau du soléaire*

E5 : *tu m'avais dit il y en avait trois quoi d'autres le tiroir post*

T5 : *tu as le tiroir post pour le glissement*

E5 : *oui*

T5 : *du coup-là à quoi tu vas faire attention dans la rotation médiale est ce qu'il n'y a pas quelque chose qui te fait un peu tilter sur la rotation médiale du fait de la pathologie de Ellen.*

Ethan par son guidage, permet à Elliott de réaliser lui-même le raisonnement qui sous-tend son action, en s'appuyant sur la physiologie des ligaments et la biomécanique fonctionnelle. Les connaissances de Elliott semblent encore hésitantes. Y a-t-il un lien avec ce qu'affirmait Ethan dans son entretien « *les connaissances c'est son travail ce n'est pas le mien* » ?

Ethan donne alors une règle d'action pratique en lien avec cette compréhension de la théorie. Vérifier la liberté rotatoire est nécessaire surtout chez des patients ayant des ischios contracturés.

T5 : *du coup tu fais attention*

E5 : *on fait attention à quoi*

T5 : *si tu viens juste chercher la liberté rotatoire pour gagner en flexion c'est bon c'est juste par rapport à la rotation médiale c'est quelque chose à voir après c'est bon de vérifier si elle est libre chez les patients avec les fibroses qui se mettent en place parfois tu peux avoir une rotation médiale très limitée des patients qui sont très crispés sur les ischios et qui du coup ne te laissent pas faire et c'est intéressant de juste évaluer*

E5 : *en amplitude*

T5 : *pas forcément juste voir déjà si c'est libre du coup car cela peut t'aider après surtout sur le gain en flexion déjà finalement c'est juste la rotation qui fait que soit c'est douloureux il y a trop de contrainte sur les condyles soit ils ne se laissent pas faire ils ne se laissent pas aller et du coup tu ne peux pas y aller c'est intéressant de voir avec le patient juste le tester déjà car la rotation médiale elle automatique c'est de l'ordre de quelques degrés.*

Eliott est alors intéressé par l'astuce de la réalisation de cette vérification de liberté rotatoire. Ethan lui donne alors ses ficelles : une meilleure tenue, une meilleure protection, un meilleur guidage du tibia, et une bonne position pour vérifier la réaction sur le visage de la patiente. Ethan semble ensuite faire une démonstration technologique d'une variante positionnelle en donnant de nouveau ses critères de réussite du geste. Même si un apprentissage se réalise par observation, cependant, comment Eliott peut-il ressentir les critères subjectifs décrits par Ethan et se constituer son « référentiel sensitif » (Olry, 2015) ? Est-ce un problème de confiance envers l'étudiant ? Ethan, dans son entretien, avait posé le critère de compréhension des connaissances, comme préalable à la confiance pour « prêter » les patients.

E5 : *tu la fais plus en distal la rotation*

T5 : *oui j'aime bien car du coup je tiens bien moi j'aime bien sur le croisé parce que coup sur les séances très très spécifiques mais là pour le coup je préfère être plus protecteur et comme je te l'ai déjà dit la rotation médiale automatique elle est vraiment de l'ordre de quelques degrés donc tu ne vas pas aller chercher quelque chose de c'est juste de vraiment guider ton tibia et là comme ça tu es vraiment fixe dans le plan frontal je vais juste chercher un peu j'essaie d'avoir un peu la tête tournée pour vérifier la patiente*

E5 : *oui on ne sait jamais après*

T5 : *parce que l'on ne sait jamais le risque c'est d'avoir ton tibia ici et ton pied pas trop bas (démonstration technologique ??) après si tu laisses venir tu peux te placer un peu différemment il y a une cicatrice distale tu vas prendre ton tibia en distal tu es vraiment tourné vers la patiente*

E5 : *du coup ça marche bien tu as*

T5 : *tu vois le gain en flexion tu n'as pas le comparatif mais c'est vachement mieux que ce que l'on avait au début*

De nouveau, Ethan questionne sur une thématique déjà posée, et la réponse est identique à celle obtenue lors du précédent questionnement. Eliott ne maîtrise pas la réponse. Ethan lui rappelle les connaissances fondamentales pour étayer sa réponse. Eliott est-il pour autant peu impliqué ? Ne reçoit-il trop d'informations en même temps et à vitesse rapide, créant une surcharge cognitive (Astolfi, 1997) ?

T5 : *on essaie un peu debout*

du coup pour voir au niveau stabilité voir ce que cela donne hop sur ton travail de stabilité qu'est-ce que tu vas surveiller

E5 : *je ne sais pas tu m'en as déjà parlé »*

T5 : *est-ce que tu sais du coup pourquoi les femmes ont un risque de rupture plus important que les hommes je ne me rappelle plus du chiffre si le sexratio est de 1.8*

E5 : *(inaudible)*

T5 : *c'est une raison donc tu vas juste venir en unipodal en valgus varus les adducteurs ça va*

P5 : *oui ça va*

T5 : *épaule gauche contre mon épaule vous allez descendre sur votre genou en flexion*

E5 : *je n'ai pas trop d'idée pour ta question*

T5 : *si tu as ton anatomie.*

La séance se poursuit avec des exercices dynamiques à destination du patient, que Ethan réalise. Celui-ci poursuit son questionnement sur les causes de plus grande rupture chez la femme et finit par lui donner les réponses. Il essaie ensuite de projeter Eliott dans la vie professionnelle en lui demandant de réfléchir à des critères de reprise de sport après une lésion.

T5 : qu'est-ce que trouverais toi comme critères on va dire parce que ça c'est toujours une grande question en général comme critères de reprise de la course chez un patient après un traitement conservateur du croisé qu'est-ce que tu aurais comme critères parce que c'est vraiment.

Tout en poursuivant sa réflexion sur les critères cliniques potentiels de reprise de course, Eliott intervient à la 26^{ème} minute de la séance, pour aider Ethan dans la réalisation d'exercice dynamique en déstabilisation et double tâche. Eliott lance le ballon à la patiente. Finalement Ethan décrit l'ensemble des critères qui permettent une reprise d'activité sportive de course, en s'appuyant sur son travail de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'état.

Au total, l'ensemble des éléments de la structure conceptuelle, permettant de considérer le raisonnement clinique comme un schème (Nagels, 2017) mis en place par Ethan tout au long de la séance est résumé dans le tableau 13.

Eliott a-t-il eu conscience de l'ensemble des éléments mis à disposition par Ethan (Kunegel, 2011) ? Eliott s'est mis en position de co-construction du problème en réclamant les données manquantes. Il a pris en charge la dévolution. Cette séance où l'étudiant a peu de contact avec le patient, nous rappelle que dans la situation d'observation, un double choix s'est opéré, tuteur et étudiant se sont mutuellement choisis de même que le patient a préféré ce thérapeute. En revanche, il n'y a pas de choix entre patient et étudiant, un triangle dans lequel un côté n'est pas présent.

Éléments de la structure conceptuelle	Indicateurs
Buts et anticipations	Visé à la cicatrisation du croisé, Risque de nécrose, attelle pendant 6 semaines, viser un genou fonctionnel stable, prévention du flessum
Classes de situation	Ligamentoplastie genou, Traitement conservateur
Des invariants opératoires (concepts-en-acte et théorèmes-en-actes)	Gain de flexion de genou, récupération musculaire, verrouillage quadricipital, proprioception, station unipodale
Jugement pragmatique professionnel	Principe du traitement conservateur, test de la stabilité de la colonne, surveillance de la reprise spontanée d'activité : critères de bonne récupération et de stabilité
Jugement pragmatique référé au groupe professionnel	Kiné jusqu'au bout, travail articulaire au départ
Jugement pragmatique sur situation de travail	Hypo mobilisation au départ, hémarthrose précoce
Des possibilités d'inférence en situation	Pas d'appui pendant deux mois, attelle articulée au départ, précautions, compensations temporelles, déplacement vertical et valgus dynamique à surveiller
Des règles d'action	<p>Pas de chaîne ouverte, autorisation d'activités en lignes, vérifier la liberté rotatoire surtout si douleur à la flexion et si ischiojambiers tendus.</p> <p>Reprise de course si parfait en dynamique, sur les déplacements latéraux avec les petits sauts bi podal et unipodal que cela soit très bien géré, pas de trop grosses compensations au niveau des yeux Si OK sur les changements de direction aussi du coup sur les pas chasses alternés, Si le genou ne tourne pas en valgus sur le pied d'appel</p>

Tableau 13: Un schème décrit par Ethan au cours de la séance

14.5.4 « Je leur montre d'où je tiens ma sauce »

L'hétéroconfrontation s'est déroulée pendant la pause repas de Ethan, le jour même. Elle a duré 22 minutes. Ethan a utilisé 75% du temps de parole et Eliott 15%. La représentation graphique de la répartition du temps de parole se trouve en figure 45.

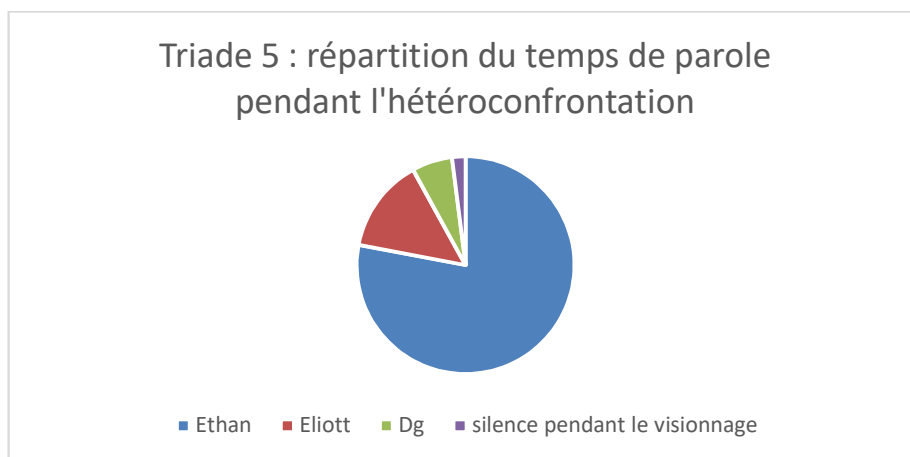


Figure 45: Répartition du temps de parole pendant l'hétéroconfrontation de la triade 5

Plusieurs thématiques sont apparues, les jugements pragmatiques sur la situation, la vision du tutorat, les ressources utilisées (Figure 46).

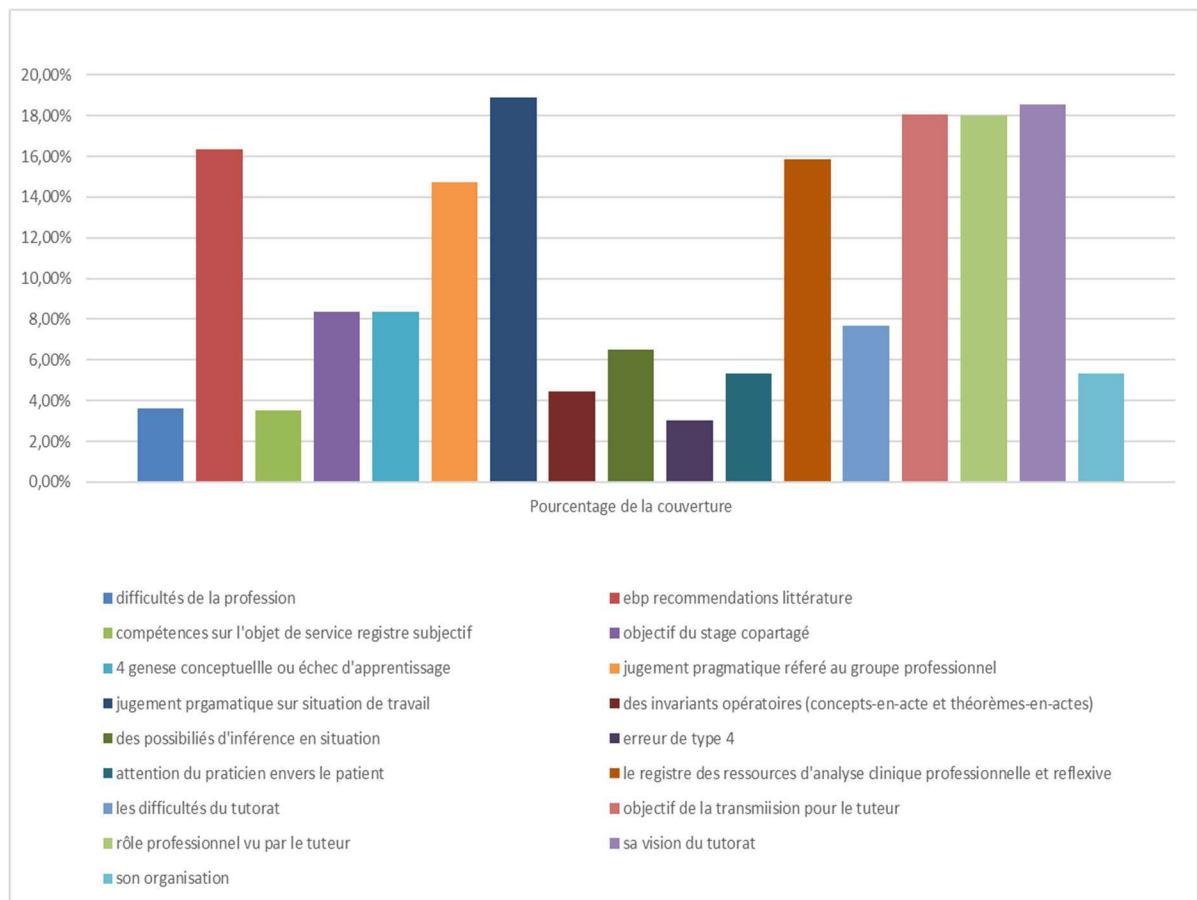


Figure 46: Éléments de discours de l'hétéroconfrontation de la triade 5

Spontanément, en voyant les premières images, Ethan se livre à une autoévaluation de sa posture et de la qualité de ses mains. La présence d'un stagiaire le rend moins attentif à ses gestes et au patient, en particulier lorsque Ethan se trouve en séance avec un patient à distance de son traumatisme. Dans ce contexte, il a recours à une plus grande mise à disposition d'informations au profit de l'étudiant (Kunegel, 2011). D'après lui, cette verbalisation se fait au détriment de la qualité palpatoire. Sans doute n'a-t-il pas encore totalement incorporé (Mayen, 2015) et automatisé ses techniques corporelles lors d'une double tâche (Kahneman, 2012)

T5 : je vois mes petits défauts de mains quand on est avec un stagiaire au niveau pratique je trouve que l'on est toujours un peu moins concentré sauf quand on montre une technique on est toujours un peu moins concentré un peu moins précis là je le vois bien c'est pour cela que je trouve que quand on a des stagiaires sur des patients un peu plus à distance on est toujours un peu plus bavard pour expliquer je sais que quand je suis avec des patients traumatisme fraîche ou très fraîche je parle un petit peu moins je suis plus concentré sur le patient je fais moins de choses-là je me rends compte encore là les mains

ça va mais on sent que c'est plus machinal que c'est moins réfléchi mais je pense que c'est tout le monde ce n'est pas moi en particulier

Il a d'ailleurs distingué deux cas de figure qu'Eliott a aussi repérés. En fonction de ces deux configurations, la place du stagiaire et l'attitude du tuteur ne sont pas les mêmes. Dans l'un des cas, le tuteur parle peu, se concentrant sur le ressenti des mains, dans une action « non machinale un peu plus réfléchie » (Kahneman, 2012) et le stagiaire pose des questions ensuite. Dans l'autre cas, le tuteur verbalise plus sa démarche et son action, impliquant davantage le stagiaire. Celui-ci doit alors, à chaque séance, repérer les indices lui permettant de trouver sa place et de s'adapter à la situation, notamment vis-à-vis de l'installation de l'alliance entre patient et thérapeute. C'est toute la difficulté d'une activité qui est productive, avant d'être un lieu de formation.

E5 : je pense que c'est vrai ce que tu dis la par contre tu parlais beaucoup et quand on est ensemble et que tu parles beaucoup il me pose beaucoup de questions c'est ce que je vous disais il m'interroge beaucoup sur les hypothèses et quand il a un patient qu'il vient d'avoir en bilan il pose moins de questions nous en tant que stagiaire on pose des questions après parce que l'on n'ose pas cassé la relation qui s'instaure entre le kiné et le patient du coup en tant que stagiaire on est un peu en retrait

Cependant ces deux situations ne permettent pas à Ethan de distinguer un profil de patients plus spécifiquement destinés au stagiaire. Des types de séances sont potentiellement plus apprenantes que d'autres. Certaines séances susceptibles d'être révélatrices d'une évolution de la pathologie, méritent l'attention des stagiaires. Le tuteur peut alors transmettre des informations plus pertinentes et spécifiques.

*Dg : est-ce à dire qu'il y a des patients plus spécifiques pour les stagiaires que d'autres ?
T5 : je pense que non juste après il y a le ressenti du kiné pour moi la du coup une ligamento enfin les atteintes du croisé enfin je sais que dessus ça va je sais que je peux prendre des stagiaires dessus je vais avoir des choses intéressantes à leur montrer et à leur expliquer je pense qu'il y a juste le rapport enfin l'expérience du kiné après oui je pense qu'il y a des pathologies qui s'y prêtent un peu ou plus plus facilement en tout cas sur des séances un peu plus suivies que des patients on les voit une fois ouais et ça suffit alors que d'autres faut les voir plusieurs fois pour voir l'évolution pour discuter d'autres choses mais euh je pense que c'est pas forcément des patients à stagiaire je pense plus que cela dépend de ce sur quoi on veut insister*

Ethan fait un tri dans les informations délivrées au stagiaire en fonction de la situation de la patiente. Son questionnement va aussi être modifié en fonction de sa disponibilité vis-à-vis de l'état du patient. Lorsqu'il peut exercer dans un mode plus automatique, ses questions sont plus axées sur le registre des ressources pragmatiques fondamentales, sur les mécanismes physiopathologiques de la lésion. Cette compréhension semble pour lui fondamentale, car elle

lui permet d'agir en tout connaissances des risques, des enjeux. Cette conscience est presque un acte d'autonomie car elle lui permet d'agir à l'intérieur d'un cadre maîtrisé. Le raisonnement clinique devient alors un outil d'émancipation.

T5 : du coup avec P5 je sais que dans son cas justement je peux insister sur certaines mobilisations je peux passer du temps à expliquer la pathologie parce que cela me permet d'être un peu plus distrait que sur une pathologie fraîche du coup je vais dire des choses un peu plus bateau parce que je vais être très concentré sur ce que je fais et je vais peut-être demander des choses qui vont être moins poussées au stagiaire juste basées sur la connaissance sur le risque sur la balance bénéfice risque pour être sûr qu'ils comprennent les enjeux et aussi pourquoi on est si prudent au début parce que c'est plus ça qui va être intéressant alors que là c'était de passer un peu plus de temps sur la physiopathologie car le genou je sais qu'il va bien donc j'ai le temps de voir avec le stagiaire et en discutant un peu et que si ma manœuvre elle est un peu moins précise cela sera moins grave entre guillemets que pour un patient frais où ma manœuvre doit être très bien le stagiaire peut travailler aussi un peu.

Ethan estime que toutes les informations mises à disposition permettent à l'étudiant de se constituer ses critères de surveillance et d'arrêt de séance. Il lui fait construire son schème, en lui donnant des règles d'interférences au cours de l'action. « Regarder le genou lors de la proprio et si apparition d'un valgus dynamique alors arrêt de la séance ».

T5 : là je suis vraiment resté avec lui mais si je l'avais laissé depuis le travail de proprioception tout ça je sais que si je lui donne un croisé et que je ne lui ai pas dit qu'il y a un valgus dynamique je veux enfin oui je veux qu'il regarde cela si je vois qu'il fait de la proprio qu'il ne regarde pas le genou et que je vois qu'il y a un valgus dynamique qui se met en place et qu'il ne l'a pas surveillé pour le coup ben je ne veux pas dire que c'est un critère d'arrêt de séance mais je vais dire quand même fait gaffe il y a ça

Ethan développe le modèle de progression qu'il utilise tout au long du stage. Il a repéré la difficulté pour les étudiants à réaliser le portrait global de la situation ou erreur de type 4 selon la classification proposée (Audetat, Laurin, Dory, Charlin, & Nendaz, 2018). Cette difficulté demande une certaine temporalité pour être dépassée. Sa réalisation témoigne d'une certaine progression dans la compréhension des problèmes des patients. Il s'agit sans doute d'un indicateur de développement professionnel (Lefeuvre, Garcia, & Namolovan, 2009) et un marqueur de l'intégration du genre professionnel (Clot & Faïta, 2000), puisque cette étape correspond à la capacité à synthétiser toutes les informations qui vont permettre l'écriture du diagnostic masso kinésithérapique (Gedda, 2001).

T5 : c'est plus dans sa réflexion à lui et pareil dans l'optique de lui laisser le patient j'essaie de me dire cela aussi c'est très difficile au début quand on est stagiaire ou quand on commence c'est d'être capable de faire le résumé d'un patient et finalement d'arriver à le décrire assez succinctement à une confrère pour se dire qu'il va le prendre en charge du coup c'est ça que je me dis il y avait le rapport de progression par rapport à ce que l'on avait au début peut être par rapport aux techniques que j'ai faites.

Du fait du statut d'étudiant de troisième année endossé par Elliott, Ethan estime que la barrière tuteur-étudiant peut s'abaisser pour devenir une relation quasi professionnelle, avec quelqu'un qui deviendra un pair dans quelques mois. Il a construit le problème du patient et lui transmet le résultat de son enquête.

T5 : c'est plus pour lui pour qu'il connaisse P5 si elle revenait demain et que je la laissais à E5 qu'il puisse déjà se dire T5 m'a dit telles et telles infos OK je suis capable de faire la séance comme si j'étais pas là c'est plus vraiment de faire ressortir les trucs le plus importants pour se dire que E5 c'est un futur confrère dans très peu de temps et que je me dise ben je lui parle comme si je lui parlais de confrère à confrère je pense pour moi un troisième année c'est quasiment un confrère.

Ethan est dans une approche biomédicale du patient, à la recherche de l'hypothèse causale et de la compréhension des mécanismes physiopathologiques pour s'adapter à la situation lésionnelle de chaque patient. Ce que Elliott décrit comme étant apprendre pour comprendre. Il construit son énigme à partir des indices recueillis. (Dewey, 2004). Compte du contexte de cette séance où toutes les données sont apportées sous forme de problème résolu, Elliott semble faire le chemin inverse. Il donne l'impression de faire un processus qui part de l'hypothèse diagnostique précoce résolue pour remonter jusqu'à la reconstitution des données qui préexistaient. Ce raisonnement est dit en chainage arrière (backward reasoning) (Pellacia, 2012). Nous utilisons plusieurs fois le mot « énigme » dans cette triade. Cela nous interpelle sur le désir de savoir de Ethan, il semble en besoin d'apprendre.

E5 : ouais ouais ce que j'aime bien avec T5 c'est qu'il nous parle pour nous apprendre mais c'est ce que je disais tout l'heure c'est pas apprendre pour apprendre il est beaucoup dans l'hypothèse là on l'a peut-être pas vu parce que la ligamento je connais un peu mieux du fait de mon mémoire et tout mais sur des pathologies que l'on connaît moins il est plus dans l'hypothèse et nous faire réfléchir comme je vous disais tout à l'heure nous faire réfléchir sur le mécanisme qui va bloquer et comment ça va se passer et plutôt dans la physiopathologie que dans l'explication même chez cette patiente c'est cela qui va bloquer il va faire plus avec l'ensemble des patients si l'on a 10 cervicalgies et bien on n'aura pas tous les mêmes contextes donc c'est ça qui est intéressant comprendre les mécanismes et non juste savoir chez cette patiente pourquoi elle ne marche pas là on ne le voit pas trop sur cette séance parce qu'elle est presque bien

Ethan justifie l'importance donnée aux explications physiopathologiques par l'appétence repérée chez l'étudiant. Il estime s'être adapté à ses attentes et est satisfait de l'attitude de Elliott, qui parvient d'après lui à repérer la singularité physiopathologique de chaque cas clinique.

Dg : et là tu insistes beaucoup sur la physiopath du coup

T5 : oui mais je sais que c'est quelque chose que j'aime bien du coup et c'est vrai que je pourrai insister sur autre chose mais je sais que pour E5 avec son passe mine de rien de

Staps et c'est quelque chose pour laquelle je sais qu'il est à l'aise et je veux qu'il soit à l'aise les concepts je veux vraiment mine de rien on voit aussi quand les stagiaires adhèrent à certains trucs et je vois E5 il a bien accroché à cela il aime bien cet état d'esprit aussi du coup c'est aussi pour cela pour essayer de prendre et oui c'est aussi cela parfois de comprendre la clinique de ne pas juste de tenir c'est comme cela c'est de se dire il y a peut-être cela parce qu'il y a cela du coup je reviens j'ai vraiment décrit ce que je veux qu'il retienne ce que je veux faire donc être sûr qu'il comprenne et comme il l'a dit ne pas juste se focaliser sur un patient de savoir d'où ils sont partis pour comprendre et pourquoi ils sont arrivés à telle hypothèse et XXX pourquoi chez tel patient c'est comme cela et chez un autre cela va être autre chose qui va gêner c'est plus cela donc je suis content parce que je vois que c'est bien cela veut dire que c'est bien vécu et c'est compris donc c'est bien cela fait plaisir

Basant son argumentaire sur les données probantes de la recherche, dans une démarche d'EBP, Ethan cite de nombreuses références bibliographiques qui viennent en appui de son discours.

Dg : là tu cites beaucoup d'études c'est important pour toi ça ?

T5 : ben c'est pour montrer aussi quelque part j'aime bien après discuter du niveau de preuve que j'en connais car je ne lis pas PubMed tous les jours mais du niveau de connaissances que j'en ai déjà et de savoir qu'il y a un certain niveau de preuves ou pas justement un peu dans la démarche EBP justement de savoir.

Eliott s'est très peu exprimé durant cette hétéroconfrontation, nous ne serons pas ce qu'il a retenu, ni appris de cette séance d'observation. Ethan a surtout justifié son attitude et exprimé sa vision du tutorat et sa démarche EBP. Il cherche à ce que les étudiants s'approprient les pratiques pour les « faire à leur sauce ».

14.5.5 « Il y a vraiment un besoin de réflexion au moins pour faire quelque chose de pas risqué pour le patient »

Est-ce l'expérience de deux années d'exercice de Ethan qui lui fait tout reposer sur les données probantes ? La réflexion est-elle obligatoirement fondée sur celles-ci ? Dans l'exemple présenté, il semble peu axer sa décision sur son expérience et sur le projet du patient (Gedda, 2017). Cela pose toute la question du rôle du stage et du rôle du tuteur. Quelle place prend la pratique dans un stage clinique, quelles places prennent les savoirs encyclopédiques ? Pour Ethan, la responsabilité d'avoir des connaissances incombe à l'étudiant, « c'est son travail » or Eliott souhaite un rappel des connaissances. Il semble y avoir une discordance entre les deux visions. Comment réfléchir et analyser si les connaissances ne sont pas acquises et si l'étudiant ne parvient pas à suivre le raisonnement mis en place ? Quelle posture pour Eliott ?

14.6 La triade 7 ou « c'est risqué de faire cela, mais c'est à toi de jauger tout cela »

La triade 7 a été rencontrée en mars 2017. La séance s'est déroulée dans un box privé. Gerald T2 est diplômé depuis deux ans. Il a d'abord travaillé dans un centre de rééducation, avant de devenir assistant dans ce cabinet.

Ghislaine est étudiante en troisième année d'un IFMK parisien privé. Elle effectue le dernier stage de son parcours. Elle fait partie de la dernière promotion de l'ancienne réforme. Elle côtoie dans ce terrain de stage, des étudiants de la nouvelle réforme, les tuteurs sont les mêmes, quelques soit l'année d'études.

Géraldine vient en soin depuis quelques mois à la suite d'un accident de la voie publique, qui lui a causé un trouble cervical aigu.

14.6.1 Gérald ou « il ne faut pas penser avec un bouquin dans la tête »

Gérald est diplômé d'un IFMK parisien associatif depuis deux ans. Il a débuté son exercice professionnel dans un centre de rééducation, et a saisi l'opportunité de rejoindre ce cabinet à l'occasion du départ d'un assistant en mission humanitaire pour quelques mois. Il assure donc le remplacement de celui-ci durant son séjour. Il est donc sur un emploi temporaire et ne sait pas encore ce qu'il fera après ce remplacement. Son souhait serait de rester dans cette structure singulière.

L'entretien a duré 18 min. Gérald a rempli 90% du temps de parole durant l'entretien. Il a abordé surtout quelques points : le rôle professionnel, les possibilités d'inférence en situation, les difficultés de la profession, sa vision du tutorat et l'évaluation du stagiaire (Figure 47).

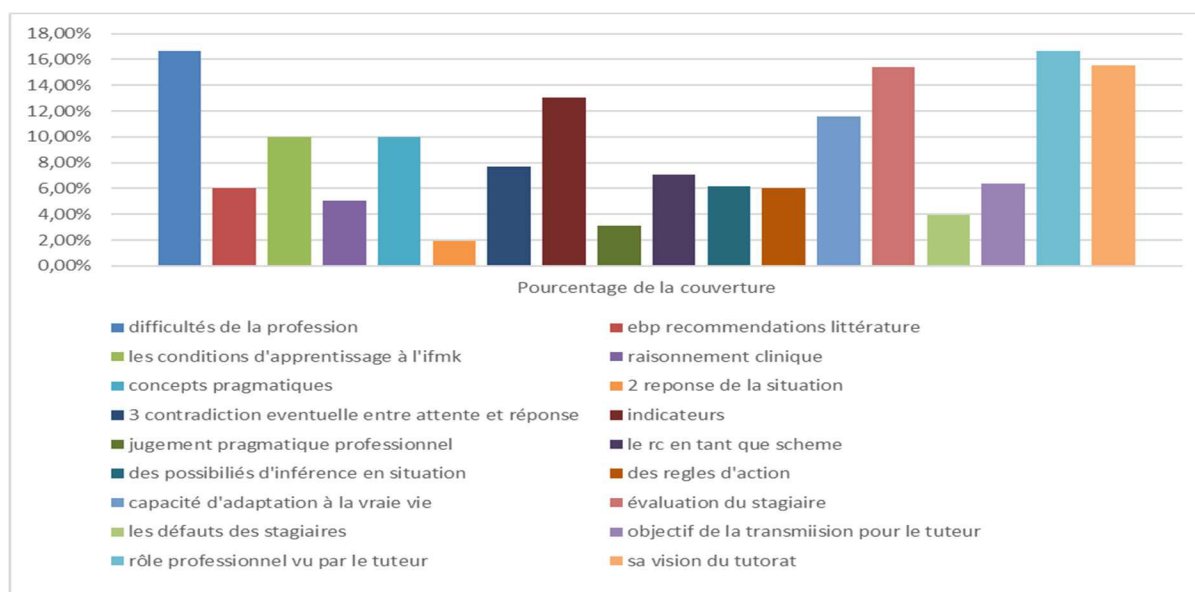


Figure 47: Éléments de discours de l'entretien de Gérald

Pour chaque nouveau patient, Gérald réalise, pour l'étudiant, une présentation synthétique du patient recouvrant les 5 étapes du raisonnement clinique (Charlin, 2012). Il axe son projet tutorial sur la pratique du stagiaire, sous surveillance, en posture de mise en travail semi assistée.

T7 : j'essaie de présenter au mieux le cas au stagiaire présenter le patient sa pathologie ses antécédents ses objectifs et derrière ses objectifs à lui et mes objectifs à moi notre projet thérapeutique et derrière voir à ce que le stagiaire fasse une pratique correcte en fonction de ses compétences qu'il a afin qu'il ait un traitement optimal mais je le laisse assez libre généralement je le supervise juste de loin je guide quand il a besoin d'être guidé

Gérald se positionne comme un guide, il est toujours derrière le stagiaire pour lui montrer le bon chemin, et l'orienter par ses questions. Son discours comporte des mots concernant le voyage, la route, comme l'a déjà fait Dimitri, comme si, pour lui, effectuer une séance reviendrait à réaliser un parcours d'orientation. Gérald utilise le guidage par questions interposées, et par énonciation de conseil.

T7 : quand je laisse la séance au stagiaire je reste je reste toujours derrière euh je le laisse faire et j'essaie de le guider dans ses objectifs de traitement histoire qu'il trouve un exercice qui soit convenable et j'essaie de faire en sorte qu'il ne se perde pas dans un sens qu'il soit logique derrière euh quand je vois que le stagiaire part un petit peu trop loin de son objectif ou qu'il évidemment s'il fait quelque chose de dangereux et cætera je essayer de le corriger et de le remettre sur la bonne route et de l'orienter plutôt que de le corriger de façon à ce qu'il réfléchisse à pourquoi c'est mieux de faire ci mieux de faire ça j'évite de lui donner une réponse toute faite parce qu'il vaut mieux qu'il la trouve par lui-même

Gérald a identifié quelques types d'erreurs qu'il retrouve habituellement dans le raisonnement clinique des étudiants. Ces erreurs cognitives correspondent aux erreurs identifiées aussi en maïeutique (Demeester, Eymard, & Vanpee, 2012) et en médecine (Audetat, 2011).

T7 : quand selon moi on ne répond pas à l'objectif du traitement ou de la séance en question et surtout lorsqu'il n'y a pas de logique entre l'objectif qu'a le stagiaire et l'exercice qu'il en fait quand il n'y a pas de lien logique entre les deux quand il n'y a pas d'objectifs propres quand il n'y a pas de raisonnement approprié euh j'essaie du coup d'orienter un tout petit peu plus

Gérald est le deuxième tuteur à employer le mot « raisonnement » dans son discours. Pour expliquer ce terme, il donne l'exemple d'une erreur de raisonnement qu'il a repéré chez un étudiant. L'erreur mentionnée semble liée à un défaut de priorisation du choix des moyens technologiques à mettre en œuvre en fonction des effets attendus. C'est sans doute un type d'erreur supplémentaire, non repérée par Audetat. (2012) au-delà de la difficulté d'élaboration du plan de traitement (erreur de type 5) (Audetat, Laurin, Dory, Charlin, & Nendaz, 2018)

T7 : un stagiaire qui aurait à travailler un patient avec une ligamentoplastie du genou du lca par exemple il va travailler la proprioception qui fait faire des squat à son patient je vais lui demander pourquoi est-ce qu'on peut pas optimiser un petit peu mieux le côté

proprioception et est-ce qu'on n'est pas plutôt dans le musculaire par exemple après s'il m'argumente la chose en me disant que c'est la première étape qu'après il va le mettre sur un plateau instable et qu'il va mettre des résistances par ci par là et qu'il va le déséquilibrer à ce moment-là c'est un bon raisonnement après si pour lui c'est de la proprioception alors là pour moi il a un problème de raisonnement du coup

Il a mis en place des stratégies de remédiation, basées sur l'analyse réflexive, et l'utilisation des ressources physiopathologiques. (Piot, 2015)

T7 : j'essaie d'orienter le raisonnement justement euh de le faire chercher par lui-même de montrer un petit peu la contradiction entre l'idée de base qu'a le stagiaire et son euh le résultat qu'il a de l'exercice appliqué ou de la pratique qu'il va apporter par des parties théoriques qu'il est censé connaître plus parce que moi-même j'ai pu lui apporter j'espère au cours des séances précédentes et du temps passé avec lui

Gérald s'est fixé comme objectif pour l'étudiant, la recherche d'autonomie dans le raisonnement, dans une visée de professionnalisation de manière que demain celui-ci puisse construire le plan de traitement. Gérald estime qu'avoir un diagnostic correct est un objectif incontournable de fin de stage.

T7 : euh ça dépend évidemment dans quelle année il va être là pour un stagiaire mettons en troisième et dernière année d'école l'objectif ça va être de le rendre plus autonome dans sa prise en charge qu'il ait un bon raisonnement diagnostique euh et ouais qu'il puisse être autonome sans avoir à se reposer derrière sur son tuteur ou sa tutrice et que pour moi il arrive à construire une séance pour moi cela va être l'objectif que je vais avoir avec un stagiaire de dernière année bien sûr en fonction des connaissances qu'il a parce que même en dernière année ils n'ont pas tous les cours toutes les connaissances nécessaires théoriques mais voilà l'objectif ça va être qu'il raisonne tout seul sans avoir besoin de l'orienter qu'il y ait une évolution entre le début du stage puis la fin du stage c'est l'essentiel qu'il y ait un diagnostic correct et du coup une application et aussi la mise en pratique qui n'est forcément encore optimale à ce stade-là

Gérald jeune diplômé, reconnaît que même en fin d'études, les connaissances et la pratique ne sont pas optimales, notamment parce que le stage en exercice libéral est de faible quotité. Cela rejoint les propos d'Eliott qui estime que « *la kiné c'est une formation tout au long de la vie* ». Gérald privilégie la pratique chez l'étudiant pour que celui-ci puisse apprendre à adapter sa technologie de base sur des vrais patients. Il insiste sur les données biopsychosociales de chaque patient, qui du fait de leurs particularités, sont des patients singuliers sur lesquels le cas théorique ne peut être appliqué. Cela demande adaptation et bricolage (Perrenoud, 1983). Cette vision implique de prendre du recul sur son rôle professionnel, ses capacités professionnelles et de mettre en œuvre une certaine créativité.

T7 : clairement même en sortant du diplôme on n'est pas vraiment optimal l'idée c'est que l'école on a quand même passer plus de temps en pratique à l'école qu'en stage notamment en libéral ou là on ne pratique pas forcément autant qu'à l'hôpital l'idée c'est

que derrière j'essaie de lui laisser assez de pratique aux stagiaires pour qu'ils puissent pratiquer sur des vrais patients avec les douleurs du patient avec ses limites avec les différences entre chaque patient entre un patient je sais pas douillet ou qui au contraire je sais un patient qui se laisse un peu trop aller sur la douleur que déjà il ne sait comment évaluer la douleur qu'il sache déjà comment adapter sa technique comment adapter les différentes manières entre les techniques basiques qu'on apprend à l'école la technologie de base et puis la façon dont on peut ou on doit la réaliser sur un vrai patient avec c'est particulier à lui ses particularités à lui et puis sa psychologie surtout chaque patient ne voit pas les choses de la même manière et ne vit pas les choses de la même manière surtout

Gérald nous explicite sa vision du raisonnement clinique : une mise en liens entre un regard clinique et des connaissances, adapté à un patient singulier. Il ne s'agit pas d'un traitement plaqué, « *le même pour tout le monde* ». Gérald place le patient au cœur de son action en s'appuyant sur les éléments théoriques (Gedda, 2017). Il mêle dans le raisonnement diagnostic, pronostic fonctionnel, connaissance de l'évolution naturelle de la pathologie, et prise en compte du contexte biopsychosocial du patient.

T7 : le raisonnement pour moi c'est réussir à faire les liens logiques entre ce que l'on observe ce que l'on sait et sur et sur l'objectif que l'on va avoir finalement et réussir à créer des liens justement entre tout ça pour faire un diagnostic justement et un pronostic sur comment va évoluer le traitement jusqu'où on va pouvoir aller et puis derrière réussir à adapter et à en fonction des séances et en fonction des délais que l'on peut avoir théoriquement et dans les faits justement pour avoir un traitement optimal c'est on va répondre des objectifs à court terme à moyen et long terme que ce soient des objectifs principaux et adaptés au patient on ne va pas traiter de la même manière un patient très sportif qu'un patient sédentaire on n'a pas les mêmes objectifs au final

Gérald suit un plan analytique pour mener à bien son raisonnement. Il utilise les différentes composantes de la CIF (Boyd, 2011) ou « tiroirs » déjà repérés chez Béatrice, Benjamin E2, Dimitri. Il utilise le raisonnement collaborateur (Higgs, Jones, Loftus, & Christensen, 2008).

T7 : c'est ce que l'on voit au bilan ce que l'on a fait comme bilan au patient sur tous les plans que ce soit du plan vraiment personnel du patient peut être sa partie psychologique ou le côté purement clinique de la chose tout ce que l'on peut repérer articulaire musculaire sensitif tout ce que l'on peut et justement faire des liens logiques entre tout cela pour aboutir à un diagnostic correct en fonction de ce que l'on connaît sur la théorie

Gérald estime que les guides de bonnes pratiques ne sont que des outils de navigation, à l'intérieur desquels le praticien doit louvoyer en tenant compte des savoirs scientifiques validés. Ils ne sont que des outils puisque chaque praticien a son propre raisonnement.

T7 : dans le sens où il n'y a pas deux thérapeutes qui vont raisonner de la même manière on a quand même des guides lignes qui vont être théoriquement similaires euh l'idée ça

va être de voir si l'étudiant fait des liens logiques qui sont corrects en fonction de ce que l'on sait qui est validé scientifiquement euh ou tout ce qui est valide par acquis de l'expérience entre guillemets euh et voir s'il ne s'écarte pas trop et S'il arrive à rester justement dans une logique à savoir pourquoi il va en articulaire de penser si la cause est plutôt musculaire ligamentaire type d'arrêt etc.

Gérald explique ensuite tous les indicateurs haptiques qu'il utilise pour définir son ressenti au mouvement : mouvement fluide, arrêt élastique... ; tous ses indicateurs subjectifs qui constituent le « bagage culturel » de la pratique masso kinésithérapique, sont transmises de façon compagnonnique en TD dans les IFMK (Dufour, Colné, & Barsi, 2017) (Choplin, 2015). Cet héritage professionnel sensitif que l'étudiant doit incorporer est ainsi attribuée à une structure histologique. Chaque sensation est ensuite retransmise sous forme d'hypothèse causale, que l'étudiant doit ensuite classer par ordre de probabilité. (Erreur de type 3 de Audetat 2012)

T7 : on essaie en tout cas moi les étudiants qui vont être être plus perspicaces sur un sujet que d'autres ben on essaie d'orienter en disant que pour une limitation articulaire on peut avoir l'exemple d'un stagiaire qui va dire que l'articulation est limitée euh pourquoi parce que je sais pas je dirais que c'est un muscle extensible et après si tu veux chercher justement au stagiaire les sensations comment va être le geste est ce qu'il va être fluide quel va être son arrêt et essayer de l'orienter la dessus s'il ne percute pas directement s'il ne percute pas parce qu'il peut ne pas avoir les connaissances et ne pas avoir vu tout euh essayer de le faire juste réfléchir juste si c'est un arrêt élastique quel tissu va permettre cet arrêt là et essayer de faire raisonner sur quelles causes on pourraient avoir en musculaire et quelles causes on pourraient avoir en articulaire euh sur le cutané trophique vasculaire par exemple essayer de le faire raisonner sur chaque point différemment et essayer de lui faire voir toutes les hypothèses possibles et laquelle paraît la plus plausible en fonction de ce qu'on trouve justement en clinique je le vois plutôt comme ça

Gérald estime que son raisonnement est un processus qu'il analyse tout au long de du traitement et qui lui permet de savoir si effectivement il a choisi de prioriser la bonne hypothèse. C'est finalement le résultat obtenu auprès du patient qui valide la probabilité de son hypothèse. Son indicateur principal est l'évolution fonctionnelle ou douloureuse du patient. C'est la jauge de l'efficacité du traitement.

T7 : je pense oui je pense que c'est essentiel de ne jamais de pouvoir omettre toutes les hypothèses et justement pour ne pas oublier quelque chose qui pourrait être important et sinon tu peux tout ce qu'on pourra voir justement comme causes d'un problème même si ils peuvent paraître évidemment fausses de base je pense que c'est important que les voir dès le début et de valider pourquoi cette hypothèse là on peut la rejeter et cela permet de faire un diagnostic différentiel justement et ça permet de valider justement que l'hypothèse qu'on pense juste est bien juste et que les autres paraissent fausses et après évidemment faut toujours remettre en question en fonction du patient toujours se dire si ça n'avance pas pourquoi cela n'avance pas ou pas comme on voudrait ou si on pense que c'est pas optimal comment on pense qu'on pourrait rendre la chose plus

optimale toujours remettre en question l'hypothèse que l'on a eu au cours de ce traitement

Gérald estime que cette façon de penser doit être automatique (Kahneman, 2012) allant jusqu'à une certaine fluidité du travail (Faure, 2000) fluidité déjà signalée par Dimitri (E) comme révélateur de la professionnalité du tuteur.

T7 : ouais faut faire les choses au feeling aussi il ne faut pas penser avec un bouquin dans la tête", essayer de faire les choses raisonnées comme on disait tout à l'heure mais de manière relativement instinctive quand même disons faut que cela vienne tout seul faut pas que ce soit un exercice ou il réfléchit pendant un quart d'heure il faut avoir son idée parfaite il faut réussir à enchaîner tout naturellement de manière fluide disons essayer d'être assez fluide dans ce que l'on fait

Gérald estime que le raisonnement en kinésithérapie repose sur les pratiques théoriques, adaptées par chacun des praticiens en fonction de leur personnalité, de leur expérience, de leur parcours professionnel et de leur formation. C'est un fil rouge qui permet l'adaptation et dont on s'émancipe.

T7 : théoriquement justement on a tous une base qui peut être là même sur la théorie on doit voir théoriquement une clinique similaire après forcément ça dépend de chaque praticien c'est très subjectif on n'a pas tous les mêmes points de vue les même regards sur les gens sur le travail euh mais derrière il y a quand même ça c'est ce qui m'a fait la guide line la ligne de conduite de raisonnement mais derrière chacun à son expérience[...]il y a une partie de l'expérience qui va rentrer en jeu dans ce guide line c'est pour ça que je pense qu'on doit tous avoir quasiment la même sur la partie théorie mais que quand même derrière en fonction des praticiens ça peut varier même ça varie parce que on n'a pas tous la même expérience on n'a pas tous la même approche des choses on n'a pas tous été formés pareil de la même manière et on n'a pas tous exercer de la même manière au fur et à mesure du temps

14.6.2 Ghislaine ou « prendre un peu tout ce qu'il plaît dans la façon dont ils travaillent et après me faire ma propre technique à moi »

Ghislaine est en contrat d'apprentissage dans un hôpital. Dans ce cadre, elle assure des temps de travail dans son hôpital en contrepartie du financement de ses études. C'est son premier stage en libéral. Elle est en troisième année, et termine son cursus trois mois après cet entretien. Après l'obtention de son diplôme d'État en juin, elle rejoindra l'équipe de l'hôpital qui a financé ses études.

L'entretien a duré 24 minutes. Il s'est déroulé dans un box de soins. Il n'a pas été interrompu. Ghislaine semblait détendue. Elle a assuré 90% du temps de parole de l'entretien. Elle s'est surtout exprimée sur les thématiques suivantes : l'écoute du patient, le rôle professionnel qu'elle projette, les difficultés de la profession, les compétences communicationnelles nécessaires pour l'exercice de ce métier. (Figure 48)

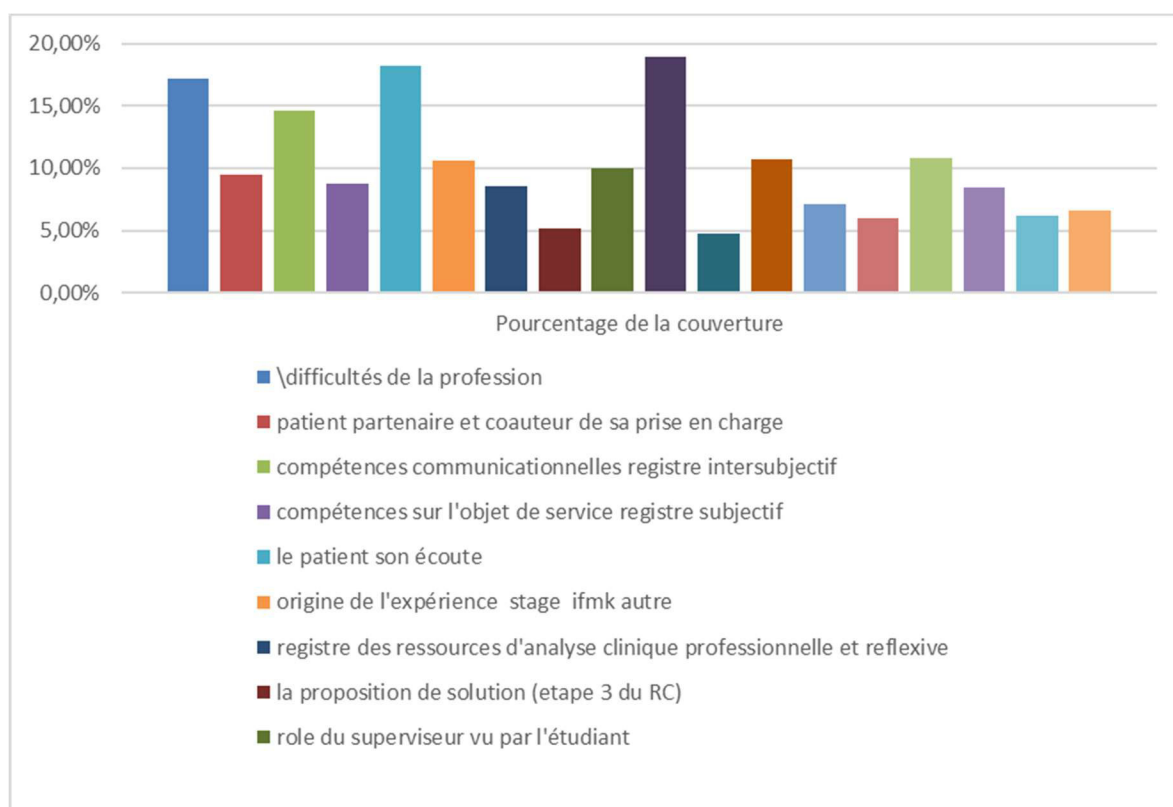


Figure 48: Éléments du discours de l'entretien de E7

Du fait de son statut d'apprentie, Ghislaine peut discerner l'intérêt des tuteurs pour la supervision d'une séance : ils sont les personnes qui permettent la régulation grâce à leur retour sur la situation et apportent un éclairage sur la diversité des approches.

E7 : de faire des séances avec un autre kiné et ban être c'est hyper enrichissant cela permet d'apprendre d'avoir une approche différente de ce qu'on aurait pu faire et de pouvoir poser des questions ce qui est un différent de quand on est lâché dans la nature et débrouille toi toute seule avec le patient euh je ne sais pas quoi dire que c'est mieux d'être avec un d'être avec un tuteur que d'être seul avec le patient pour toujours pouvoir recontrôler ce qu'on fait et aussi changer de tuteur c'est bien pour voir plein de approches différentes de rééducation

Ghislaine a intégré l'EBP dans son rôle professionnel : s'appuyer sur des techniques valides pour un soin efficace de guérison.

E7 : la guérison du patient le fait de faire des techniques en lesquelles on croit et qui ont montré leurs efficacités de voir le patient qui ressort de la séance en disant que ça va beaucoup mieux et en essayant de le voir le moins possible pour qu'il soit guéri wouais être efficace

Ghislaine se place dans un contexte de guérison, chaque geste technique appliqué aurait un effet physiologique qui justifierait son mécanisme d'action.

Dg : comment on sait que l'on est efficace à part que je sais qu'on a appris les techniques des autres comment on sait ça vous avez dit que vous avez passé du temps avec 18 kinés

que vous avez pris un peu de chaque comment vous savez que vous avez pris un peu de chaque ?

E7 : parce qu'ils me l'ont transmis des que j'avais des questions ils m'expliquaient le mécanisme physiologique qui fonctionne pour que ça confirme ce qu'ils font pas juste faire quelque chose et dire ben regarde ça marche mais expliquer le mécanisme de pourquoi ça va marcher pourquoi c'est efficace tt je ne sais pas trop enfin c'est prouvé souvent les patients en sortant disent que ça va mieux déjà par exemple un problème musculaire quelqu'un qui avoir une forte contracture la palpation de début et fin de séance ce qu'ils appellent le test et le restes après avoir fait une technique prouve que cela a été efficace car on récupère la physiologie normale (rire)

Comme le signalait Rémondrière (2014), Ghislaine constate une différence entre les pathologies hospitalières et libérales, qui l'a conduite, en utilisant son registre des ressources réflexives (Piot, 2015), à se sentir incompétente

E7 : je ne sais pas quoi dire d'autre comment savoir que j'ai pris du bon de tous après c'est plus personnel de des choses que je trouve pertinentes et en plus là c'est mon premier mon premier stage libéral donc c'est complètement différent de l'hospitalier les pathologies ne sont pas du tout les mêmes et donc du coup j'avais vraiment l'impression de redevenir en première année à devoir tout réapprendre et que l'on m'apporte plein de d'information

Elle explique cette différence entre libéral et hospitalier par une disparité des pathologies traitées (Panchout, Panchout, Launay, & Coulliandre, 2017), par une temporalité d'action plus éloignée et un état physique différent des patients (Remondrière, 2014). Est-ce à dire qu'il y aurait, d'une part, un traitement hospitalier plutôt basé sur un raisonnement clinique médical, centré sur l'état clinique aigu du patient et, d'autre part, un raisonnement libéral plus axé sur un traitement fonctionnel du patient embrassant des données psychosociales plus larges comme un retour à la vie professionnelle et personnelle « normales » ?

E7 : ben j'ai fait tous mes stages à l'hôpital du coup à l'hôpital les pathos elles sont aiguës le traitement est complètement différent et donc à l'hôpital je n'ai pas de problème je suis très à l'aise là c'est très différent ça c'est complètement différent quand je suis arrivée les premiers jours j'avais l'impression de ne rien savoir du tout du coup donc il y a énormément de rhumatologie en libéral je n'en avais jamais vu parce qu'à l'hôpital il n'y a pas du tout la et ici la prise en charge est beaucoup plus à distance il y a beaucoup plus de de choses à faire qu'à l'hôpital plus d'actifs de faire travailler le patient de trouver des exercices et toujours trouver plus en plus d'exercice de nouvelles choses pour pas que ce soit tout le temps redondant alors qu'à l'hôpital c'est les parties sont plus fatigables c'est plus structuré ou l'on répète beaucoup les mêmes choses pour que cela intègre par contre plus là c'est plus large ce qu'on peut faire je trouve

Ghislaine E7 estime que le triage des patients à la suite de la prescription médicale qualitative entraîne une grande responsabilité (Panchout, 2018). Il s'agit, à travers l'intitulé médical unique d'une prescription, de repérer ce qui fait singularité pour le patient, de définir ce dont il souffre réellement pour faire un diagnostic MK, sans avoir aucun élément de dossier médical, ni de

pathologie véritablement définie, si ce n'est une plainte fonctionnelle. Elle affirme que c'est une particularité du travail en libéral, compte tenu de la contrainte économique d'efficacité.

E7 : au niveau de ce qu'il faut faire dans la prise en charge de et surtout ici ce qui est très différent c'est qu'il a beaucoup de bilan pour les patients ils viennent avec une ordonnance Ayant écrit douleur d'épaule donc il faut faire tout un bilan pour aller orienter la prise en charge alors qu'à l'hôpital il y a tout le dossier il vient pour une pathologie très déterminée et précise donc il y a pas cette partie diagnostic à faire qui a ici que du coup j'ai pas du tout fait dans les stages ce qu'on apprend à l'école mais c'est pas du tout pareil de le mettre en pratique dans la vraie vie et donc du coup il m'a fallu que je réapprenne à faire un diagnostic orienté et pas aller tout chercher mais aller chercher en fonction de ce que je trouve pour être le plus efficace possible

Ghislaine découvre une autre facette de son rôle professionnel en libéral : garder un regard critique par rapport à l'intitulé d'une prescription médicale, avoir la capacité de s'émanciper du corps médical en utilisant la démarche d'enquête pour coller aux mots et aux maux du patient, par le recueil d'indices clés (Audetat, Laurin, Dory, Charlin, & Nendaz, 2018)

E7 : c'est vrai que pas que c'est un truc auquel je n'aurai pas pensé moi initialement moi je serai plus resté sur ce que l'ordonnance disait et pas allé pas autant à l'écoute de ce que le patient je ne me serai pas dit que cela pouvait être autre chose que le médecin soit passé à côté à côté de ça

L'entretien devient alors une pièce maîtresse de l'adaptation de la prise en soin du patient qui conditionne un traitement pertinent. Par son écoute, le patient devient alors un partenaire de soin, doué de ses connaissances et ressentis, qui peuvent aider le praticien à prendre ses décisions (Thievenaz, 2017) (Higgs, Jones, Loftus, & Christensen, 2008). Grâce au registre des compétences relationnelles développées, il s'agit de partir du cas général pour aller vers le singulier du patient (Piot, 2015). Cette façon de penser a déjà été évoquée par Dorothée.

E7 : l'interrogatoire c'est hyper important le patient il va dire de lui-même tout ce qui va lui être arrivé ce qu'il n'est pas capable de faire ou parfois faut poser plus de questions pour essayer d'orienter vers ce que l'on cherche mais les patients ils se connaissent plutôt bien d'eux même les choses pertinentes ressortent l'interrogatoire après il y a de choses parallèles qui ne sont pas utiles pour nous en tant que rééducateur mais l'interrogatoire il est vraiment primordial en libéral d'aller laisser parler le patient sur ce qu'il ressent comment il voit les choses parce qu'après l'approche elle va aussi être différente selon les patients pour des patients pour avoir la même pathologie ce sera pas la même approche selon le profil un peu psychologique des patients et comment il gère la pathologie comment il gère la douleur toutes ces choses-là .

Le tuteur est alors la personne qui donne les cadres de pensées, le coup d'œil (Froissart, 2018), qui explicite les typologies de patients, qui permet de faire les liens. Ces rôles du tuteur que précise Ghislaine ont déjà été évoqués par Ethan, Béatrice, Dimitri.

E7 : il aide parce qu'il a déjà beaucoup d'expérience et que du coup moi des choses qui pourraient enfin souvent ils connaissent juste en voyant la personne au tout début avoir une idée de qu'ils vont pouvoir mettre en place derrière parce qu'il comme ils ont expérience ils ont l'habitude ils ont l'œil après pour repérer quel type entre guillemets de patients ça va être alors que moi je suis là et je me dis j'aurai pas du tout pensé à ça ils permettent aussi énormément de faire le lien

Le tuteur a alors un rôle d'interface entre étudiant et patient, permettant le décryptage des savoirs apportés par le patient selon le principe du triangle pédagogique (Houssaye, 2014). Il est alors placé en position de mort ou de fou, par l'étudiant, celui-ci cherchant à développer une relation privilégiée avec le patient.

E7 : du coup c'est faire l'interface aussi entre moi et les patients pour que quand c'est moi qui pose des questions m'orienter moi aussi pour que si je pars trop là-bas il faut pas qu'ils me remettent vers les bonnes choses et me poser des questions voir si j'ai compris la problématique du patient et si c'est pas le cas m'expliquer puis dire ce que moi je pense par rapport au patient et eux écouter ce que j'ai à dire même si c'est pas si c'est pas la bonne chose pour avoir c'est vraiment je m'exprime très très mal c'est vraiment un échange

Le tuteur permet ainsi la mise en confiance réciproque entre patient et étudiant par sa fonction contenante et la mise en place d'un cadre sécuritaire (Bruner, 1981)

E7 : mais montrer au patient que ce que je demande est pertinent mettre en confiance par rapport au patient et mettre le patient en confiance par rapport à moi

Il permet aussi à l'étudiant d'obtenir une certaine légitimité par rapport au patient, ayant un retentissement sur la confiance et la construction de l'identité professionnelle, cette confiance en soi permettant un sentiment d'efficacité personnelle. Cette vision a aussi été précisée par Ethan. Cette première séance apparaît alors pour Ghislaine comme une réassurance sur sa compétence professionnelle (Piot, 2009)

E7 : c'est important pour le patient parce que qu'il donnera une importance à mes exercices derrière ça donne une légitimité qui qu'il fasse les exercices avec autant d'assiduité que si c'était le kiné qui les avait donné le kiné diplômé et qu'il ait confiance en ma rééducation et après c'est important pour moi parce que ça me renforce dans l'idée de ce que ce que je pensais était bon après tous les exercices que je fais je l'ai fait valider par le kiné et ça lui montre que je suis compétente et que je me suis pas trompée puisque si je me trompe c'est pas grave c'est comme ça qu'on apprend à faire des exercices peut-être un peu trop compliqué ou trop simple après du coup permettre de me réorienter pour réaxer ma prise en charge et c'est important de se sentir capable surtout que dans 3 mois je serai tout seule je serai diplômée de prendre conscience que je suis capable de le faire,

La présence du tuteur donne une certaine légitimité de l'étudiant par rapport au patient, ce qui donne confiance et un certain sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 2007). Ce sentiment intervient aussi comme indicateur de l'identité professionnelle du futur professionnel (Piot, 2009). Ethan a aussi mentionné l'importance de cette confiance en ses soins pour assurer un

soin en confiance avec le patient, notamment lorsque les exercices proposés ne sont pas en adéquation avec la temporalité du traitement. Adapter des exercices au patient semble un deuxième point de difficulté, après celui sur le décryptage des signes cliniques. Cette première séance apparaît alors pour Ghislaine comme une réassurance sur sa compétence professionnelle (Piot, 2009)

E7 : c'est important pour le patient parce que qu'il donnera une importance à mes exercices derrière ça donne une légitimité qui qu'il fasse les exercices avec autant d'assiduité que si c'était le kiné qui les avait donné le kiné diplômé et qu'il ait confiance en ma rééducation et après c'est important pour moi parce que ça me renforce dans l'idée de ce que ce que je pensais était bon après tous les exercices que je fais je l'ai fait valider par le kiné et ça lui montre que je suis compétente et que je me suis pas trompée puisque si je me trompe c'est pas grave c'est comme ça qu'on apprend à faire des exercices peut-être un peu trop compliqué ou trop simple après du coup permettre de me réorienter pour réaxer ma prise en charge et c'est important de se sentir capable surtout que dans 3 mois je serai tout seule je serai diplômée de prendre conscience que je suis capable de le faire

Ghislaine précise que le changement de conditions contextuelles lui fait perdre les routines professionnelles habituelles qu'elle avait créé grâce à l'organisation et la coopération.

E7 : que c'est une approche qui est différente du coup ci c'est un peu comme si je repartais de zéro donc il fallait tout le cheminement un peu comme j'ai eu au début de mes stages à l'hôpital ou j'étais plus encadrée au début et puis plus les années passent que je faisais plus de stage j'étais de plus en plus indépendante

Il est retrouvé ici un effet miroir avec le tuteur, les deux ont la même réponse sur l'intérêt du raisonnement pour l'adaptation d'un traitement sur mesure pour le patient. Sans doute le stage participe-t-il de l'imprégnation par le pair et de son héritage professionnel (Delbós & Jorion, 1984)

E7 : deux patients qui auront la même pathologie faudra pas forcément la même façon de faire par rapport à la personnalité du patient et à l'approche qui va avoir de la kiné ou de la rééducation en fonction de l'assiduité du patient en dehors des séances faut vraiment adapter à chaque fois et du coup cela fait prendre des chemins de rééducation différents pour moi

Ghislaine utilise une démarche essai-erreur pour être en mesure de s'adapter au cas du patient, son indicateur de réussite est basé sur le progrès du patient : c'est un de ses invariants opératoires (Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006 ; Nagels, 2017). Cet invariant a aussi été indiqué par Elliott (entretien E5).

E7 : je pense que c'est vraiment que c'est au cas par cas qu'il faut faire avec les patients et les tester un peu voir ce qui fonctionne ce qui ne fonctionne pas un peu sur le principe de l'essai /erreur on teste si ce fonctionne avec le patient si cela n'a l'air de fonctionner on va regarder un peu une autre méthode ah ben si là il y du progrès c'est plus efficace cette méthode correspond mieux au patient on reste sur cette voie-là

Pour Ghislaine, le tuteur a incorporé sa démarche ce qui lui permet au premier coup d'œil (Froissart, 2018) de repérer la typologie du patient et d'avoir une orientation précoce de son traitement (Audetat & Laurin, 2012)

E7 : c'est de l'intuitif c'est pas du tout du hasard c'est souvent quand j'ai assisté à des bilans avec les kinés typiquement en ressortant c'était tu vois il est comme ça je vais plus faire ça parce que tu vois s'il est plus comme ça ils ont dès la première dès le premier bilan une idée de de comment ils vont devoir faire leur rééducation mais ça c'est l'expérience qui le fait

Ghislaine du fait de son statut de néo-professionnelle a besoin d'un check list qui, pense-t-elle, lui permet au départ de ne rien oublier. Cette liste analytique lui permettra ensuite d'automatiser et d'orienter son action. Elle pense pouvoir, par la suite, s'en affranchir mais cette pensée analytique la rassure dans un premier temps. On pourrait proposer que ce que plusieurs tuteurs ont nommé « penser selon des tiroirs » (Béatrice, Dorothee...) constitue un aide-mémoire de vérification de son action, à la manière des procédures per opératoires qui permettent une dégradation des risques potentiels.

E7 : moi mes premiers bilans que je ferai toute seule ils sont beaucoup plus beaucoup plus large je vais vraiment suivre un bilan type pour être sûre de rien rater mais plus j'aurai d'expérience et plus en fonction de ce que je retrouverai je pourrais zapper des parties du bilan qui ne seront pas pertinentes parce que on n'a pas de problème et aller vraiment axer avec un bilan orienté ça c'est l'expériences pour moi qui donne ça qui donne cette idée du patient

Lors de la première entrée en contact, un état des lieux de la situation du patient est réalisé. Ghislaine estime que les résultats de cette première rencontre doivent être remis en question en fonction de l'état psychosocial et émotionnel du patient ce jour-là, au risque d'erreurs de raisonnement clinique (erreurs de type 1 non-repérage des indices clés, de type 2 non-priorisation des données, de type 3 fermeture d'hypothèse prématurée, Audetat 2018)

E7 : c'est pas vraiment le bilan enfin souvent le bilan c'est la première fois qu'on va voir le patient donc l'idée qu'on va s'en faire elle va beaucoup partir de là après évidemment tout au long des séances l'idée du patient peut être modifié e parce que mettons peut être que pour le premier rendez-vous il avait eu une super mauvaise journée du coup il était très tendu très agité du coup je dirai plus qu'il faudrait faire une approche après au fil des séance son va se rendre compte qu'il avait vraiment eu une mauvaise journée que c'est quelqu'un de calme détendu du coup il a modifié l'approche la formule pour moi quand le bilan vu que c'est la première fois qu'on va rentrer en contact avec le patient et qu'il y a tout l'interrogatoire donc le patient est beaucoup plus facilement laisse à lui-même à parler du coup on se fait beaucoup plus facilement une idée du patient donc ça pourrait correspondre au bilan mais c'est pas ça s'arrête pas au bilan cela ne s'arrête pas je me suis fait un apriori sur le patient et je reste dans mon truc avec des œillères même s'il s'avère que le patient est un peu différent de ce à quoi je m'attendais voila

Ghislaine cherche donc à recueillir le maximum de règles d'actions et d'inférences pour pouvoir se construire sa règle professionnelle, afin de s'adapter au patient.

14.6.3 La séance du « comment tu le sais, comment tu le sens ? »

La séance a duré 30 minutes dans un box individuel. Géraldine vient depuis quelques temps déjà en séance avec Gérald dans ce cabinet libéral, au motif de rééducation de son rachis cervical. La répartition du temps de parole entre les 3 protagonistes est d'environ 35% pour le tuteur, 25% pour l'étudiante et 20% pour la patiente. Le reste étant constitué de silence lors de la réalisation des exercices par la patiente. La distribution temporelle est assez répartie entre les trois protagonistes. (Figure 49).

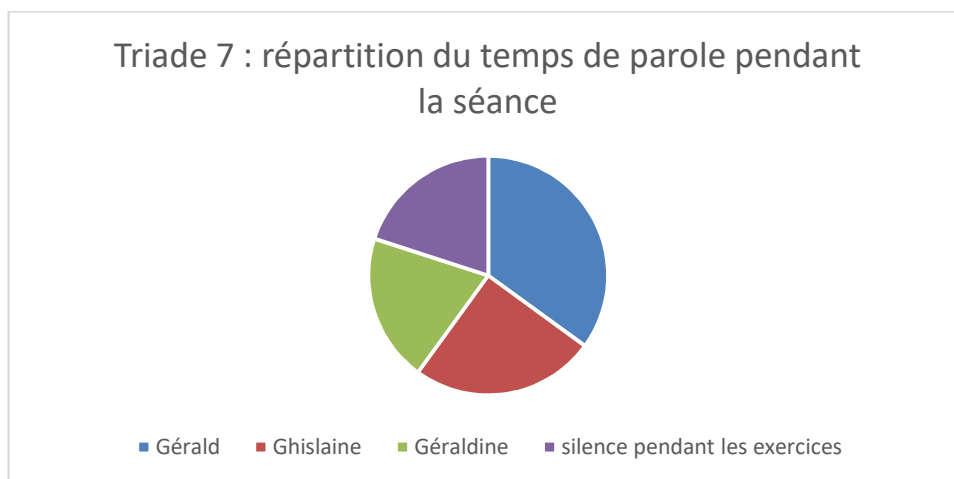


Figure 49: Répartition du temps de parole pendant la séance

Trois grandes thématiques apparaissent : le patient comme partenaire du soin, le patient comme une ressource et l'étayage de l'étudiant. (Figure 50).

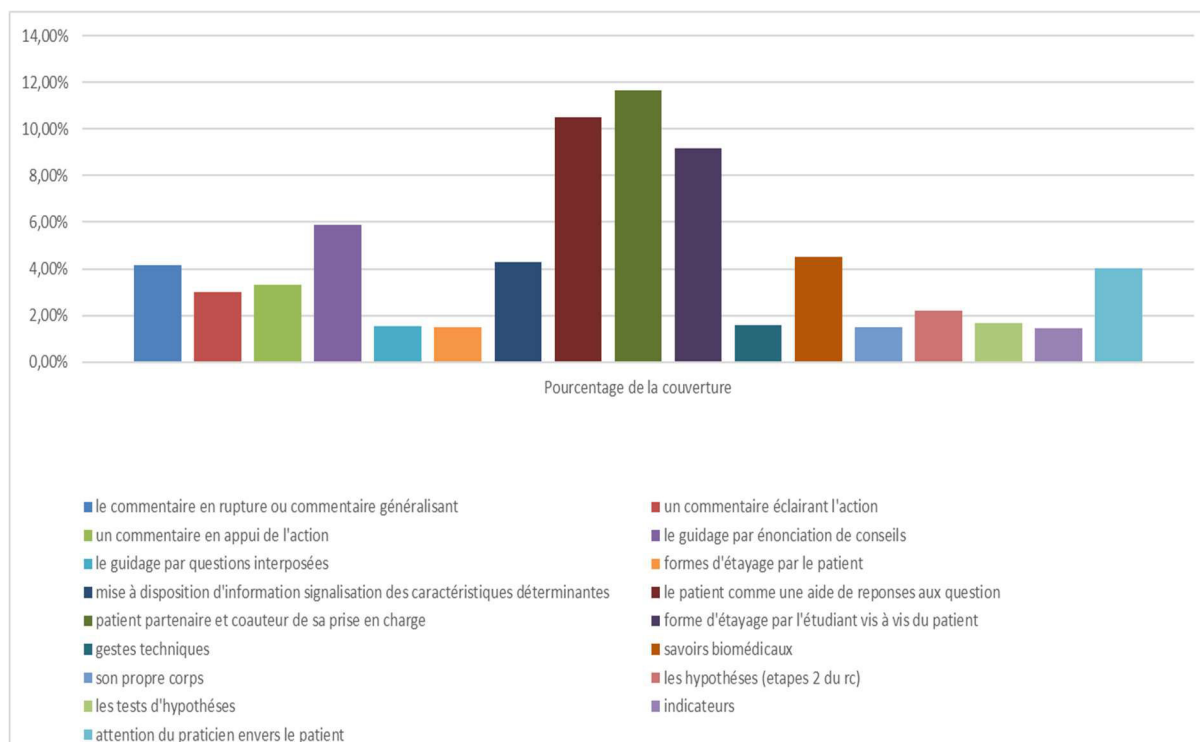


Figure 50: Éléments du discours lors de la séance de la triade 7

Alors que l'étudiante ne connaît que l'intitulé de la rééducation « Geraldine vient pour son rachis cervical », Gérald invite Geraldine raconter son histoire de la maladie.

T7 : ouais ouais par contre E7 Je vais prendre ta place vous pouvez en même temps nous raconter ce qu'il vous est arrivé pour E7

Ghislaine prend la main lors de ce récit, en demandant des précisions sur les circonstances de l'accident de la voie publique dont a été victime Geraldine, pour déterminer le mécanisme physiopathologique de survenue de la douleur rachidienne.

E7 : comme ça vous avez tapé dans le mur

P7 : non juste comme ça

E7 : pas de choc derrière ?

P7 : je ne sais pas je ne sais pas dire ça.

Pendant que Ghislaine et Geraldine échangent sur l'histoire de la maladie, Gérald effectue ses manœuvres et par des gestes de sollicitude (Eyland & Jean, 2017), recueille les sensations de Geraldine pour le guider dans l'intensité de ses tractions cervicales.

E7 : ça vous a shooté

P7 : non non ça m'a déstabilisé psychologiquement vraiment très fort euh

T7 : ça ça va ?

P7 : ben ça tire un tout petit peu comme d'habitude

T7 : ou ça

Geraldine guide Gérald dans son action thérapeutique, par son ressenti sensoriel douloureux aux gestes technologiques réalisés. Un partenariat de confiance s'est créé entre les deux, ce qui permet véritablement à Gérald d'être au plus près de son action.

T7 : la douleur ou pas ?

P7 : non

T7 : pas de gêne non plus ?

P7 : non ça tire normalement je dirai

T7 : ou ça ?

P7 : c'est là ici

T7 : encore ça.

Ghislaine poursuit son interrogatoire, demandant les résultats des examens complémentaires et le traitement de la douleur, pour d'un coup s'adresser à Gérald et lui demander ce qu'il fait.

E7 : tu fais des tractions là ?

T7 : oui légèrement ;

Voyant que Ghislaine ne pose aucune question sur la caractérisation de la douleur, dimension importante dans le cadre du traitement d'une hernie discale, Gérald fait préciser quelques

éléments à Géraldine. Il met ainsi à disposition de Ghislaine, par l'intermédiaire du récit de la patiente, des informations indispensables à son raisonnement (Kunegel, 2011). La patiente verbalise certains éléments que Ghislaine va traduire en savoirs cliniques. Sans doute du fait d'une bonne compréhension de la stratégie de guidage par questions interposées de Gérald et d'une certaine complicité dans le fonctionnement du tandem, Ghislaine a la capacité de se réguler (Piot, 2015) et poursuit alors son interrogatoire sur la piste lancée par son tuteur.

T7 : *c'est resté combien de temps ces grosses douleurs dans le temps*
P7 : *ben c'est resté jusqu'à l'infiltration*
T7 : *et c'était combien de l'infiltration*
P7 : *4 février accident 1er décembre",*
E7 : *ah oui ça fait long*
P7 : *oui ça fait long*
E7 : *maintenant plus de douleurs*
P7 : *des légères douleurs quand T7 ici présent fait des petites choses beaucoup*
T7 : *je ne vois pas de quoi vous parlez (rire)*

De nouveau, Ghislaine observant les actions gestuelles de Gérald, demande des précisions techniques sur sa démonstration. Au-delà, elle pose la question de la pertinence du choix de cette technique sans toutefois se préoccuper de l'impact que sa question risque d'avoir. Sa question risque d'interpeller la patiente et de positionner le tuteur vis-à-vis de sa patiente.

E7 : *et là tu fais quoi ?*
P7 : *là ça ne fait pas du bien*
T7 : *là je pousse*
E7 : *tu pousses sur quoi sur les processus articulaires ou l'épine*
T7 : *j'essaie de pousser directement sur l'épine donc je l'attrape des deux côtés comme ça (démonstration ???)*
E7 : *ok (silence raclement de gorge de T7) est-ce que là ça a un intérêt vraiment de faire une décompression du ligament nuchal*
T7 : *ben oui on va le faire après quand je vous tire sur la nuque*
P7 : *ah oui le truc pas vraiment agréable*

Gérald explicite à Ghislaine les sensations qu'il ressent à la palpation du ligament nuchal de la patiente. Par cette explication, il met aussi en confiance la patiente pour la préparer à recevoir l'acte technique « douloureux », comme s'il s'agissait d'un enrôlement de la patiente (Bruner, 1981).

T7 : *je sais là je ne comprends pas d'habitude on sent une masse tendue comme ça et*
P7 : *une masse tendue*
T7 : *et là je trouve qu'on ne la sent pas c'est bien après ça devrait faire un peu moins mal (rire)*

À la suite d'une évocation du trajet de la douleur de la patiente, Ghislaine semble faire des liens avec l'anatomo-physiologie et comprendre l'atteinte nerveuse par irritation de la racine due à la présence de la hernie cervicale. Gérald en partenariat avec la patiente, renforce cette compréhension par une demande de précision sur la localisation de l'atteinte à la main. La patiente devient un tiers médiateur (Lescouarch, 2018).

T7 : ça va ?

P7 : oui ce n'est pas comparable mais là c'y est ça se réveille un peu dans le bras

T7 : déjà

E7 : dans le bras ?

P7 : ouais légèrement

E7 : parce que quand vous aviez des douleurs fortes vous aviez des douleurs qui irradièrent jusque dans le bras

P7 : oui tout le bras la main des fourmillements dans les doigts surtout les 3 derniers doigts

T7 : c'étaient les 3 derniers doigts c'est ça ?

Ghislaine questionne ensuite Gérald sur les règles d'action qu'il met en place au cours de sa séance ; elle lui demande l'explication de ses critères de gestion des exercices par rapport à la douleur.

E7 : comment tu sais jusqu'où tu peux aller quand cela redéclenche la douleur d'avant les fourmillements

T7 : jusqu'où tu peux pousser dans la douleur tu veux dire ?

E7 : ouais

T7 : globalement quand il y a des douleurs neuro j'évite de trop trop forcer si cela arrive avec la répétition je calme un peu le jeu

E7 : ouais

T7 : j'évite de trop irriter si tu vois qu'il y a un mouvement qui déclenche directement la douleur

E7 : tu ne le fais pas

En demandant à Gérald des explicitations des critères haptiques utilisés dans la régulation du geste, Ghislaine cherche à créer une règle d'inférences, « si tu réveilles la douleur c'est que tu vas trop fort ». Cependant sa demande pourrait mettre en difficultés l'alliance entre la patiente et le tuteur. Elle pourrait être perçue par la patiente comme une remise en cause de la maîtrise technologique du tuteur, Gérald rebondit en faisant qualifier par la patiente la sensation ressentie.

E7 : si ça réveille des douleurs c'est parce que tu viens de trop mettre en tension les muscles qui sont à côté des nerfs ça peut froter un peu

T7 : ce n'est pas forcément une douleur neuro ça c'est quoi comme type de douleur ça pique ça tire ça fourmille ça

P7 : non rien de tout ça comme si j'avais un énorme œdème et c'est la sensation que j'avais dans le bras

Ghislaine essaie de deviner les mouvements technologiques réalisés tout en utilisant son corps pour reproduire les mouvements fonctionnels induits par le muscle. Par ses questions, elle place Gérald en position d'incertitude.

E7 : *tu fais attends*

T7 : *ça va là,*

P7 : *ça réveille le bras c'est tout*

E7 : *les splénius*

T7 : *juste la translation là (rire)*

E7 : *mais tu ne fais pas l'étirement des splénius*

T7 : *je fais un mouvement vague je fais juste tac tac je fais juste je pousse juste sur le transverse*

E7 : *attends splénius inclinaison haut d'un côté et passe de l'autre un truc comme ça (la tonalité de la voix change l'étudiant fait une démonstration sur elle)*

T7 : *de la rotation en fait le splénius tu viens bloquer ici clac la et*

E7 : *tu fais de quel côté quand tu fais comme ça ton splénius*

T7 : *quand tu fais comme ça attend que je réfléchisse pour ne pas te dire de bêtises quand même ben tu vas faire le côté droit si je ne dis pas de bêtises j'ai dit une bêtise c'est ça (rire)*

Ghislaine demande des précisions sur la réalisation technique de la manœuvre. Gérald explicite la position de ses mains et bras en fonction de l'effet recherché et il lui donne quelques astuces technologiques.

E7 : *là tu bloques ça sur les transverses*

T7 : *oui c'est ça*

E7 : *donc tu viens faire de la rotation*

T7 : *cela dépend de comment tu viens pousser si tu pousses vraiment comme ça tu vas une rotation*

E7 : *et si tu pousses comme ça tu fais plutôt de l'inclinaison*

T7 : *si tu pousses comme ça c'est pour cela que j'essaie de mettre mon bras plus perpendiculaire*

E7 : *donc là c'est plus de l'inclinaison*

T7 : *et pour la translation tu pousses le corps vertébral comme ça*

Comme si une question implicite lui avait été posée, Gérald explique le cheminement de son raisonnement et vérifie l'acquisition par Ghislaine d'éléments technologiques vus plusieurs fois au cours du stage. Il lui précise à nouveau les critères de réussite du geste en lui rappelant le but et les règles de l'action.

T7 : *j'avais déjà regardé justement s'il n'y avait pas des accrochages plus bas*

E7 : *ouais*

T7 : *mais il n'y avait rien de particulier tu te souviens des UNLT (rire) bon ben je ne vais pas te demander de les refaire mais tu t'en souviens*

E7 : *globalement tu vas maintenir l'épaule quand tu es allongé tu mets la main à l'épaule une contre prise pour que l'épaule ne remonte pas cela va être une compensation quand l'épaule remonte cela veut dire que cela va commencer à tirer et tu vas essayer de compenser*

T7 : *tu cherches même à l'abaisser le but c'est de mettre en tension ton plexus brachial donc tu cherches à l'abaisser carrément.*

Gérald souhaite mettre Ghislaine en situation de pratique technologique sur un geste qu'elle ne maîtrise pas et qu'elle n'a manifestement pas encore réalisé sur un patient. Elle semble se rassurer par quelques utilisations de ressources communicationnelles subjectives (Piot, 2015).

T7 : *ah si on passe sur le ventre faut que je vous fasse le splénius euh le septum nuchal*

P7 : *ah oui celui qui me prend le*

E7 : *la petite séance de torture*

T7 : *ça vous dérange si la E7 peut essayer*

P7 : *ouais*

E7 : *vous verrez cela sera beaucoup moins douloureux avec moi*

P7 : *ouais vous n'avez pas la même taille de mains je pense*

T7 : *justement elle a les mains plus fines c'est plus facile pour elle*

E7 : *et j'ai moins de forces aussi*

T7 : *faut vraiment que tu prennes plus large et pas trop bas sinon tu es sur les tendons et les corps charnus des muscles*

E7 : *ok*

T7 : *tu vas chercher clac*

E7 : *comment tu sais que ?*

Ghislaine cherche à faire expliciter à Gérald ses indicateurs haptiques de réussite du geste, elle utilise le principe de l'entretien d'explicitation de Vermeersch pour encourager le tuteur à lui livrer ses « ficelles ».

T7 : *tu le sens en fait tu vas sentir un truc qui roule en profondeur si tu le chopes que là tu n'es que sur la peau ce n'est déjà pas agréable tu vas chercher en profondeur là*

P7 : *hum*

T7 : *voilà il ne te reste plus qu'à tracter et faire des sortes des tractions glissées des petites manips comme ça chercher à le mobiliser simplement*

Gérald veille aussi à l'ergonomie posturale, et à son économie de travail par un commentaire généralisant (Kunegel, 2011). C'est aussi un des invariants de la profession, penser à son corps outil (Prel, 2001 ; Olry, 2005).

T7 : *par contre si tu pratiques toujours comme ça tu vas t'abimer un petit peu tu vas être fatiguée à la fin de la journée*

Gérald parcellise le geste dans son guidage pour lui donner les indices de réalisation. Ghislaine ne parvient pas à réaliser le geste technologique du fait de son manque d'habileté motrice et d'endurance. Devant sa non-réalisation, elle demande à Gérald de passer à l'étape suivante du traitement. Sans doute le fait que cela soit une patiente douloureuse ne permet pas de réitérer la manœuvre plusieurs fois, comme en TD sur un collègue étudiant sain. De l'apprentissage technologique de la technique à l'adaptation de la technique en situation il semble y avoir une difficulté.

P7 : *ce n'est pas la même chose*

E7 : *ce sont des petits doigts*

T7 : *c'est normal que cela ne soit pas pareil non plus*

P7 : *mais ça commence à ressembler par rapport à quand elle a commencé*

E7 : *j'étire je sens que j'ai les doigts qui tremblent*

T7 : *ne mets pas toutes tes mains c'est vraiment le bout de pouce index tu es là tu peux attraper et là tu es tranquille faut pas hésiter à poser tes mains sur la patiente au niveau du dos si tu es vraiment en tension comme ça ton point fixe il n'est pas stable et tu vas galérer tu as tout en tension alors tu te calmes tu poses les mains détends tes épaules voila*

P7 : *aie*

T7 : *je te montrerai après*

E7 : *en plus j'ai les doigts qui glissent je préfère faire la partie active*

T7 : *tu veux faire la partie active*

La séance se poursuit par le guidage de Ghislaine dans la réalisation de ses exercices et dans la progression du niveau de difficultés à organiser. Gérald passe alors en mode de travail semi-assisté avec guidage par questions interposées.

E7 : *la partie active*

T7 : *ça marche bon c'est bien pour cette première partie on va s'asseoir au bord de la table je te laisse la positionner comme tu veux*

Durant cette séance, les trois étapes du raisonnement clinique ont été abordées, la reconstitution du recueil des données à travers l'interrogatoire mené par Ghislaine, le portrait actuel de la situation et l'élaboration d'un plan de traitement pour la séance avec le choix et la discussion autour du choix des moyens.

14.6.4 « On a l'impression que c'est une chose et que j'observe comme ça »

L'hétéroconfrontation de la triade 7 a duré 35 minutes. Elle s'est déroulée pendant la pause repas, car dans cet établissement, aucun soin ne se déroule pendant l'heure de midi de façon que les MK mangent ensemble dans une recherche de cohésion d'équipe.

Gérald et Ghislaine se sont répartis le temps de parole à hauteur de 2/3, 1/3. (Figure 51).

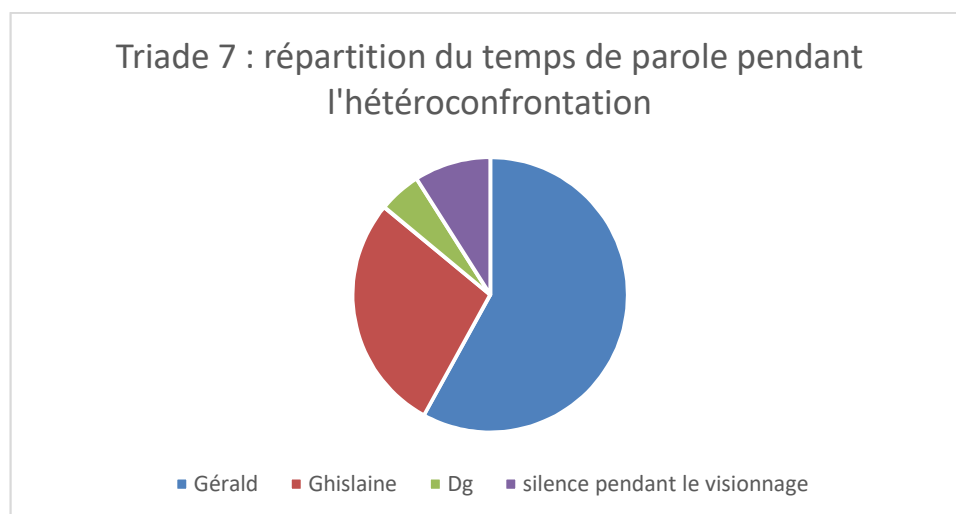


Figure 51: Répartition du temps de parole pendant l'hétéroconfrontation de la triade 7

L'hétéroconfrontation a surtout été l'occasion de mises à dispositions d'informations pour permettre à Ghislaine la compréhension de la séance et une genèse conceptuelle (Nagels, 2017). (Figure 52).

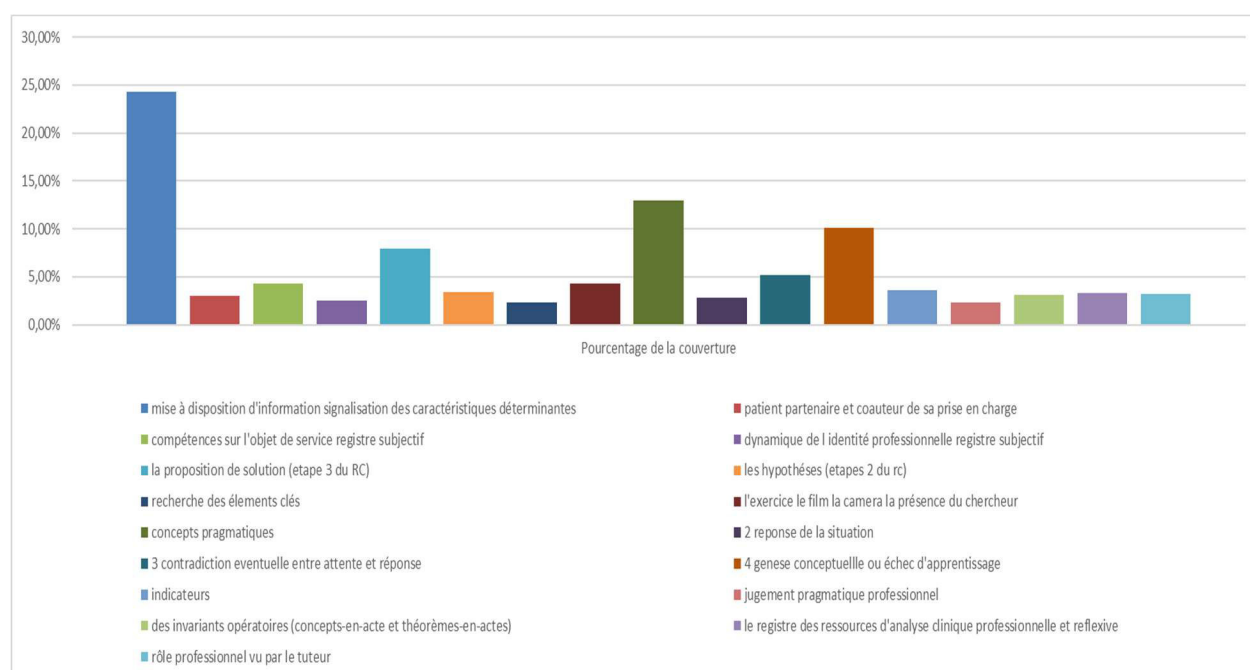


Figure 52: Éléments de discours de l'hétéroconfrontation de la triade 7

Alors que Gérald lui donne quelques précisions complémentaires sur le contexte personnel de la patiente au moment de l'accident, Ghislaine exprime son ressenti sur son image qu'elle perçoit au visionnage de la séance. Elle exprime les difficultés à se voir et se regarder, révélant là les effets déjà repérés à l'utilisation de la vidéo scopie (Ria, Serres, & Leblanc, 2010).

E7 : *c'est bizarre de se voir à l'écran*

Dg : *ah pourquoi*

E7 : *parce que je n'aime pas me voir à l'écran d'une manière générale je n'aime pas trop et en plus là je ne suis pas à l'aise en plus le fait d'être filmée pendant une séance*

T7 : *tu es stressée à ce moment-là ?*

E7 : *le début après ça vite été mais je ne sais pas c'est bizarre je n'aime pas me voir en plus c'est je ne sais pas j'ai du mal à m'écouter parler sauf quand je parle toute seule je peux m'écouter pendant longtemps*

T7 : *oui mais*

E7 : *oui mais s'écouter avec une interface*

Utilisant son registre des ressources intersubjectives (Piot, 2015), Ghislaine poursuit son autoanalyse décrivant l'image qu'elle perçoit d'elle-même. Peut-être la posture de stagiaire favorise-t-elle ce sentiment d'être un enfant ou un adolescent. Nous pouvons faire le lien avec l'adolescent professionnel (Bossard, 2001) en quête de repères et de difficultés à se situer et à

se reconnaître comme l'adolescent devant tout à coup faire face à l'inconnu de son corps transformé.

E7 : *on dirait que j'ai 12 ans*

Dg : *ah bon*

E7 : *on dirait que j'ai douze ans je trouve que je fais bébé*

T7 : *il y a un patient qui t'avait dit cela une fois il t'avait demandé si*

E7 : *12 ans non non mais c'est mon stage de troisième je crois c'est souvent qu'à l'hôpital on me demande si j'ai 17 ans*

Dg : *c'est la posture qui fait dire ça ?*

E7 : *la posture les grosses joues et ma tête de bébé en général la posture ça aide aussi ça fait un peu enroulée faut que je me redresse*

Gérald donne ensuite des explications sur l'invariant « faire des pauses » et sur les indicateurs de suivi de fatigue de la patiente, non repérés par l'étudiante. Il lui fait prendre conscience de ce qu'elle voyait sans parvenir à faire des liens avec les signes de fatigue.

Dg : *moi ce qui m'a surpris c'est qu'à la fin de la séance elle était toute pâle vous avez vu ?*

T7 : *oui*

Dg : *elle fait souvent ça ?*

T7 : *c'est quand elle se concentre longtemps tu ne l'as pas vu il y a un truc que je voulais te dire les facteurs sur lesquels tu pouvais jouer pendant ta séance c'étaient les pauses du coup elle a enchaîné tous les exos de suite suite c'est super fatiguant de faire ça paraît tout stupide mais c'est super fatiguant*

E7 : *ça peut aider j'ai pas du tout vu qu'elle était toute blanche*

T7 : *mais elle après le fait qu'elle devenait un peu pâle elle n'avait pas trop de signes de fatigue ou quoi que ce soit sauf qu'au départ elle se tenait droite et qu'après au bout de 5 secondes elle se réaffaissait*

E7 : *OK*

T7 : *même au niveau cervical et tu voyais directement elle retombait en antépulsion*

E7 : *ah ouais*

S'en suit un dialogue sur la prise en charge médicale de la patiente, Ghislaine ne semble pas comprendre le modèle économique de santé réalisé, à savoir attendre quelques jours les effets du traitement proposé. Ce qui correspond à l'étape 2 du raisonnement clinique, poser une première hypothèse et l'évaluer au bout de quelques jours en fonction de l'évolution de la situation du patient (Charlin, 2012). Gérald lui explique le contexte sociétal de réduction des frais de santé, en limitant la prescription des actes, en fonction des besoins avérés pour un moindre coût économique et en fonction de l'urgence qui peut être relative et non avérée au bout de quelques jours. Son action thérapeutique se place dans un modèle économique et contextuel. Elle dévoile le rôle professionnel qu'elle se donne : dégrader le risque par le repérage des drapeaux rouges (Henschke & all, 2009) dans le cadre de la prise en accès direct et en urgence, comme le préconise le CNOMK en 2018. Elle serait partisane du zéro risque, quitte à tout mettre en place pour rien.

E7 : *ben je ne sais pas quelque chose de plus pousser ou faire un IRM pour voir s'il n'y avait pas un problème ligamentaire parce que pour moi dès qu'il y a un problème après un choc brutal surtout un Whiplash et des troubles neurologiques pour moi cela pourrait être super grave cela pourrait être même s'il y a une inflammation que l'inflammation elle augmente que cela comprime de plus en plus au niveau de la moelle il ne faut pas longtemps pour que cela vienne léser la moelle du coup enfin pour moi qui dit douleur neurologique surtout en cervical c'est genre-Drapeau rouge faire super attention pousser plus quitte à en faire trop*

T7 : *je suis assez d'accord avec toi*

E7 : *surtout le Whiplash c'est quand même très particulier même au niveau du cerveau en compression antérieure et postérieure mais après si elle n'avait pas trop de*

T7 : *vaut mieux en faire trop que pas assez après l'idée ils font rarement tous les examens du début mine de rien cela coute cher de faire tout ça et je pense que cela joue en partie ils ne peuvent pas prescrire tout cela des quelqu'un vient de faire un petit trauma enfin un trauma de faire quarante mille examens*

E7 : *Ouais ouais*

Gérald par son commentaire généralisant, explicite la différenciation de caractéristique de la douleur quand celle-ci est due à l'inflammation ou à la hernie. La physiopathologie ne semble pas acquise, ni la représentation topographique de la région. Les connaissances théoriques ne parviennent pas probablement à être mobilisées au bon moment.

T7 : *oh ben je savais que cela avait duré assez longtemps parce que on avait pour je ne sais plus quel patient que la hernie justement tu peux avoir des douleurs neuropathiques créées par l'inflammation de la hernie et pas forcément la hernie en elle-même là c'était pour te dire qu'est-ce que c'était vraiment la hernie une douleur d'inflammation*

E7 : *du coup c'était l'inflammation vue que ça s'est arrêté après l'injection ?*

T7 : *un mois et demi quand même mais cela peut être une douleur qui persiste quand même quand il y a des contraintes des contraintes des contraintes dessus qui persistent après l'injection d'anti inflammatoire cela ne va pas résorber la hernie en soit*

E7 : *Oui mais et du coup à partir du moment où elle continue avoir des douleurs dans le temps après l'injection ce n'est pas l'inflammation qui créait la douleur*

T7 : *Ben pour moi il y a un peu de tout tu vois ce qu'elle me dit à chaque fois quand je lui mobilise ces cervicales*

Ghislaine s'interroge, en revoyant la vidéo, sur le devenir fonctionnel et l'évolution des douleurs cervicales de Géraldine. Gérald propose des hypothèses basées sur ses connaissances de l'évolution habituelle de la maladie et sur les données physiologiques de la patiente et projette les résultats escomptés. Il élabore son pronostic fonctionnel.

E7 : *Du coup elle va rester comme ça ou si elle continue à avoir une douleur dans le temps une opération serait envisagée*

T7 : *Ça ce n'est pas à moi de le dire je pense que ces douleurs neuro au bras on peut les résoudre je pense que du coup il restera une cervicalgie parce que mine de rien elle a quand même eu un coup qui n'est pas aussi stable après cela dépendra aussi comment elle va évoluer notamment en actif mais un rachis qui n'est pas super stable qui a une morpho enfin elle a un morphostatisme un peu naze elle se tient toujours en antépulsion pourtant elle a un rachis cervical ultra droit elle n'a pas du tout de lordose ben du coup ça fait qu'elle met un peu des contraintes sales et on va travailler pour corriger ça après je sais pas dans quelle mesure elle va récupérer on verra je pense que ces douleurs neuro*

on va en venir à bout ça je pense qu'on va y arriver sans trop de soucis d'autant qu'elle a une assez bonne conscience quand même de sa posture même si elle a du mal à se corriger après sa cervicalgie je pense qu'il y aura toujours une petite même là tu vois elle n'a presque plus mal elle bouge bien la première séance ou je l'ai vu ce n'était même pas trente degrés de rotation à gauche à droite et maintenant elle tourne facile dans les amplitudes physiologiques sans soucis

Face à la vidéo, Gérald semble réaliser le bilan des situations cliniques proposées à l'étudiante tout au long du stage, et regretter de ne pas lui avoir proposer plus de mobilisations.

E7 : on a l'impression que c'est une chose et que j'observe comme ça

T7 : j'aurai peut-être dû te faire pratiquer un petit plus sur des mobs au niveau cervical

Dg : pourquoi tu dis cela ?

T7 : ben parce que je ne sais pas si tu as mobilisé avec d'autres collègues mais c'est vrai que moi je ne t'ai pas fait toucher de cervicales il me semble

E7 : non j'en ai fait avec Alex

T7 : avec Alex ouais et je ne t'ai pas fait pratiquer sur beaucoup de cervicales alors que j'en ai quelqu'une sur lesquels cela pourrait être intéressant en plus J'ai beaucoup de problèmes d'épaule et cervicale et ce ne sont pas des terrains risqués sur qui tu aurais pu mobiliser plus.

Ghislaine exprime alors un ressenti de crainte face à la situation clinique de la patiente, rejoignant l'idée des drapeaux rouges qu'elle a déjà évoquée précédemment. Pour elle, mobiliser une hernie c'est prendre un risque. Gérald va lui donner des arguments, en particulier la position de ses mains, déconstruisant sa représentation initiale de risque face à une hernie. Est-ce cette crainte qui a fait qu'elle n'est pas parvenue à réaliser la mobilisation du septum nuchal par tremblement de ces doigts ?

E7 : c'est risqué une hernie c'est risqué de mobiliser sur une hernie

T7 : non cela dépend de ce que tu fais dessus après je n'ai pas cherché à mobiliser une hernie

E7 : non pas chercher il ne faut pas non plus bouger son rachis cervical alors qu'elle a eu une hernie

T7 : non

E7 : à part faire un mouvement en hyper flexion pour aller faire ressortir le noyau

T7 : je n'irai pas faire un mouvement qui va faire sortir le noyau mais tu peux faire de la mob un peu de mob spé tu vois là j'étais très très léger avec la pression que je mets et tu le vois parce que mes mains je m'aperçois elles sont vachement loin de son cou j'étais super loin je poussais juste comme ça avec pas beaucoup de force index majeur ce n'est pas énorme.

Alors que Gérald poursuit son explication sur le positionnement de ses doigts en regard de l'étage cervical différent de celui où était située la hernie et fait part de son regret de ne pas avoir encouragé plus de mobilisation cervicale au cours du stage, Ghislaine change alors brusquement de sujet pour indiquer l'importance qu'elle accorde à la relation de confiance avec son tuteur.

T7 : *juste une pression d'ailleurs ce que je ne t'ai pas dit je ne trouvais pas que cela bouge énormément en spécifique cela ne bougeait pas tant que cela je trouvais j'avais l'impression de bouger tout le cou avec juste un sommet en gros j'étais sur C5 alors que la hernie elle est en C6 C7 si je ne dis pas de bêtises il me semble que c'est ça et je ne pouvais pas tant que ça et puis cela reproduisait déjà les symptômes*

E7 : *comme c'est raide ça embarquait un peu tout*

T7 : *oui c'est ça j'aurai dû te faire mobiliser plus de rachis*

E7 : *ah oui un autre truc dans la relation patient kiné tuteur qu'il y ait une bonne ambiance c'est important pour moi*

T7 : *ben d'accord*

E7 : *que je pense que l'on s'entend plutôt bien et la patiente elle était plutôt*

T7 : *décontractée relâchée*

E7 : *oui relâchée et bien s'entendre avec son tuteur je pense que c'est important pour pouvoir oser poser des questions qui peuvent sembler être des questions bêtes mais il faut poser pour pas ruminer son truc et rester bloqué sur un truc là ce n'est pas trop même si c'est un truc qu'il n'y a pas de question bête mais bon des questions plus pertinentes que d'autres*

Dg : *ben je pense qu'à un moment vous m'avez oublié.*

Au visionnage de l'étirement du septum nuchal, Ghislaine est toujours interpellée par la réalisation de ce geste qu'elle qualifie de douloureux et risqué sur un tel cou.

Dg : *qu'est-ce qu'il se passe là ? tu demandes*

E7 : *si faire une traction du ligament nuchal*

Dg : *et pourquoi tu te poses ce genre de question*

E7 : *c'est est-ce que je l'ai déjà vu faire sur d'autres personnes ici et et du coup je me suis demandé si là pour cette patiente cela pouvait être pertinent de mettre en place vue qu'elle avait l'air un peu raide de partout pour aller finir détendre si justement ça pouvait être trop comme j'ai déjà vu que cela pouvait être bien douloureux si c'est trop hard pour elle avec son truc savoir si c'était*

T7 : *je te dirai ce n'est pas forcément hard dans cette zone-là après tu vas chercher à le tracter si c'est vraiment c'est vraiment nécessaire après cela fera matcher tout le monde ce n'est vraiment pas agréable d'ailleurs faut que je te le montre du coup*

Gérald parvient à lui faire comprendre l'intérêt de cet exercice en passant par une représentation anatomo-biomécanique de la posture de la patiente. Cette compréhension fonctionnelle via ses sensations corporelles lui fait alors prendre conscience de l'intérêt de l'emploi de la technique.

E7 : *un plaisir du coup*

T7 : *du coup du coup en effet c'est qu'elle a un rachis cervical qui est raide en Plus en antépulsion donc du coup ton septum nuchal il est raccourci il est en tension*

E7 : *il est en tension*

T7 : *il est raccourci et du coup il se met en tension du fait de ce raccourci il a l'habitude de se positionner comme ça*

E7 : *du coup elle se met comme ça pour.*

Gérald, au cours d'une explication sur l'acceptation de la douleur par le patient, livre un conseil généralisant sur la place du dialogue avec le patient qui ne doit pas malgré tout empêcher la progression au cours de la séance.

T7 : *mais à la dernière séance elle posait beaucoup de questions genre toutes les 3 secondes presque à me demander pourquoi je fais pourquoi je fais c'est super bien parce que le patient il s'intéresse à ce que tu lui fais il essaie de nous comprendre*

E7 : *oui mais ça peut nous bloquer*

T7 : *ben à force de parler tu n'avances plus ;*

La question de la gestion de la douleur est au centre des préoccupations de Ghislaine qui semble rechercher des critères de gestion de celle-ci, car son expérience de stagiaire lui révèle des pratiques discordantes avec les enseignements reçus. Elle utilise la même expression que Béatrice et Dorothée : « *la vraie vie* ».

E7 : *j'ai toujours du mal à à savoir s'il faut si la douleur c'est le signe d'arrêt complet ou s'il faut aller travailler un peu avec la douleur on ne va jamais travailler contre la douleur en forçant mais jusqu'à où on peut travailler avec la douleur j'ai du mal à doser[.]*

T7 : *je pense c'est subjectif mais je pense qu'on peut y aller encore sans problèmes après si effectivement je commence à dire que cela irradie jusqu'au bout des doigts ça brûle ça me tire et là j'arrête [...]*

E7 : *oui c'est ça le décalage notamment que l'on peut-on trouver entre la réalité et les cours dans les cours quasiment dans tous les cours en principe de rééducation j'ai être infradouloureux et de ce que j'ai vu de la vraie vie dans mes stages c'est travailler avec la douleur »*

Gérald la renvoie aux signes visuels et à la communication non verbale émis par le patient qui lui permettent de doser et adapter sa thérapeutique. Il en fait une règle d'action : « se constituer sa jauge vis-à-vis du patient » non seulement en l'écouter mais aussi en le regardant : « le coup d'œil et d'oreille » (Froissart 2018).

E7 : *la douleur tolérable et mais toujours aller à la limite du seuil de la douleur*

T7 : *oui c'est le seuil de tolérance ou mais notamment*

E7 : *oui mais c'est dur à trouver le seuil de tolérance surtout qu'il y a des patients qui vont te dire ah j'ai super mal j'ai super mal ils vont voter à 2 sur 10 et d'autre qui vont te dire qu'ils ne sentent rien alors que tu vois à leur visage qu'ils se crispe crispent voire au bord des larmes et te dire non non ça va*

T7 : *après c'est à toi de jauger tout ça*

E7 : *écouter le patient*

T7 : *oui parce que faut te fier à lui évidemment mais faut aussi se fier à ce que toi tu vois effectivement*

Gérald explicite une manière de prévenir son patient d'une éventuelle douleur après la première séance ; serait-ce une des règles du métier (Olry, 2016) ?

T7 : *moi ce que je leur dit souvent au patient après la première séance et cela sert un petit peu de test pour cela je leur dit souvent vous allez avoir un petit peu mal ce soir après la séance ou demain et bon c'est normal on essaie d'évaluer un petit peu comment votre corps réagit à ce que l'on vous fait et je pense qu'il faut le voir comme ça en tout cas pour l'instant je le vois comme ça peut être que après je pense l'expérience doit pas mal jouer aussi je pense que tu dois cerner les gens plus vite.*

Ghislaine remarque que Gérald a une attitude légèrement différente pendant cette séance

E7 : par contre Il y a un truc qu'il fait plus d'habitude dans les autres séances et que là tu n'as pas fait c'est que d'habitude tu me poses plein de questions

T7 : ouais c'est vrai que je te pose beaucoup plus de colles

E7 : oui plus des questions bon après Ghislaine elle va peut-être trouver à chaque fois que

T7 : là je t'ai embêté avec la question genre les yeux à la tête je crois qu'olivier t'a embêté déjà avec ça donc du coup je n'aime pas trop poser les mêmes questions derrière mais ouh c'est vrai que je te pose beaucoup plus de questions d'habitude

E7 : ouais par contre parfois ce sont des questions parfois ce sont des questions comme le patient il n'est pas vraiment hyper intéressant c'est juste la mob bête et méchante donc tu poses des questions sur une autre chose c'est beaucoup plus dur pour moi de me concentrer sur un autre truc pendant que tu fais quelque chose qui n'a rien à voir

Gérald a une volonté professionnalisante en créant cette double tâche cognitive. Il la prépare à la gestion d'une séance pendant 30 minutes, de manière à avoir la capacité d'être à la fois centrée sur l'exercice en cours et anticiper le suivant. Cela semble une difficulté de néo professionnel.

T7 : je sais je le fais exprès, (rire) c'est pour cela que à chaque fois que je te posais des questions sur les exercices c'était pour que tu arrives à te concentrer en même temps

E7 : ah oui c'est trop dur cela du coup à cause de cela je n'ai pas pu faire de pauses on n'a pas pu faire de pauses

T7 : non c'est ma faute de te faire passer par cela car quand tu fais cela faut arriver à penser à quelque chose de ton patient et à ce que tu vas lui faire après à ton patient histoire qu'il n'y ait pas de temps mort entre deux exercices que tu ne sois pas en train de te dire qu'est-ce que je vais lui faire ouais je sais cela vient avec le temps je suis encore au début mais au tout tout début

La contrainte temporelle de 30 minutes fixée par la convention nationale engendre un certain nombre de choix professionnels de priorisation des patients en fonction de leur besoin et de la rentabilité potentielle.

T7 : là le patient il vient il a son heure de début il a son heure de fin et il y a les patients derrière qui en ont tout autant il faut que cela s'enchaîne vite pas trop non plus mais il faut que

E7 : bien quoi

T7 : ouais faut penser

Dg : et ça vous pensez que c'est une contrainte importante cette contrainte temps-là,

T7 : ben ouais moi pour la patiente j'aurai bien aimé passer beaucoup plus de temps avec elle et même pour la prise en charge générale de patients il y en a beaucoup avec qui je passe beaucoup plus de temps et ce n'est pas très rentable mais au moins je passe le temps qu'il faut après avec les patients je fais ce que j'estime nécessaire avec eux

E7 : une demi-heure ça passe à une vitesse

Gérald confie aussi sa stratégie de gestion de la durée des séances des patients en leur déléguant une partie des exercices, rendant le patient acteur de sa prise en charge.

T7 : certains rachis je peux passer beaucoup de temps c'est pour cela que généralement je leur file beaucoup d'exos à faire tout seul tout ce qu'ils peuvent faire seuls j'essaie de leur refiler et en plus je trouve cela bien cela permet d'autonomiser le patient et mine de rien quand tu as un patient et qu'il doit faire du renforcement

E7 : ce n'est pas la demi-heure par semaine

T7 : oui c'est vrai ce n'est pas la demi-heure par semaine qui va aider beaucoup après tu lui montres les exercices et tu vérifies bien après une semaine qu'il les fait bien et d'une semaine à l'autre après il peut les faire tout seul si pour faire des exercices sur une presse si un patient a besoin de faire du renfo sur une presse tu n'as pas besoin d'être là avec lui

Gérald éclaire Ghislaine sur les réalités financières du cabinet, qui sont différentes des réalités cliniques des patients et imposent des délégations de tâches aux patients ou aux stagiaires.

E7 : enfin pour moi tu ne peux pas rester 10 minutes de passif puis 10 minutes d'actif déjà tant que les structures se chauffent de bien trouver tes marques puis

T7 : non je suis d'accord mais ouais pour ça tout ce que je parle clairement c'est financièrement ce n'est pas rentable de passer de passer plus d'une demi-heure avec tous les patients

E7 : cliniquement

T7 : cliniquement c'est beaucoup mieux pour pas mal de cas du coup j'essaie quand même d'autonomiser un maximum de patients qui peuvent faire part eux même sans qu'ils risquent Et après je préfère toujours faire l'essentiel en séance genre un patient lca qui commencera la proprio il ne va pas la faire tout seul tout de suite je reste derrière lui c'est le plus approprié

Comme tous les tuteurs de l'expérience, Gérald conclut par une évaluation du stagiaire, mêlant dans ses propos son autoévaluation de la conduite de la séance et de la progression au cours du stage. Il termine ses propos par une analogie du patient avec l'élève qui nécessite répétition et contrôle pour s'approprier les notions et devenir autonome, rappelant ainsi le rôle professionnel du MK : un rééducateur qui travaille à son inutilité.

T7 : j'aurais peut-être dû plus mobiliser je me suis rappelé que tu ne l'avais pas fait et que je t'en avais parlé plusieurs fois j'aurais peut-être dû te laisser plus mobiliser par contre les exercices je trouvais que tu les faisais bien

E7 : sans pause

T7 : oui sans pause par contre ce que j'aurai peut-être pu corriger c'est qu'il n'y avait pas de pause mais que tu ne regardais pas assez la posture de ta patiente du coup elle commençait à s'avachir à se détendre

E7 : ouais ouais de l'auto-grandissement

T7 : en fait on te le répète à chaque fois mais faut pas lâcher le patient dès qu'il ne fait pas ce que tu lui dis faut lui dire attention attention c'est de la répétition tu t'en rappelles comme les cours (Rire) en fait faut presque voir le patient comme un élève si tu veux tu passes ton temps à lui répéter les mêmes trucs à lui rabâcher à lui corriger pour qu'il les fasse correctement pour qu'il fasse ses exos par lui-même et tu t'aperçois que pour toutes les pathologies tu peux les laisser autonomes

Nous nous sommes positionnée en formatrice pour apporter des connaissances et non en recherche d'explicitation sur la compréhension de la situation par le binôme tuteur-étudiant. Comme si la situation devait absolument être comprise des protagonistes.

Dg : du coup c'est moi qui intervient je reprends ce que tu as dit Ghislaine si elle était sous antidépresseur le fait qu'elle ait des corticoïdes ça fait quoi

T7 : du coup peut être des poussées

Dg : du coup elle n'a pas pété les plombs elle avait un problème d'antalgiques qui n'étaient pas cohérent

T7 : je pense un problème avec ça

E7 : pourquoi ça ne va pas ensemble corticoïdes et antidépresseur

Dg : pas trop non

14.6.5 « Il n'y a pas deux thérapeutes qui vont raisonner de la même manière »

Lors de cette première rencontre de l'étudiante avec Géraldine, Gérald l'a surtout fait travailler sur le repérage des indices clés à travers le récit du patient, et sur la réalisation des exercices actifs durant la deuxième partie de la séance. Son objectif semblait plus axé sur la transmission des jugements pragmatiques du corps professionnel, la gestion de la contrainte temporelle, la capacité à gérer la logistique des séances, les contraintes sociétales du modèle de santé ainsi que la transmission des jugements pragmatiques professionnels : l'enchaînement fluide inter et intra séance, la capacité à être dans l'instant du patient et dans l'anticipation du temps futur. Ghislaine était très préoccupée par la gestion de la douleur, recherchant des indicateurs qualitatifs de suivi, ce que Gérald a résumé par la métaphore de la construction de « sa jauge » dans un souhait de professionnalisation et d'autonomisation. Il considère que la personnalité du professionnel a son importance malgré tous les guide line présents

Tout au long de la séquence, Ghislaine a distillé, en filigrane, quelques analyses personnelles comme si en parallèle du visionnage, elle était, dans un autre processus plus personnel de jugement intrapersonnel subjectif sur ses capacités et compétences communicationnelles. L'hétéroconfrontation aurait-elle d'autres effets que celui imaginé sur l'apprentissage du raisonnement clinique ? L'interactivité réalisée n'a-t-elle pas « contribué à construire l'autonomie de l'étudiante et de la patiente et, à partir de cette construction de l'autonomie de l'autre, le tuteur et étudiante n'ont-ils pas assuré leur propre procès d'autorisation et de subjectivation » (Berger, 2017).

14.7 Des lignes de force, de divergence et convergence entre les triades

Nous avons présenté les portraits de cinq triades différentes à partir d'une même consigne : la première rencontre de l'étudiant avec un patient. Nous pouvons distinguer des lignes de force, de divergence et de convergence dans ces cinq portraits.

La consigne « la première rencontre » a fait l'objet de variation toute en restant une première entrevue dans tous les cas. Le contenu des séances a lui aussi été différent en fonction des tuteurs, même si une certaine structure commune peut être retrouvée. La place accordée aux trois protagonistes est différente en fonction des triades, même si une certaine régularité dans le rythme de la séance peut être retrouvée. La place accordée à la pratique manuelle a varié considérablement selon les séances. La place occupée par les différentes étapes du raisonnement clinique varie d'une séance à l'autre. Les tuteurs ont repéré de façon intuitive les erreurs de raisonnement clinique sans en connaître les remédiations potentielles. La posture des tuteurs et des étudiants étaient différentes en fonction des triades, induisant un modèle de progression au cours du parcours clinique et des objectifs des tuteurs et étudiants différents. Les patients ont joué un rôle considérable au cours des séances, notamment par la place de leur corps dans la triade. Rôle qui aussi été souligné lors des verbalisations au cours des hétéroconfrontations.

14.7.1 Une première rencontre aux multiples allures

Chacun des tuteurs a interprété la consigne à sa manière. À chaque fois il s'agissait bien d'une première entrevue. Cependant l'organisation et le contenu de la séance ont fait l'objet de plusieurs illustrations.

Chacun des tuteurs a accordé une place différente à l'étudiant au cours de l'entrevue. Brigitte et Dorothée ont laissé l'étudiant aux commandes de la séance. Lors de la séance d'Ethan, l'étudiant a été placé en observateur. Christian et Christophe ont coconstruit la séance et Ghislaine a géré la deuxième partie de la séance.

Chacun des tuteurs a accordé une place différente à la pratique manuelle de l'étudiant au cours de cette première rencontre. Brigitte et Dorothée ont laissé l'étudiant réaliser toute la séance sans intervenir. Pour Christian, l'étudiant a été un relais au cours de quelques exercices. Quant à Gérald, il a délégué la deuxième moitié de la séance à Ghislaine et lui a fait essayer une application de technique lors de la première partie de technique passive de la séance. Seul Ethan n'a pas laissé Eliott toucher le patient. L'étudiant lui a servi d'aide durant les 5 dernières

minutes de la séance, au cours d'un exercice de lancers de ballon qui nécessitait une tierce personne.

Concernant le déroulé de la séance, Béatrice et Dorothée ont fait réaliser le bilan d'entrée comme pour une première séance, Gérald a fait découvrir la patiente à travers son récit, Christian et Ethan ont fait leur séance en donnant les éléments synthétiques de compréhension du bilan qu'ils avaient réalisé. Certains ont eu des activités de construction du problème, d'autres de résolution et d'autres encore de compréhension de la solution apportée (Fabre, 2009). Chacun a ainsi effectué une des étapes de la logique de l'enquête selon Dewey.

La place accordée à la relation patient-étudiant était variable. Bernard parvenait difficilement à s'adresser à Brigitte. Régulièrement Béatrice l'encourageait à s'adresser à la patiente. Eliott s'est adressé une fois à Ellen et très vite Ethan a repris le contrôle. Christophe s'adressait à Christian, il n'a dressé la parole au patient qu'en l'absence du tuteur. Dorothée s'est mise en retrait laissant l'initiative à Dimitri. Quant à Ghislaine, elle a réalisé une majorité de question, Gérald ne s'adressait à la patiente que pour des gestes de sollicitude, laissant à Ghislaine sa place.

Une certaine régularité dans la structure de la séance a été retrouvée dans les triades 2,3,4,7 : une première partie de présentation du patient et d'enrôlement de l'étudiant, une deuxième partie de mise au travail semi- assistée et une dernière partie de mise au travail assistée (Kunegel, 2011). Le dialogue s'instaure en premier lieu entre tuteur et patient, puis entre étudiant et tuteur et enfin entre étudiant et patient, avant que le tuteur ne clôture la séance.

Au cours de cette première rencontre, les étudiants n'avaient alors pas la même tâche à réaliser ; ni la même situation, ni la même position.

14.7.2 Une variation dans les étapes du raisonnement clinique dévoilées

Alors que la première séance se réalise réglementairement à partir d'une prescription médicale, aucune ordonnance n'a été présentée à l'étudiant. Seule Béatrice a présenté un dossier succinct à Dimitri au moment où la patiente s'installait et se déshabillait.

De même la séance devrait déboucher sur la réalisation d'un écrit à destination du médecin traitant et des instances de sécurité sociale. Le diagnostic masso kinésithérapique, résultat du processus de raisonnement clinique selon la confédération mondiale de la physiothérapie (WCPT 2003) n'a été verbalisé dans aucune des séances regardées. Aucun étudiant n'a eu à faire cet exercice. Peut-être est-ce le hasard des situations ? Il est vrai qu'il ne s'agissait nullement de la première séance du patient au sein de cette structure. Le diagnostic masso-

kinésithérapique ne serait-il qu'une pratique pédagogique de l'institut de formation initiale ? Cette absence de réalisation en pratique de routine n'est-elle pas un fait révélateur des pratiques déjà mises en exergue au niveau américain (King, Bolton, Guerrasio, & Trosterman, 2017) ainsi qu'en France par campagne de promotion pour la réalisation du bilan diagnostic kinésithérapique et sa revalorisation financière de la CPAM en 2018, lors de la signature de l'avenant 5 à la convention nationale en juin 2018. Mais quand l'étudiant apprend-il les rudiments réglementaires de la première séance ?

Chacun des tuteurs a travaillé, au cours de leur séance de supervision, une partie des 3 étapes du raisonnement clinique décrites par Charlin (2012). Béatrice a cherché à développer avec Bernard la récolte des données par la recherche des indices clés, et tenter de lui faire faire des liens avec les données anatomophysiologiques (étape 1). Christian a travaillé l'étape 2 en testant des hypothèses avec les différents tests à réaliser. Dorothee a insisté sur la prise en compte des données psychosociales du patient, qui entrent dans le portrait global de la situation (étape 3). Gerald a fait travailler sa stagiaire sur l'élaboration du plan de traitement et la mise en œuvre pratique de celui-ci (étape 3). Seul Ethan a explicité l'ensemble de son raisonnement, appuyé sur des données de la recherche à son étudiant, sans laisser celui-ci toucher le patient. L'étudiant a alors observé la séance, en questionnant le tuteur sur des points qu'il souhaitait approfondir et qui n'était pas obligatoirement en rapport avec la situation présente de la patiente.

L'ensemble de ces séances nous donne peut-être à voir la façon dont fonctionne la profession, une idée de son faible investissement du diagnostic MK et du raisonnement clinique (Gedda, 2018). « Il y a autant de pratiques qu'il y a de kinés » : « autant d'idées d'exercices qu'il y a de kinés » (Christian Entretien T3). Chaque professionnel a son style au sein d'un genre professionnel partagé.

14.7.3 De l'utilisation des éléments du modèle conceptuel du raisonnement clinique

Nous avons retrouvé quelques-uns des différents raisonnements préconisés dans le modèle du raisonnement collaborateur (Higgs, Jones, Loftus, & Christensen, 2008) notamment la prise en compte du patient et de ses représentations dans l'élaboration de la séance. « L'ouverture à l'autre désigne en réalité le souci, non seulement d'être fidèle à l'objet dont il est question, mais également de construire une problématique commune chaque fois que cela est possible » (Fabre, 2011 ; p 116)

Le raisonnement procédural qui porte sur l'identification de problème fonctionnel du patient a été utilisé par Béatrice. Celle-ci par ses questions a permis à la patiente de dévoiler quelques-unes de ses difficultés dans les activités de la vie quotidienne. Le raisonnement interactif permet de comprendre le point de vue du patient. Il a été mis en œuvre lorsque Daniel P4 a explicité à l'étudiant ses adaptations à son handisport. Le raisonnement conditionnel utilisé pour aider le patient dans le difficile processus de reconstruction d'une vie qui est maintenant changée par une blessure ou une maladie n'a pas été employé. Le raisonnement narratif est utilisé pour décrire la manière dont l'histoire du cas du patient est décrite est la technique usitée par Gérald lorsqu'il demande à Géraldine de raconter son histoire de la maladie à l'étudiante (Higgs, Jones, Loftus, & Christensen, 2008).

Les triades mettent en œuvre des éléments repérés comme composantes des différents diagnostics (Boyd, 2011). Le diagnostic anatomique qui fait suite à l'identification du système impliqué a été recherché par Bernard. Le diagnostic pathologique résultant de la nature de l'état a été évoqué par Dorothée. Le diagnostic physiologique lié aux conséquences fonctionnelles a été questionné par Ghislaine et évoqué par Béatrice. Le diagnostic étiologique qui fait référence à l'étiologie causale a été indiqué par Ethan lorsqu'il a explicité le schème pour Eliott.

14.7.4 Des erreurs de raisonnement variées et des remédiations non connues des tuteurs

Quelques-unes des erreurs de raisonnement clinique décrites par Audetat (2018) semblent intuitivement être repérées par les tuteurs, sans que celles-ci soient pour autant nommées et perçues comme telles. Cette difficulté à repérer les erreurs, même si parfois c'est intuitif, a déjà été repérée dans la transmission du raisonnement clinique médical (Boileau, St-Onge, & Audetat, 2017)

Ainsi Béatrice a perçu que Bernard ne reconnaissait pas les indices clés, il n'a pas interprété la démarche de Brigitte ni retrouvé les signes cliniques dans son bilan (erreur de type 1). Dorothée, du fait de l'orientation du bilan de Dimitri selon une seule hypothèse a dû révéler le nom de la pathologie pour éclairer l'étudiant (erreur de type 2). Ghislaine ne parvenait pas à repérer les indices clés, ni à formuler d'autres hypothèses que la présence de la hernie (erreurs de type 1 et 3). Christophe et Eliott semblaient manifester des erreurs internes à l'apprenant. Christophe était en difficulté dans la réalisation technique par manque de référentiel sensitif à propos de la laxité. Quant à Eliott, il semblait en déficit de réponses aux connaissances livresques d'Ethan. Christian a repéré chez les étudiants en général leurs difficultés à formuler des hypothèses (erreur de type 3).

Les remédiations proposées (Audetat, Laurin, Dory, Charlin, & Nendaz, 2018) (Guerrasio & Lessing, 2017) semblent peu utilisées, voire non connues. Est-ce dû à une organisation des soins différentes outre-Atlantique, pays dans lesquels le modèle du superviseur clinique est prépondérant, celui-ci étant dégagé de son rôle clinique quand il est en supervision des étudiants. Dans les situations examinées ici, les tuteurs sont tous des volontaires recrutés par les étudiants et agréés par un IFMK. Ils assurent cette activité de supervision en même temps que leur activité quotidienne. Peut-être que repérer les difficultés de raisonnement clinique de l'étudiant demande déjà d'avoir une certaine expertise professionnelle personnelle :

E5 (entretien E5) : pour certains cela va déjà être plus difficile de se représenter le corps humain ensuite encore plus difficile bio mécaniquement et quand on parle d'un ligament qui se tend dans tel mouvement je pense par exemple au ligament alaire et bien je pense que cela sera plus difficile de se le représenter sur un mouvement voire impossible de le schématiser donc faudra repasser sur un squelette par exemple et montrer le ligament ou il se tend donc forcément certains thérapeutes auront plus de mal à l'expliquer à leurs étudiants parce que eux n'auront pas ses connaissances et du coup ne pourront pas nous les retransmettre

Béatrice a réalisé un diagnostic pédagogique, selon la formule de Audetat (cf. tableau 2) Dans sa consigne, elle lui rappelle ses difficultés de fermeture précoce d'hypothèse et de priorisation des données (erreurs de type 2 et 3).

T2 (séance T2E2P2) : procède comme tu as essayé de faire jusque-là de manière logique et hiérarchisée en termes d'importance pour bien essayer de tout balayer tu sais qu'il y a des choses qui te manquent parfois si tu as des questions P2 elle répondra quasiment à tout

En cours de séance, face à ses difficultés, Béatrice a essayé de refaire formuler Bernard en lui demandant de lui faire un portrait global de la situation. Il s'agit d'une des remédiations proposées par Laurin (2012) pour l'erreur de type 4, cependant Bernard semblait avoir des difficultés de type 1.

Dorothée était face à des difficultés de type 2 (fermeture prématurée d'hypothèses), c'est son patient qui a effectué la remédiation par son explicitation de sa gêne au quotidien. Ghislaine semblait aussi dans une erreur de type 2 et Gérald a joué sur la temporalité de la séance et les propos de la patiente concernant sa douleur, permettant ainsi à l'étudiante de se réguler et d'entrevoir d'autres possibilités. Elle a alors pu formuler d'autres hypothèses et parvenir à un portrait global de la situation plus vraisemblable. Eliott ne parvient toujours pas à répondre spontanément aux questions itératives de Ethan. Est-ce dû à des différences entre les compétences nécessaires dans la vraie vie et les compétences académiques pour l'encadrement des étudiants (Muller-Juge, et al., 2018). Peut-être le problème est-il aussi lié à un manque de connaissances du tuteur. Le champ de la kinésithérapie est très vaste. Il n'y a pas de

spécialisation en tant que telle et un professionnel ne peut pas tout savoir. Sans doute un des préalables serait d'avoir des compétences cliniques, des compétences techniques de savoir-faire un examen clinique et un diagnostic MK., des savoirs théoriques sur les données de la littérature dans un champ donné et de prendre en tutorat un stagiaire seulement lorsque le tuteur maîtrise bien son sujet. Se poserait alors plus crucialement le problème de recrutement des tuteurs (Vågstøl, Kaland, & Folgerø, 2016).

Sans doute la connaissance de cette proposition d'un programme de remédiation (Guerrasio & Lessing, 2017) (Audetat, Laurin, Dory, Charlin, & Nendaz, 2018) permettrait au tuteur d'avoir en permanence le contrôle sur ce que fait l'étudiant par rapport au récit et à la pratique faite sur le patient. Cela lui permettrait aussi la régulation des éventuelles failles en fonction des erreurs et du suivi (Krzyzaniak, et al., 2017). Peut-être pourrait-il se construire une grille de critères sur lesquels il se baserait pour confier le patient à un étudiant en fonction de son niveau qu'il apprécierait en fonction du récit que fait l'étudiant de sa prise en charge. Sans doute, cela participe-t-il de la professionnalisation souhaitée des tuteurs (Muller-Juge, et al., 2018 ; Dumas, 2016). Les tuteurs auraient besoin de reconnaissance financière, de temps alloué, de qualification formelle et d'instruction sur les façons de faire (Vågstøl, Kaland, & Folgerø, 2016) et aussi d'un tiers extérieur pour maintenir leur niveau de connaissances (Dean & Levis, 2016). La transmission du raisonnement clinique ne serait-elle pas aussi un espace de formation pour le tuteur, qui est aujourd'hui amené à transmettre ce qu'il n'a pas appris pendant son cursus de formation, alors même que l'étudiant a été instruit sur cette nouvelle méthodologie ou façon de penser le métier du fait de la réforme des études ? Marquez (2015) ne définit-il pas la complexité du rôle du superviseur comme étant un subtil mélange d'excellence entre pratiques académiques et pratiques de terrain. Quel accompagnement des praticiens libéraux, tuteurs volontaires, pour éviter que le gap ne se creuse encore plus entre ce que l'Institut de formation initiale apporte sur les savoirs de la recherche, du fait de l'universitarisation en cours, et les pratiques de terrains ? Quelle reconnaissance des qualités des tuteurs enthousiastes, volontaires (Vågstøl, Kaland, & Folgerø, 2016) et déjà préoccupés par les questions centrées sur l'apprentissage (Marquez & Acuna Parker, 2015) ? Quelle ingénierie pour une formation tout au long de la vie au raisonnement clinique ?

14.7.5 Les « points à améliorer » : un besoin professionnel différent de la vision académique

Les tuteurs ont tous formulé des reproches concernant la formation des étudiants. Tous les tuteurs parlent de « tiroirs » à ouvrir au bon moment et de savoirs livresques à adapter à la

réalité du patient et de la situation. La « vraie vie » a été leur leitmotiv à chacun tout au long des entretiens et des hétéroconfrontation. Christian fait une évaluation générale basée sur son expérience d'encadrement des stagiaires. Il déclare que les étudiants ne parviennent pas à avoir une vision globale du patient, soit l'erreur de type 4 selon la typologie des erreurs du raisonnement clinique proposée par Audetat, Sanche, et Laurin (2018).

T3 (hétéroconfrontation T3E3) : moi je trouve que ce qui leur manque c'est ce qui leur manque toujours c'est la prise d'infos sur le patient qu'est-ce qu'il faut faire au patient et après ils sont toujours trop centrés sur un ou deux petits problèmes ça c'est le partiel et si l'on commence à les embrouiller avec un ou plusieurs signes cliniques qui apparaissent et bien ils veulent traiter chaque signes cliniques alors qu'il faut essayer de voir le problème global du patient et dans quel sens aller pour le rééduquer pour améliorer le problème global après cela peut passer par les différents signes cliniques mais pas à chaque fois

Cela rejoint ce que déplore aussi Béatrice. Cochet (2003, p 36) avait déjà souligné « Le “comment regarder cliniquement” n'est pas objet pédagogique de formation. Le regard et la clinique sont présents mais ne possèdent pas une place conçue, voulue, pensée, projetée et formulée au sein du temps, de l'espace et des actions pédagogiques de la formation initiale en masso-kinésithérapie ».

T2 (entretien T2) : on est souvent dans des contextes qui sont plus complexes que le simple cas théorique avec une pathologie et un problème à régler il y a souvent des choses qui s'intercalent des problèmes pratiques

Ce qui se traduit pour Dorothée par une difficulté d'adaptation au patient.

T4 (entretien T4) : on n'est pas obligé de faire un massage en procubitus à plat ventre on peut très bien être amené à le faire assis même si cela nous paraît même si cela nous paraît mieux autrement mais si l'on n'a pas les conditions on s'adapte on peut être très grand et avoir à faire à quelqu'un de tout petit et on peut pas et on peut être obligé de se mettre à genoux et ça s'est pas écrit dans les livres et on l'a pas forcément vécu à l'hôpital je pense que entre ce que l'on vit en stage hospitalier et ce que l'on vit en cabinet il y a autre chose et ce que l'on vit en domicile c'est encore autre chose et ce que l'on apprend dans les livres et la vie de tous les jours c'est différent

Ainsi la progression à réaliser au cours de la séance dans les exercices, et au cours du traitement fait partie des points à améliorer par les étudiants.

T2 (hétéroconfrontation T2E2) : si sur le principe oui c'est vrai elle ne lève pas les pieds on va lui faire faire des exercices pour qu'elle lève les pieds sauf qu'avant tout effectivement il faut qu'elle puisse le faire en plus tu as déjà vu ce que cela donnait tu m'as secoué une patiente à domicile la pauvre avec des exercices sur la chaise (rire) »

T3 (hétéroconfrontation T3E3) : si l'exercice il est trop facile pour le patient il passe tout de suite à l'extrême il y arrive facilement alors il lui ferme les yeux mais fermer les yeux c'est très contraignant c'est hyper difficile alors qu'il suffit qu'il lui fasse faire ne serait-ce que de lui faire bouger la tête ou regarder au plafond un truc qui est plus simple déjà

cela rend les choses plus difficiles en plus l'avantage quand tu fais ça c'est que tu as une progression qui peut être plus longue sinon tu arrives vite en fin de progression

T4 (hétéroconfrontation T4E4) : *après c'est pareil faut pas que tu commences à demander un truc qui si tu commences à demander un truc très dur tout de suite cela le décourage et après il ne fera pas tout le temps demander quelque chose que le patient potentiellement tu sais qu'il peut faire vaut mieux que cela soit trop facile que trop difficile tu commences si c'est trop facile tu vas le mettre en confiance et dis gars tu as vu moi j'y arrive donc ton truc c'est nul donc tu le mets en confiance ensuite tu augmentes si tu commences tout de suite à faire un truc trop dur tu vas le décourager et tu le mets en situation d'échec et si tu le mets en situation d'échec et ben pas bon*

T5 (entretien T5) : *cela manque parfois on a beaucoup de choses à apprendre par cœur et ce côté réflexif moi je m'en rends compte même moi quand j'étais stagiaire on a beaucoup de mal à réfléchir hors des cases et que c'est la progression*

T7 (hétéroconfrontation T7E7) : *mais après moi j'essaie de les impliquer même quand il y a des trucs ou ils n'ont pas forcément besoin des exos pas compliqués à faire faire en sorte qu'ils font qu'ils les fassent Le plus dur c'est avec les ados faut que les parents soient derrière et des fois il y a des parents qui s'en foutent royalement*

Cela rejoint ce que nous avons repéré précédemment, sans doute une 6ème typologie d'erreur pourrait être proposée : l'erreur dans la mise en œuvre du plan de traitement et dans la réalisation technologique. Et sans doute, dans l'étape dénommée élaboration du plan de traitement, une sous-étape de mise en œuvre du traitement est-elle à prendre en compte.

Derrière la difficulté d'adaptation au patient se trouve aussi un reproche de l'absence d'humanité, de care (Eyland & Jean, 2017)

T4 (entretien T4) : *c'est devenu un boulot*

T4 (entretien T4) : *on est des êtres humains qui soignons des êtres humains c'est ce que je reproche beaucoup aux jeunes maintenant alors beaucoup au jeunes mais aussi au vieux mais surtout aux jeunes ce que moi j'appelais la vocation cela n'existe plus maintenant ils font kiné pour gagner de l'argent ce qui leur importe c'est de ce qu'ils ont à mettre dans leur portemonnaie à la fin à la fin du mois mais non pas ce qu'ils vont amener aux gens.*

Et Ethan considère que les étudiants ne sont pas honnêtes par rapport leurs connaissances

T5 (entretien T5) : *à la limite c'est une des faiblesses du stagiaire parfois c'est de ne pas être honnête de ne pas dire je ne sais pas souvent enfin parfois je ne suis pas même si je suis très exigeant avec mes stagiaires et je leur dis parfois mais je suis très exigeant*

Sans doute est-ce la même difficulté pour les étudiants que pour les tuteurs. La différence entre les compétences nécessaires dans la vraie vie et les compétences académiques qu'ils valident durant leur cursus (Muller-Juge, et al., 2018) est peut-être grande et de transposition difficile (Wijbenga, Bovend'Eerd, & Driessen, 2016). Ce qui pourrait expliquer la multitude des outils

mis en place pour aider au raisonnement clinique et évaluer les difficultés rencontrées. (Cambron-Goulet, Dumas, Bergeron, Bergeron, & St-Onge, 2018)

14.7.6 Une analyse détaillée de la progression de la transmission-apprentissage de chacun des tuteurs

Une variété d'objectifs sont poursuivis par les tuteurs. Ceux-là peuvent aller de la remise en question par un regard naïf porté sur ses pratiques jusqu'à la volonté de mettre les étudiants à la réflexion pour dynamiser la profession (T5)

T4 (hétéroconfrontation T4 E4) : tu sers aussi à ça cela sert aussi à cela de prendre un stagiaire ça sert a aussi à ça à voir que l'on a des lacunes et il faut savoir reconnaître que enfin je parle pour moi cela te fait progresser de voir qu'il y a des choses que tu ne fais pas bien et que en plus je le vois d'autant plus que tu as un œil neuf donc c'est l'œil neuf et innocent ou tu le prends d'autant plus facilement que c'est pas cela serait un professionnel expérimenté tu te dirais ouais il a ses certitudes ces machins-là toi qui ne sais pas enfin qui ne sais pas

T5 (entretien T5) : qu'ils sachent ce qu'ils font quoi c'est plus cela

Les tuteurs sont tous en accord sur la finalité du parcours de stage clinique et plus particulièrement du stage en libéral, avoir la capacité d'être en responsabilité avec le patient et d'assumer seul sa décision

T2 (entretien T2) : c'est bien ça le problème quand on est jeune diplômé et que l'on se retrouve lâché dans la nature il faut assumer ses décisions donc voilà

T3 (entretien T3) : se projeter dans le futur

T4 (entretien T4) : s'adapter, prendre soin

T5 (entretien T5) : voir qu'il y a un cheminement vers le professionnel

T7 (entretien T7) : être capable de construire une séance

A partir des propos des différents intervenants, nous pouvons faire un début de modélisation du modèle de progression utilisé par les tuteurs au cours du stage en repérant leurs objectifs visés, leurs critères de réussite, leurs modalités d'évaluation en fin de stage, et leur progression plus ou moins établie par semaine. L'ensemble est synthétisé dans le tableau 14. Les intervenants ont, pour certains, été recontactés pour confirmer la répartition temporelle approximative de leur progression

	Béatrice	Christian	Dorothée	Ethan	Gérald
Objectif visé du tuteur	Savoir lire les signes (étape 1 du RC) Avancer dans leur acquisition de pratiques	Assister à une première séance pour avoir une vision globale, Réaliser un diagnostic Faire des séances complémentaires, Projeter les étudiants dans leur futur	Lui faire voir ce que c'est la vraie vie la vie dans un cabinet par rapport à ce qu'il y a dans les livres La pratique c'est bien mettre en pratique ce que tu apprends en théorie et la pratique c'est s'adapter au terrain au patient Faire connaître les réalités administratives	Qu'ils sachent ce qu'ils font quoi c'est plus cela MK2 MK3 je veux plus qu'ils fassent les liens entre j'ai fait tel test tel test je suis capable de dire que ben pour mon patient je m'oriente plutôt vers cela même si je n'ai pas forcément une idée fixée mais c'est plus de voir qu'il y a un cheminement vers le professionnel	Le rendre plus autonome dans sa prise en charge qu'il ait un bon raisonnement diagnostique, qu'il puisse être autonome sans avoir à se reposer derrière sur son tuteur ou sa tutrice et que pour moi il arrive à construire une séance pour moi l'objectif ça va être qu'il raisonne tout seul sans avoir besoin de l'orienter
Semaine 1	Repérer ce qu'il sait, ses obstacles techniques ou de prise de contact, de d'adaptation d'une force ou savoir	Réponses aux questions sur les connaissances fondamentales Gestes de bilan simples,	Je le guide ou alors je commence et je lui passe la main,	Réponses aux questions sur les connaissances fondamentales et sur les pathologies Observation quelques patients sans risques de récurrences et d'augmentation des douleurs	Au bout d'une semaine de stage il y a un temps d'adaptation
Semaine 2	Faire des bilans	Réponses aux questions sur les tests cliniques et connaissances sur l'interprétation des résultats		Réponses aux questions Connaissances fondamentales et sur les pathologies Observation, quelques patients sans risques de récurrences et d'augmentation des douleurs	Prise d'initiatives S'il ose plus de choses qui n'a pas forcément vu qu'il ne copie pas forcément sur ce qu'il a vu mais sur son improvisation aussi par les exercices notamment actifs que tu improvises tu arrives à observer
Semaines 3/4	Savoir prendre le retour (par les signes cliniques) du patient Adapter les exercices au patient	Bilan morpho statique, et bilan sous supervision Faire un bilan seul sur un patient déjà vu avec le tuteur Et le présenter Gestes de traitement réponses aux questions		Laisser la fin de séance ou l'après séance travail proprioceptif, travail musculaire si je vois qu'avec le patient il n'y a pas de soucis et qu'en plus le contact passe bien dans ce genre de boulot du coup c'est déjà pas mal après cela va être plus les 15-20 dernières minutes	Tout ce qu'il peut faire tout ce qu'il peut imaginer comme exercice, ce qu'il utilise comme approche pour le patient et s'il peut s'adapter
Semaine 5	Adapter les séances savoir à quel rythme il fallait voir le patient comment on décidait du nombre de	Gestes complémentaires sous surveillance		Travail sur un point précis mais arrêt de l'étudiant si : qu'il y a quelque chose dont je n'ai pas prévenu ou alors une manœuvre vraiment pas adapté au patient	

Semaine 6	séances et du rythme auquel on voyait le patient					et qui ne va pas dans ce que je lui ai demandé	
	Ils partent sur un nombre défini de répétition d'exercices ils ne savent pas pourquoi il faut le faire 15 fois ou 20 fois et quand on leur demande comment ils vont décider de changer d'adapter ou de corriger l'exercice parfois ils ne savent même pas sur quoi ils se basent pour s'adapter	Séance complémentaire seul					En commençant à programmer des exercices il a une vision qui commence à être plus globale qu'il a compris les enjeux
Fin de stage	Mise en situation professionnelle	Concertation avec 3-4 tuteurs et bilan de fin de stage, repérage des points d'amélioration				Demi-mise en situation professionnelle pour MK1 et MK2 ; MK3 : à la fin du stage c'est d'être limite professionnel quasiment	Comment l'évaluer ben je pense le laisser faire comment il va la faire évoluer en début de prise en charge à présent en début de stage pardon en fin de stage Se sentir plus à l'aise et être plus naturel je pense dans sa prise en charge pas dans l'évaluation dans le stress de la pratique être plus naturel
Critère de réussite	Leur faire comprendre que ce n'est pas une application de recettes on est dans de l'humain	Qu'ils se rendent compte que pour que le programme ne soit pas standardisé il faut que derrière il y ait une réflexion sur qu'est-ce que je fais à ce patient	Adaptabilité, patient, care,	écoute	du	Bon contact avec le patient, être en réflexion	Qu'il y ait une évolution entre le début du stage puis la fin du stage c'est l'essentiel qu'il y ait un diagnostic correct et du coup une application et aussi la mise en pratique ; Cela fait partie de l'apprentissage il doit réussir à s'adapter

Tableau 14: Tableau synthétique des modèles de progression dans le tutorat de l'étudiant, exprimés par les tuteurs dans leurs entretiens

14.7.7 Des patients divers, vecteurs de raisonnement clinique

Alors que nous étions focalisé sur la compréhension de la situation transmission -apprentissage du raisonnement clinique entre tuteur et apprenant, nous avons placé selon le triangle de Houssaye (2014), le patient comme le savoir à déchiffrer (cf. fig. 10). Cependant, à première lecture, le patient prend une place nettement différente de ce que nous avons imaginé.

Les patients, sujets des séances, étaient soit des patients chroniques (P2, P4, P7), soit des patients en post phase aiguë (P3, P5). Il semble que cette notion influe sur leur positionnement au sein du triangle thérapeutique. Comme si la temporalité de la maladie induisait un autre type de relation voire une alliance plus forte, qui rejaillit sur l'encadrement du stagiaire et la présence lors de la séance.

Les pathologies relevaient de champs disciplinaires différents soit du domaine neuromusculaire (P2, P4) soit du champ musculosquelettique (P3, P5, P7). Cette différence influe sur la prise en charge clinique et le raisonnement mis en place. La plainte fonctionnelle était surtout mise en avant en neuromusculaire, alors que le point de départ était la douleur en musculosquelettique.

Sans doute, le modèle proposé entre patient, étudiant et tuteur est-il à enrichir car le patient est un savoir incarné qui influe beaucoup sur la "transmission " du tuteur. Dans 4 des 5 séances analysées, le patient participe de la transmission du raisonnement clinique. Il semble avoir "appris" quelque chose du thérapeute, qu'il a la capacité de "transmettre" à l'étudiant par sa démonstration (P 4). Il a aussi appris des sensations technologiques et il est en mesure de guider l'étudiant dans la transposition de sa technique sur son corps (P 7). Par délégation de tâche du tuteur, le patient prend aussi une posture d'étayage pour lequel nous retrouvons le modèle de Bruner. (1981) (P 4). Nous distinguons aussi une co-médiation tuteur/patient envers le stagiaire (P2). Nous détaillerons ces épisodes significatifs dans la suite de notre analyse.

14.7.8 L'hétéroconfrontation un espace de développement

Pour toutes les triades, l'hétéroconfrontation a été un moment privilégié de régulation mais aussi d'auto-évaluation, révélateur de la complicité du tandem (Kunegel 2011).

Ainsi Christian et Ethan se sont concentrés sur leur posture de tuteur. Christian a fait remarquer que son débit de paroles était toujours aussi rapide malgré le travail qu'il faisait sur lui.

T3 : ça accélère on parle vite C'est bien comme ça on remarque je parle trop vite bon j'ai l'habitude hein

Dg : tu parles trop vite ?

T3 : ben oui t'es d'accord ou pas

E3 : *ben oui franchement les cours sont longs sont lents non ce n'est pas nouveau ce n'est pas nouveau*

T3 : *pourtant j'ai l'impression que je travaille dessus mais ce n'est pas gagné encore même si je travaille dessus*

Ethan s'est focalisé sur la position de ses mains et leur actions thérapeutiques moins précises qu'à l'ordinaire du fait de la double tâche cognitive (travail et explicitation à haute voix pour le stagiaire)

T5 : *je vois mes petits défauts de mains quand on est avec un stagiaire au niveau pratique je trouve que l'on est toujours un peu moins concentré.*

Gérald exprime ses remords dans la gestion du parcours de stage de Ghislaine.

T7 : *j'aurai peut-être dû te faire pratiquer un petit plus sur des mobs au niveau cervical*
Dg : *pourquoi tu dis cela ?*

T7 : *ben parce que je ne sais pas si tu as mobilisé avec d'autres collègues mais c'est vrai que moi je ne t'ai pas fait toucher de cervicales il me semble.*

Ghislaine, tout comme Christian et Christophe, exprime sa difficulté à se voir et à se voir pratiquer.

E7 : *parce que je n'aime pas me voir à l'écran d'une manière générale je n'aime pas trop et en plus là je ne suis pas à l'aise en plus le fait d'être filmée pendant une séance*

Bernard exprime ses difficultés de transposition lorsqu'il est face au patient. Les signes cliniques de la vidéo ne sont pas identiques à ceux du patient.

E2 : *j'ai vu des vidéos d'accord mais quand cela m'arrive devant moi je me dis à ouais d'accord c'est comme ça*

Il alerte aussi sur la difficulté à faire face aux flots de questions qui le mettent en situation d'échec et de double tâche.

E2 : *ben non dans le sens où je me sens questionné du coup je réfléchis je n'arrive pas en fait je suis monotache je n'arrive pas je pense que cela se serait passé autrement si j'avais de meilleures connaissances ou si j'avais été tout seul dans le sens où je ferai mon truc là ce n'est pas le cas tu me questionnes donc je réfléchis*

L'hétéroconfrontation permet aussi de regarder la situation d'un autre œil et de voir des détails qui avaient échappé dans la situation.

Dg : *vous l'aviez vu cela au niveau des mains*

E2 : *hum*

T2 : *tu as fait attention ou pas*

E2 : *sur le coup non mais là ouais je vois*

T2 : *faut vraiment que tu arrives même sur les grimaces c'est pour cela que je t'ai dit doucement vas-y doucement parce elle ne dit rien*

Elle lui permet aussi de s'autoévaluer et de repérer ses points d'amélioration.

E2 : c'est clair je pense qu'il faut que je continue à travailler et du coup je pense que c'est une bonne expérience cela

Christophe mesure l'écart avec le niveau qu'il estime devoir atteindre.

E3 : je n'aime pas trop me voir à la vidéo je pense que j'ai encore du boulot à faire

Dorothée résume l'effet de l'hétéroconfrontation : aller plus loin dans l'explicitation et la compréhension de ses pratiques en donnant à voir ses concepts pragmatiques (Pastré, 2011)

T4 : c'est un peu violent c'est un peu violent pour toi mais c'est normal ce n'est pas toi ce n'est pas une affaire de personne c'est une histoire de situation dans ta situation

E4 : comment ça ?

T4 : ben dans ta position d'étudiant

E4 : ouais

T4 : je le fais plus ou moins tout le temps mais là c'est plus criant parce que l'on en parle et que l'on est amené à y réfléchir parce que delphine elle nous oblige à y réfléchir avant tu le prenais en pleine figure mais tu ne le réfléchissais pas pareil parce que l'on ne te demandait pas le retour

E4 : ce n'est pas faux (rire)

T4 Là on te demande d'y réfléchir et moi on me demande d'aller plus loin dans ce que je t'assène et me demander pourquoi je le fais et comment je le fais donc je m'explique et là tu te prends tout dedans

E4 : là ce qui est difficile c'est qu'au final il y a des choses où je doute qu'il faut aller dans ce sens-là mais

T4 : mais tu doutes aussi tu doutes tout simplement

Cette hétéroconfrontation imposée a sans doute été une condition permettant de donner un sens à l'expérience vécue (Dewey, 2014). Elle a probablement constitué un temps d'analyse de pratique (Teisseire, Rouvière, Boussagol, & Perez -Roux, 2018). Nous pouvons nous interroger sur l'ingénierie de recherche mise en place : quels sont les effets de formation produits par le protocole de recherche ? En temps ordinaire, ce débriefing, semblable à celui réalisé après une immersion (Broussal, Caire, Techene, Catsel-lacanal, & De Boissezon, 2018) aurait-il eu lieu ? À quels moments, compte tenu du contexte libéral, le tandem se serait-il focalisé sur les pratiques à la recherche de la structure conceptuelle ?

14.7.9 La place du corps, un impensé dans le raisonnement clinique kinésithérapique

Le premier point de convergence entre toutes les triades est la place prise par le corps, celui du praticien, de l'étudiant mais aussi du patient. Le corps et son utilisation par les tuteurs de stage (Mauss, 1950), ainsi que la transmission via le corps au profit des étudiants ont pris une place prépondérante dans chacune des triades. Chaque tuteur a eu besoin de faire ressentir les mobilités, les résultats des tests à l'étudiant. Brigitte a dû poser la main sur la patiente pour confirmer le ressenti exprimé par Bernard.

Dg : *pourquoi tu mets les mains T2 ?*

T2 : *ben pour pouvoir moi l'évaluer parce qu'en fait il y a ce que j'ai en visuel euh mais la réaction tu la sens beaucoup plus en mettant les mains ce sont mes oreilles*

E2 : *hum*

Dg : *tes mains sont tes oreilles*

T2 : *elles me permettent de percevoir des sensations c'est difficile à quantifier une spasticité donc si je veux vraiment savoir lui il va me l'évaluer à sa façon mais moi j'ai besoin de savoir un peu pour pouvoir euh justement évaluer son évaluation à lui pour savoir si c'est adapté ou pas juste*

Christian, en permanence, demandait à Christophe : « *tu le sens ou pas ?* ». Dorothée délègue à Daniel cette transmission de la sensation. Ethan explicite à Eliott ce qu'il devrait sentir s'il posait les mains sur la patiente. Ghislaine demande régulièrement à Gérald : « *comment tu le sens ?* ».

T2 : *je pense que à partir du moment où on l'a fait un certain nombre de fois et que l'on a senti le geste etc. on s'en soulage d'une partie en l'automatisant et pour cela il faut simplement du temps et de la pratique*

Nous pouvons faire l'hypothèse que l'apprentissage institutionnalisé du raisonnement clinique modifie le rapport au corps et au savoir des professionnels, passant d'une incorporation personnelle des pratiques professionnelles à l'appropriation des normes du corps professionnel (Clerc, 2007).

T7 (séance T7 E7) : *je le ferai sur toi après si tu as envie pour que tu sentes*

Le corps du professionnel deviendrait moins « corps outil » mais plus corps générateur de savoirs grâce à l'explicitation nécessaire pour la transmission en situation. Il faciliterait ainsi le passage d'une pratique personnelle de la profession à une pratique professionnelle du corps des masseurs-kinésithérapeutes.

14.7.10 L'adaptation à la vraie vie : la pragmatisation des savoirs théoriques par le raisonnement clinique ?

Le deuxième point de convergence a été la nécessité de l'adaptation au patient, à la vraie vie. Les tuteurs insistent sur l'appropriation des techniques et connaissance pour pouvoir s'en détacher et exprimer sa pratique, et ainsi exercer une technique prescrite efficace mais personnelle au tuteur et adaptée au patient.

T2 : *il faut que tu fasses ton listing c'est un guide une ligne pour essayer de ne rien oublier mais c'est comme le pilote avant de démarrer son avion s'il ne sait pas à quoi cela correspond et que la lumière elle s'allume ben il va mettre tout le monde par terre donc ce qu'il faut c'est que dans ta tête systématiquement tu te dises bon ben tiens ça s'est fait mais par contre à oui faut que je me note*

Comme si les pratiques académiques devaient être pragmatisées pour pouvoir s'adapter au contexte situationnel (Ade & Piot, 2018) en requérant créativité et intelligence de la situation. Chaque tuteur a produit une phrase totem. « Sortir des tiroirs » (T2) « faire sa sauce » (T5) « s'adapter à la vraie vie » (T4) « écouter le patient, son ressenti » (T3) « se créer sa jauge » (T7), « tu essaies de les amener ou tu veux » (T4). À moins que cela ne soit l'expression du besoin d'endossement du rôle et du genre kinésithérapique avec la création de son style professionnel.

Si l'on se réfère aux constatations dans les recherches sur le raisonnement clinique (Croskerry, 2014 ; Nendaz, 2014), les novices raisonnent de façon analytique alors que les experts raisonnent de manière heuristique. Quand les tuteurs demandent de « sortir du tiroir », ne sont-ils pas en face d'un étudiant novice qui n'a pas encore automatisé ses routines, ses façons de penser et qui utilise son système 1, lent, analytique (Kahneman, 2012) ? Un étudiant en étonnement ?

Le raisonnement en kinésithérapie repose sur les pratiques théoriques, pragmatisées, adaptées et incorporées par chacun des praticiens en fonction de leur personnalité, de leur expérience, de leur parcours professionnel et de leur formation. En paraphrasant Dewey (2014), nous pourrions dire que l'étudiant qui apprend à lire le patient, trouve alors de nouvelles possibilités et acquiert en même temps des mécanismes, conditions objectives de son savoir ultérieur, et s'ouvre en même temps à son nouvel environnement socio-professionnel. Cet outil est un fil rouge qui permet l'adaptation au patient et dont le praticien cherche à s'émanciper pour la pratique de « la vraie vie », dans un style qui leur est propre, au sein du genre kinésithérapique.

15 Des épisodes significatifs

Nous allons détailler des épisodes qui nous semblent significatifs pour la compréhension de la situation d'apprentissage-transmission du raisonnement clinique, soit parce qu'ils renforcent notre compréhension de la situation, soit parce qu'ils sont détonants, ou encore parce qu'ils sont révélateurs du rôle du patient dans la situation.

Dans deux hétéroconfrontations, le raisonnement clinique se décline comme un schème. Une structure conceptuelle est retrouvée à travers les réflexions de l'étudiant et la genèse conceptuelle est atteinte. Certaines dispositions semblent faciliter la transmission-apprentissage du raisonnement clinique. Le rôle professionnel que s'attribue le tuteur et que l'étudiant projette semblent conditionner la démarche du raisonnement clinique

Pour l'étudiant, la première rencontre semble un moment d'éblouissement par le patient qui est un acteur incontournable dans chacune des séances, avec un rôle et une place différents selon les triades.

Dans trois épisodes que nous estimons significatifs, le rôle du patient se démarque lors des séances. Dans le premier épisode le tuteur délègue au patient la tâche de transmettre la sensation, dans un autre épisode, le patient devient le formateur. Dans le dernier épisode, tuteur et formateur s'allient pour aider l'étudiant à comprendre la situation.

15.1 Une situation de transmission-apprentissage insolite

En utilisant les deux triangles à sommet raisonnement clinique ou patient que nous avons modélisé (cf. figure 10) comme grilles d'analyse, nous obtenons deux grilles de lecture des séances observées : un triangle tuteur-étudiant à sommet raisonnement clinique, un triangle tuteur-étudiant à sommet patient (comme savoir incarné). Nous avons synthétisé les résultats de cette analyse dans le tableau 15 ci-dessous.

	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 7
Triangle T-P-E	Axe enseigner T→P	Axe former T→E	Axe former T→E		Axe former T→E
Triangle T-RC-E			Axe former T→	Axe enseigner T-RC	Axe former T→E

Tableau 15: Récapitulatif du positionnement des situations de transmission-apprentissage en fonction des deux triangles

Béatrice se positionne dans un triangle à sommet savoir/patient et elle privilégie le processus « enseigner » et la place privilégiée qu'elle accorde elle-même au savoir. L'étudiant manifeste par ses « hum » et par son attitude non verbale son désengagement de la situation. *C'est fou il lui manque son membre droit ce n'est pas là mais ça va venir (T2)*

Christian dans la séance 2 a favorisé le processus « former », la majeure partie de la séance s'est déroulée dans l'interaction entre étudiant et tuteur, le patient étant là comme objet de soin. Il s'est majoritairement placé dans le triangle à sommet patient.

La séance de la triade 4 s'est déroulée dans un mode particulier. Les deux triangles à sommet patient et raisonnement clinique ont été mis en œuvre. Dans le triangle à sommet patient, la tutrice qui avait choisi l'axe former avec l'étudiant, a été mise en position reculée, position de

mort, par le patient. Nous obtenons alors des éléments que nous ne pouvons pas positionner dans les deux grilles de lecture initiales. Le patient devenu fou, a privilégié un double axe : l'axe apprendre dans un triangle patient-étudiant-savoir et l'axe enseigner en direction de l'étudiant dans un triangle atypique étudiant-patient à sommet raisonnement clinique. Se crée alors d'autres triangulations non prévues dans notre modélisation théorique, un triangle patient-étudiant à sommet raisonnement clinique et un triangle patient-étudiant à sommet savoir. Dans ces deux configurations, le patient s'est dirigé vers le pôle étudiant, ce qui est une configuration atypique pour la démonstration habituelle de ce triangle liée au fait que le savoir est vivant, immédiatement répondant et interactif. (Figure 53)

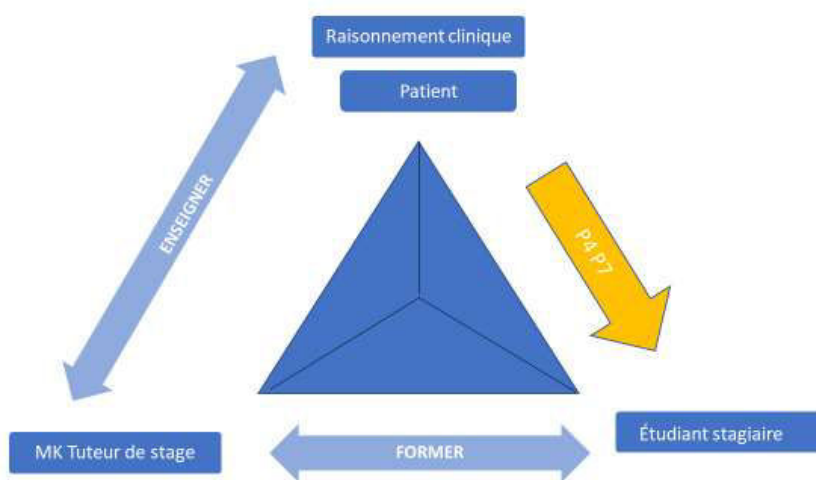


Figure 53: Une situation d'apprentissage -transmission insolite

Ethan T5 s'est positionné sur l'axe enseigner dans le triangle à sommet raisonnement clinique l'étudiant était dans la position du fou, il s'est octroyé la dévolution. Serait-ce le phénomène *drop in* détaillé par Houssaye. La patiente était en position de morte. Ethan a semblé se faire la leçon à lui-même.

La séance de la triade 7 a été positionnée dans un double triangle. Gérald dans le triangle à sommet patient s'est positionné sur l'axe former, privilégiant une relation forte avec l'étudiante. La patiente loin de prendre la place du mort a pris une place de fou, apportant un guidage sur un savoir sensoriel (l'étirement du septum nuchal). Avec cette place de fou, elle s'est positionnée dans un autre triangle, celui du raisonnement clinique. La patiente s'est positionnée sur un axe former. Par son raisonnement narratif, elle a édicté ses signes cliniques pour permettre à l'étudiante de refaire le chemin de son histoire de la maladie. Gérald s'est positionné sur l'axe former, dans le triangle tuteur-étudiant à sommet raisonnement clinique, laissant l'étudiant au pilotage de la séance, sous son contrôle. (Figure 54)

Suite à ces résultats, nous proposons une nouvelle modélisation des situations de transmission apprentissage rencontrées. Cette pyramide pédagogique intègre ces triangles supplémentaires patient-étudiant à sommet raisonnement clinique et patient -étudiant à sommet savoir. (Figure 54)

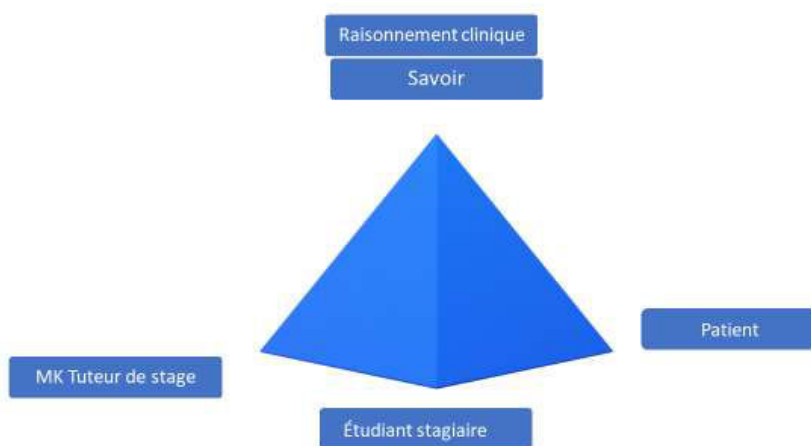


Figure 54: La pyramide pédagogique de la situation de transmission apprentissage du raisonnement clinique

Concernant la représentation des résultats dans le tableau synthétique, nous sommes interpellé par ces résultats, nous nous attendions à un plus grand nombre d'axe apprendre, dans le cadre d'un raisonnement clinique comme une problématisation (Fleury, Fabre, 2014).

15.2 Le raisonnement clinique comme un schème

Dans le cadre de l'analyse de l'activité réalisée dans le champ de la didactique professionnelle (Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006) et à la suite de Belpaume (2009) et Nagels (2017) considérant le raisonnement clinique comme un schème, nous cherchions à repérer les quatre composantes (buts, possibilités d'inférences, invariants opératoires et règles d'action) du schéma conceptuel de la situation décrite par Vergnaud (2011) dans les discours des tuteurs et étudiants au cours de la séance de soins (Pastré, 2007).⁷⁸

15.2.1 Pour les tuteurs

Pour les tuteurs, nous avons repéré dans le discours des tuteurs des éléments de l'item « le raisonnement clinique comme un schème » pour l'ensemble des trois temps de la méthodologie de recherche, de manière à obtenir une cartographie visuelle. (Figure 55) Nous retrouvons les

⁷⁸ Pour l'ensemble des figures de ce chapitre, nous avons représenté graphiquement via l'encodage réalisé à l'aide du logiciel « N'Vivo », les éléments du discours représentant les items que nous souhaitons étudier.

différents éléments du schème utilisés et avons repéré les jugements pragmatiques émis sur la situation (Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006). Chaque tuteur semble avoir un profil différent. Certains ne parviennent pas à expliciter des buts (T3, T7) et des classes de situation (T2, T5, T7) d'autres ne formulent pas de règles d'action (T3) ou n'énumèrent pas d'inférences (T4). Les jugements pragmatiques sur la situation de travail semblent les plus représentés. Il nous faut rester prudent dans l'analyse de ce graphe qui additionne des éléments que l'on peut analyser sur les 3 moments séparés (entretien, séance, autoconfrontation).

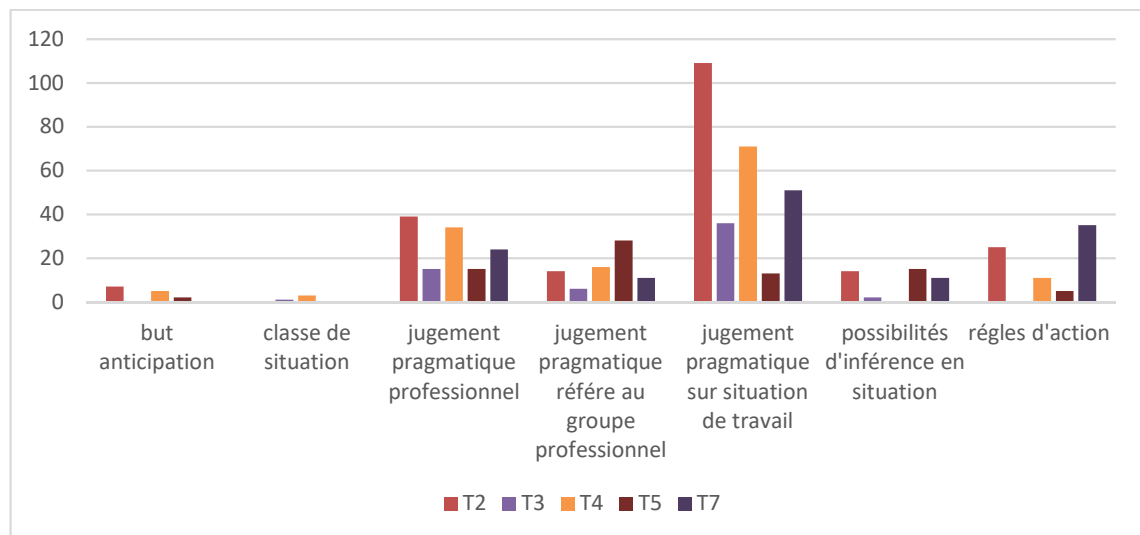


Figure 55: « Le raisonnement clinique comme un schème » dans les discours des tuteurs au cours de la méthodologie

15.2.1.1 L'entretien

Dans leurs discours, les tuteurs explicitent majoritairement des invariants opératoires. Parmi ceux-ci, des jugements pragmatiques professionnels, en rapport avec leur expérience, sont principalement décrits. (Figure 56)

T7 : cela permet de faire un diagnostic différentiel justement et ça permet de valider justement que l'hypothèse qu'on pense juste est bien juste et que les autres paraissent fausses et après évidemment faut toujours remettre en question en fonction du patient

T5 : en pratique c'est toujours un peu plus compliqué d'être indolore en séance mais la moindre des choses c'est que le patient n'est pas plus mal pendant deux jours après la séance que quand il est arrivé

Les tuteurs formulent aussi des grandes règles de la profession.

T2 : ce qui fait l'intérêt de notre travail on peut avoir trois fois ou quatre fois dans la journée un patient avec une même pathologie et on ne fera pas le même traitement

T2 : on a quand même des comment dire des des pratiques ou des enseignements 'j'allais dire des pratiques des façons de faire ou des savoirs faire qui sont parfois en contradiction avec ce qu'ils apprennent à l'école c'est compliqué

T4 : au-delà des connaissances tout le monde a les mêmes on va partir sur le fait que tout le monde a les mêmes après c'est le sens de l'adaptabilité qui fait qu'il va être bon

T5 : l'on a tout de même un devoir de résultats même si cela peut être un peu minime parfois je ne sais pas chez certains chroniques

T5 : on sait que dans les débuts les débuts de rééducation on sait que c'est difficile d'avoir un effet immédiat

T7 : que l'adaptation c'est très important dans ce cas et qu'il faut justement toujours réussir à faire avec ce qu'on a et pas forcément faire au minimum

Christian parvient à retranscrire un jugement pragmatique sur une situation de soin vécue antérieurement avec l'étudiant, relatant une difficulté de celui-ci à exploiter un résultat de test clinique.

T3 : il a vu le test on lui a appris à l'école de mesure du glissement après à savoir si ça glisse beaucoup pas beaucoup ça il ne le savait pas il avait du mal à se positionner

Dg : et comment tu sais ça qu'il avait du mal ?

T3 : parce que je lui ai demandé alors tu de me coter ça en croix trois croix ça bougeait beaucoup deux croix moyennement une croix ça bougeait un peu o croix ça bouge pas du tout alors tu l'aurais cote à combien il m'a dit je ne saurai pas coter mais c'est difficile cela suppose qu'il ait déjà vu un genou laxé qui se soit rompu mais lui tous les genoux qu'il a vus il m'a dit ce sont des gens opérés de leur croisés

Ethan explicite une inférence possible qu'il peut retrouver en situation avec le stagiaire.

T5 : deuxième risque sur les patients rhumatologiques cela va être le risque d'irriter une douleur qui était irritable et que l'on n'a pas bien évalué ou que l'on n'a pas évalué l'irritabilité je ne sais pas une sciatalgie ou on a juste lu le compte -rendu on n'a pas fait le test de Lasègue et puis on fait une grande élévation jambe tendue et puis on déclenche des douleurs chez le patient et puis voilà une douleur neurale qui dure 2-3 jours

Béatrice cherche à développer la prise de décision chez les étudiants, tandis que Ethan cherche la compréhension des actions menées.

T2 : en tant que thérapeute il va falloir qu'il prenne lui la décision de toute façon c'est ça le problème c'est bien ça le problème quand on est jeune diplômé et que l'on se retrouve lâché dans la nature il faut assumer ses décisions

T5 : mon objectif visé c'est qu'ils sachent ce qu'ils font quoi c'est plus cela

Dans l'entretien des tuteurs, nous cherchions à repérer leur rôle dans la transmission du raisonnement clinique, nous avons surtout aperçu leurs façons de voir leur pratique et celle de leur groupe professionnel.

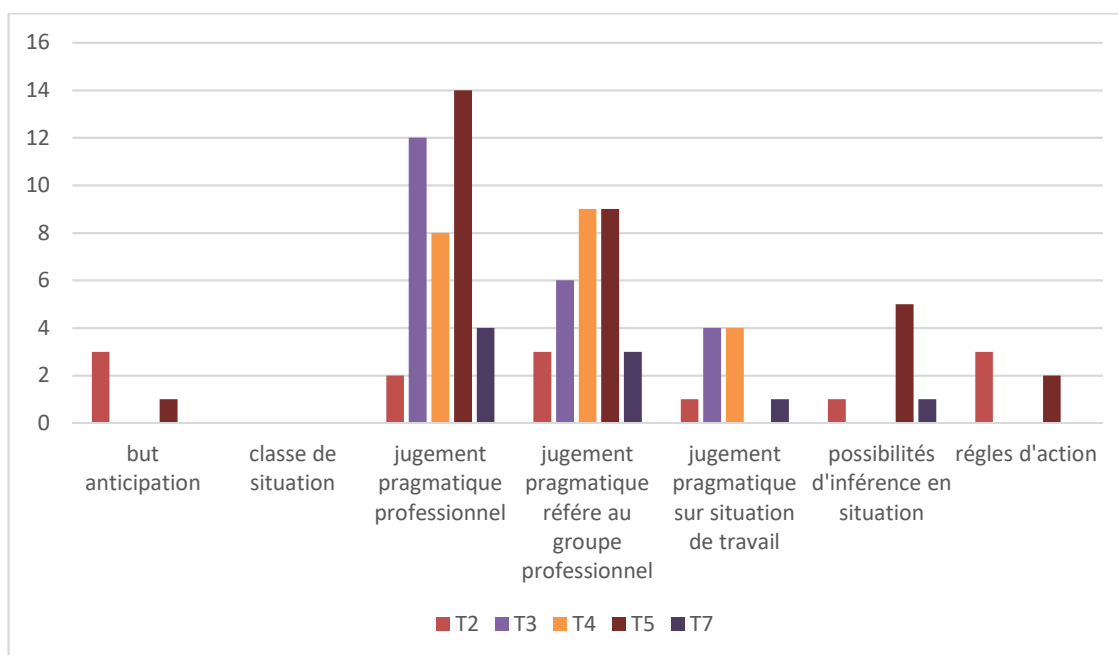


Figure 56 : « Le raisonnement clinique comme un schème » dans les discours des tuteurs lors de l'entretien.

15.2.1.2 La séance

Nous cherchions à repérer si les tuteurs donnaient à voir des théorèmes en actes, s'ils explicitaient des possibilités d'inférences révélant les mises en lien qu'ils opéraient dans leur pratique incorporée, des règles d'actions. (Figure 57)

Cette représentation présente une différence avec celui de l'entretien. Les tuteurs semblent passer d'un discours référé au groupe professionnel à un discours sur la situation, avec peu de références au corps professionnel et à sa pratique professionnelle. Le dévoilement des possibilités d'inférences et des règles d'action est plus grand.

Sans doute à travers le nombre d'indicateurs de l'item « le jugement pragmatique sur la situation de travail » présents dans le discours, il est possible de repérer la place accordée au stagiaire dans le déroulement de la séance. T3 et T5 possèdent un plus faible nombre d'éléments relatifs à cet item dans leur discours, Ethan n'a pas laissé la main à son stagiaire et Christian était en situation de travail semi-assistée.

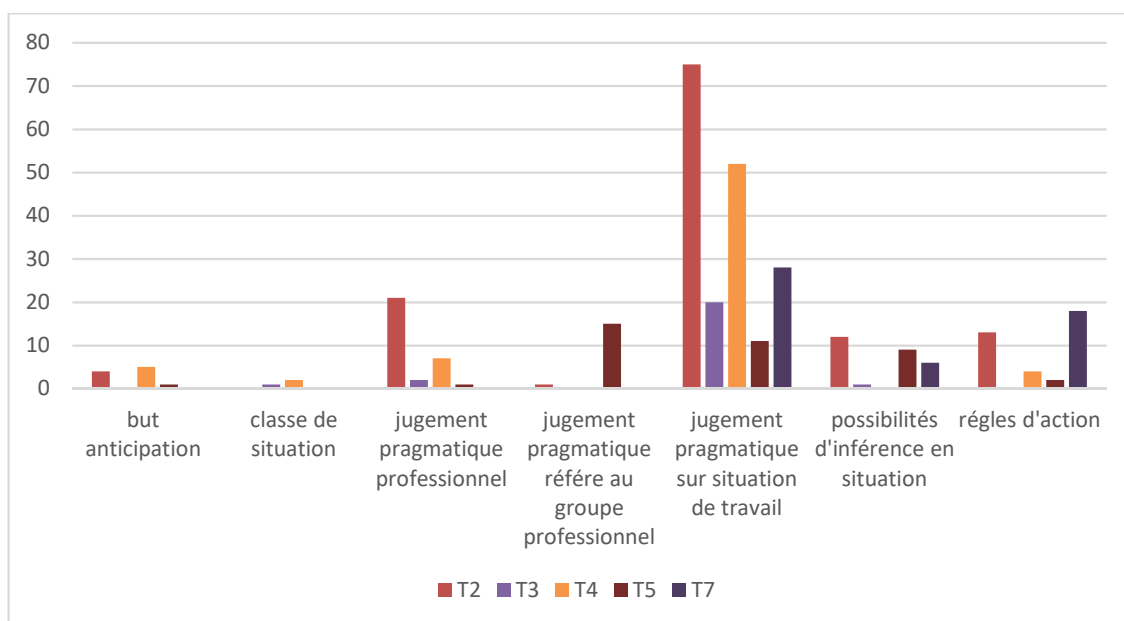


Figure 57: « Le raisonnement clinique comme un schème » dans le discours des tuteurs lors de la séance

Les tuteurs expriment surtout des jugements pragmatiques sur la situation de travail, et ce d'autant plus que l'étudiant réalise la séance (T2, T4, T7) comme si les tuteurs guidaient les étudiants par leurs propos. Il sera intéressant de comparer avec le registre des ressources utilisées (Piot, 2015). (Cf. Chapitre 15.3.1)

Béatrice transforme un jugement sur la situation de travail en règle d'action professionnelle avant de revenir à des explications sur la situation présentée par la patiente lors de son entrée dans la salle de rééducation.

T2 : *P2 on peut enlever le pantalon cela ne t'embête pas c'est parce que tu es filmée*
P2 rit
T2 : *ah et bien tu as une partie de ton bilan qui se fait là*
E2 : *oui*
T2 : *quand tu fais un bilan ce qu'il faut c'est prendre toutes les informations possibles au fur et à mesure d'accord*
E2 : *humhum*
T2 : *quand elle est entrée la façon de bouger la façon de marcher la façon de s'asseoir tout cela il faut que tu en tiennes compte car c'est cela qui après va faire que tu vas donner de l'importance tes fameux points forts que tu vas donner ou pas dans tes prises en charge*

Béatrice et Ethan basent leurs inférences sur la physiologie et sur l'anatomie. Il est surprenant que la physiopathologie ne soit pas abordée. C'est un courant de la kinésithérapie de penser que la connaissance des maladies est superflue, et que seule l'anatomophysiologie suffit (Peninou, Colné ; 2018).

T2 : et normalement la différence avec une hypertonie par exemple qui va être extra pyramidale c'est que la spasticité si tu fais doucement normalement à un moment elle lâche donc tu arrives en adaptant

Christian propose une différenciation des typologies des pathologies en fonction de l'installation temporelle de la douleur.

T3 : si c'est chronique c'est que cela s'est installé progressivement si c'était aigue cela veut dire que cela serait venu brutalement du coup il faudrait immobiliser pour éviter que cela augmente

Pour Béatrice, le but de la rencontre fixé à Bernard va se transformer au cours de la séquence. Il passe d'une réalisation de bilan lors d'une première séance à la réalisation d'une séance de traitement.

T2 : tu vas faire le bilan [...]

T2 : sinon tout lui tester jusqu'en haut mais le but c'est quand même qu'à court terme c'est que tu la prennes en charge

Ce phénomène se produit aussi avec Christian, qui réajuste sa demande suite à la réponse donnée par l'étudiant à sa consigne.

T3 : vas-y comme ça le contrôle moteur c'est ce qu'il faudrait que l'on fasse mais déjà faut qu'on teste si ça passe bon il a une imagerie de spondylolisthésis et tu veux voir si c'est bien ça qui pose problème

Béatrice axe ses jugements pragmatiques de la situation sur la prise en considération de la patiente et l'adaptation technique à celle-ci.

T2 : dans tes manœuvres faut que tu tiennes compte aussi de ses réactions à elle parce qu'après une fois que tu auras déclenché en plus des myoclonies cela va te perturber la suite de ton bilan ok après sur quels autres groupes musculaires tu peux potentiellement avoir

15.2.1.3 L'hétéroconfrontation

L'hétéroconfrontation s'est déroulée le jour même de la séance avec le patient compte tenu des contraintes logistiques et temporelles du stage. (Figure 58)

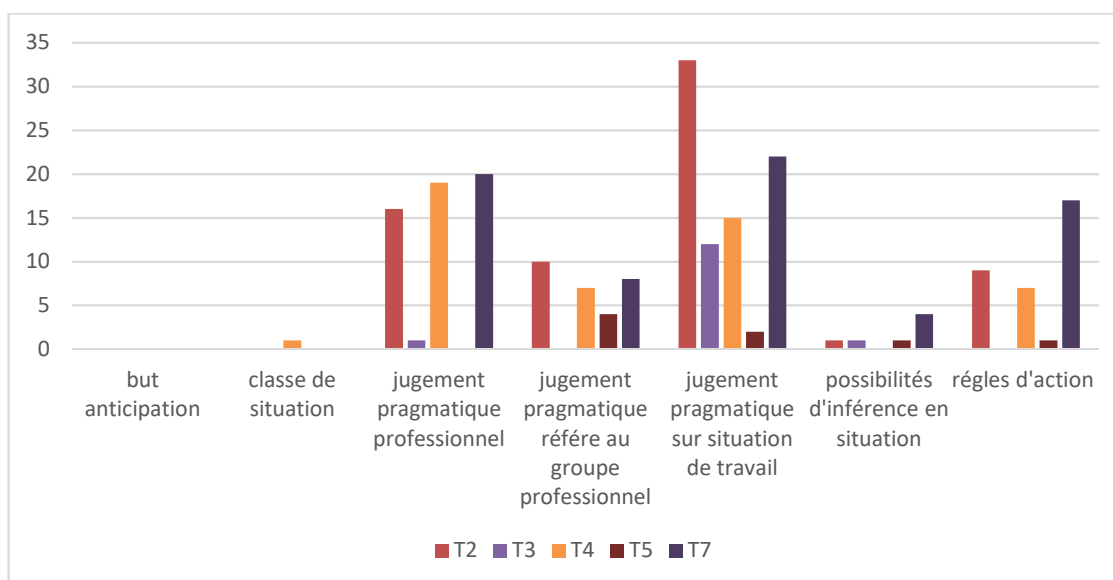


Figure 58: "Le raisonnement clinique comme un schème" dans les discours des tuteurs lors de l'hétéroconfrontation

Les discours contiennent majoritairement des informations à propos des invariants opératoires, représentés principalement par les jugements pragmatiques sur la situation de travail et professionnels. Les tuteurs guident les étudiants sur la compréhension de la séance en se basant essentiellement sur leur expérience.

T4 : mais après c'est sûr que ton bilan après tel que tu vas le faire c'est celui que l'on t'a appris à l'école mesurer les périmètres les longueurs mais là ce que tu as et ce qui est important dans le cas c'est que quand même il a une hémiplégié depuis 23 ans donc là tu n'auras pas de récupération de périmètre tu n'en auras pas tu as peu de chance d'en avoir

Béatrice et Gérald en particulier utilisent des règles d'action.

T7 : moi je me base souvent sur le mal mais tant que c'est supportable

Les possibilités d'inférence, liens entre les éléments que les tuteurs ont développés, sont peu explicités.

T7 : après les douleurs neuro c'est un peu particulier parce que tu mets quand même tout le système neuro en tension etc. et cela dépend dans quel cas par exemple plus de l'étirement de la racine un peu comprimée cela ne reproduisait vraiment plus tout le bras

Ethan semble se démarquer avec peu d'éléments lors de cette hétéroconfrontation. Pour rappel, l'étudiant avait été observateur de la séance réalisée par Ethan, celui-ci a là aussi monopolisé la parole, expliquant sa difficulté à rester concentré avec un stagiaire.

Nous avons synthétisé dans le tableau 16 quelques-uns des items énumérés par les tuteurs. Chacun des tuteurs explicite les buts qu'il se fixe pour la séance : Brigitte privilégie la détection des signes cliniques du patient, Christian et Gérald souhaitent un diagnostic kinésithérapique,

Dorothee recherche les besoins du patient dans les activités de la vie quotidienne. Chacun porte un regard différent sur cette première rencontre.

Dorothee et Ethan proposent une catégorisation en classes de situation basés sur la typologie des pathologies rencontrées ou alors centrée sur les critères d'exclusion à la prise en charge, comme préconisés dans un accès direct.

Dorothee, Ethan et Gérald ont centré leurs invariants opératoires sur la gestion de la douleur. Est-ce dû à l'orientation musculosquelettique (T5, T7) ou gériatrique (T4) donnée à leur exercice professionnel ? Béatrice et Christian sont centrés sur l'adaptation au patient.

Les jugements pragmatiques professionnels sont variés, soit centrés sur l'avis médical (T 3), soit focalisés sur l'attitude de l'étudiant (T2, T4) soit destinés à l'attitude envers le patient (T5, T7).

Les jugements pragmatiques référés au groupe professionnel sont eux aussi disparates. Béatrice après la réalisation du bilan se pose la question de la prise en soin de ce patient ou de son ré adressage. Ethan lui avait fait de cette analyse le but de sa séance. Christian et Gérald se questionnent sur les connaissances professionnelles des tuteurs et des étudiants. Ethan souhaite davantage de responsabilités. Dorothee raconte son bricolage quotidien pour parvenir coûte que coûte à enrôler le patient et le faire adhérer au traitement. Ethan rappelle que dans cette profession, les résultats ne sont pas immédiats.

Les jugements pragmatiques référés à la situation de travail reflètent la recherche de l'adaptation au patient, quelles que soit les situations, les organisations matérielles et les attitudes des patients rencontrées. Les possibilités d'inférences sont centrées sur les compensations et réactions obtenues chez le patient : celles -ci sont-elles en adéquation avec le prévisible ?

Les règles d'actions sont soit révélatrices de valeurs professionnelles (T2), d'organisation de travail (T3), soit de précautions à prendre pendant la réalisation de l'examen clinique (T4, T5, T7).

	Béatrice T2	Christian T3	Dorothée T4	Ethan T5	Gérald T7
Buts et anticipations	Savoir détecter les signes cliniques Le but c'est quand même qu'à court terme c'est que tu la prennes en charge	En une demi-heure c'est difficile d'arriver au diagnostic kiné un diagnostic kiné c'est difficile en général ce que l'on fait on fait son bilan kiné sur deux séances et on affine son diagnostic kiné sur deux séances	Ce dont le patient a besoin pour vivre correctement et pour faire ce qu'il veut faire si c'est possible	C'est être capable aussi d'évaluer le c'est super bien d'apporter le plus de bienfait au patient : Comprendre un patient comment on l'évalue il est irritable comment on évalue sa douleur est ce que je suis dangereux ou pas	Un diagnostic correct Et construire une séance avec un traitement adapté
Classes de situation		Patient aigue patient chronique	Patient chronique sportif de haut niveau paralympique Pathologie congénitale,	Pas de contre-indications de drapeaux rouges	
Des invariants opératoires (concepts-en-acte et théorèmes-en-actes)	Le tableau c'est ce que je vais avoir dans le bouquin d'anat. de physio de pathologie et le patient c'est ce que je vais avoir sur la table et qui lui a des attentes	Pour que le programme ne soit pas standardisé il faut que derrière il y ait une réflexion sur qu'est-ce que je fais à ce patient et pourquoi je le fais	L'indolence est plus importante que de tenir compte des amplitudes	On dit toujours à l'école le principe d'indolence ce genre de chose mais en pratique c'est toujours un peu plus compliqué d'être indolore en séance	J'évite de trop irriter si tu vois qu'il y a un mouvement qui déclenche directement la douleur
Jugement pragmatique professionnel	J'ai fait le bilan c'est un patient que je dois prendre en charge ou pas le prendre en charge ou éventuellement faut que je le renvoie	Si sa plainte c'est une douleur, le médecin va marquer rééducation pour une région douloureuse mais il n'y aura pas de diagnostic	Tu ne cherches pas la performance tu cherches la fonction tu cherches qu'il soit indolore et fonctionnel, donc tu adaptes ton travail et tes objectifs à ton patient tu ne peux pas mettre une généralité c'est la différence on y revient entre la théorie le papier et la vraie vie	Mais la moindre des choses c'est que le patient n'est pas plus mal pendant deux jours après la séance que quand il est arrivé	Pouvoir émettre toutes les hypothèses
Jugement pragmatique référé au groupe professionnel	Ben c'est bien justement à force d'avoir et cela fait partie de l'expérience dont on a besoin pour notre métier cela prend un certain temps les différentes formes de contacts de résistance de types de tissus etc. Il faut te faire un certain catalogue avant de pouvoir euh juger de manière plus précise ce n'est pas simple quand tu jamais pose la main sur sur sur des tissus qui vont bien ou vont pas bien et comparer c'est difficile déjà parfois d'évalue	Progression, Il y a des fortes disparités entre les écoles il y a des fortes disparités entre les étudiants	Réadaptation, on bidouille on cherche des moyens pour faire ce que l'on devrait faire et que l'on ne peut pas faire on essaie de contourner le problème pour arriver à ce que l'on veut même avec des patients qui ne veulent pas	Dans les débuts les débuts de rééducation on sait que c'est difficile d'avoir un effet immédiat D'avoir un peu plus de responsabilité	On doit tous avoir basiquement la même sur la partie théorie mais que quand même derrière en fonction des praticiens ça peut varier

Jugement pragmatique sur situation de travail	Si sur le principe oui c'est vrai elle ne lève pas les pieds on va lui faire faire des exercices pour qu'elle lève les pieds sauf qu'avant tout effectivement il faut qu'elle puisse le faire	Je veux qu'il regarde comment le patient contrôle sa région lombaire dans quel plan puis après s'il a un plateau c'est bien s'il a un ballon c'est bien s'il n'a rien du tout un rouleau c'est bien comme il veut après	Vaut mieux qu'il soit dans une position un peu bizarre mais antalgique	Donc au moins ça limite au maximum les séquelles entre guillemets d'une séance ; des étudiants qui essaient plus de parler avec le patient que d'essayer de travailler avec le patient	Il doit réussir à s'adapter
Des possibilités d'inférence en situation	Voir si la réaction du corps correspond à ce que l'on cherche à faire	Un patient a mal il va le masser sur la zone douloureuse il voit que c'est raide il va mobiliser mais il ne va pas chercher	Tu ne vas pas avoir le même objectif chez un ébéniste que chez un pianiste		Après là justement l'étirement type trapèze élévateur de la scapule tout ça ça peut provoquer des douleurs
Des règles d'action	Quand tu fais un bilan ce qu'il faut c'est prendre toutes les informations possibles au fur et à mesure ; si tu pars dans toutes les directions la spasticité la force tu vas complètement t'égarer ; On ne va pas la faire tourner 50000 fois ; ce qu'il faut c'est que tu aies des prises qui soient bien rassurantes bien non là elle a confiance ;	Ma première séance je prends une heure je fais un bilan de 40 45 minutes et je fais sur le reste le traitement je fais surtout un bilan	Tu fais du comparatif, tu adaptes ta position, regarder les chaussures vaut autant que tout bilan Partir du général pour aller au singulier	Vérifier la liberté rotatoire est nécessaire surtout chez des patients ayant des ischiocontracturés.	En même temps si tu vas un trop fort il va avoir mal derrière pendant deux jours et ce n'est pas utile l'idée c'est que ça aille plus rapidement que tu puisses retravailler dessus

Tableau 16: Le raisonnement clinique comme un schème du point de vue des tuteurs.

15.2.2 Pour les étudiants

Pour l'étudiant, nous avons utilisé le modèle « face à la situation » pour repérer s'il parvenait à une genèse conceptuelle de la situation. (Pastré, 2011). Nous avons représenté graphiquement la présence dans les discours, de l'item « l'étudiant face à la situation » puisque nous estimions le raisonnement clinique comme un schème. (Figure 59). Chaque étudiant est parvenu à une genèse conceptuelle ou échec d'apprentissage, seul ou accompagné par les dires de son tuteur. Il nous semble tout de même devoir regarder avec précaution ce graphe qui additionne des éléments que l'on peut analyser sur les 3 moments séparés (entretien, séance, auto-confrontation).

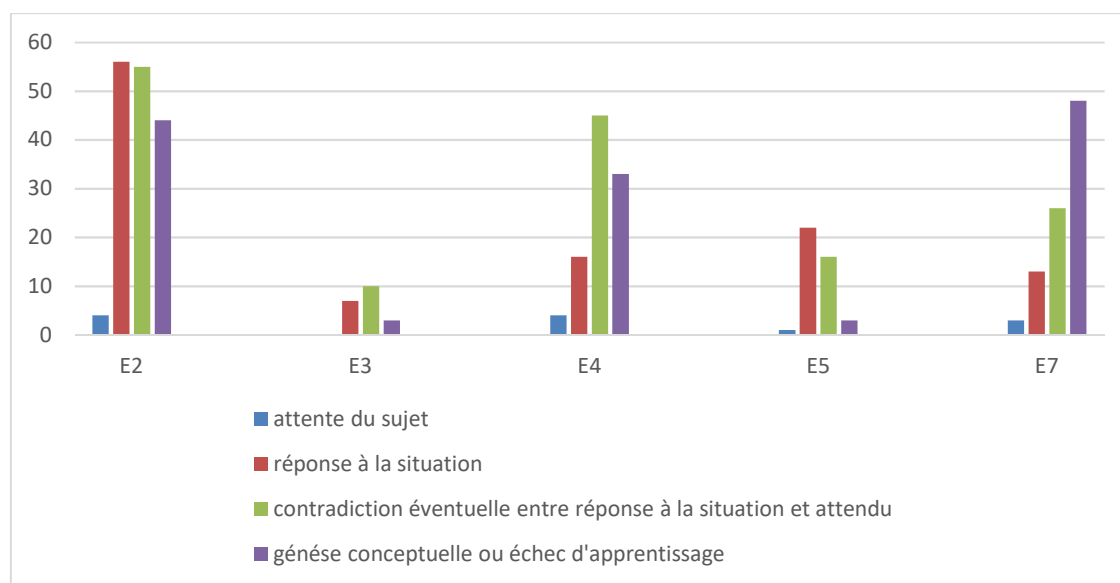


Figure 59: "L'étudiant face à la situation » dans les discours des étudiants

Nous avons recherché la présence de ces éléments chez les étudiants dans l'entretien, la séance et l'hétéroconfrontation.

15.2.2.1 L'entretien

Les éléments de construction de la structure conceptuelle se retrouvent dans tous les entretiens, de façon plus ou moins importante. En fonction des triades, certains étudiants citent des éléments de la structure conceptuelle dès les entretiens, d'autres ne l'abordent qu'en hétéroconfrontation. (Figure 60)

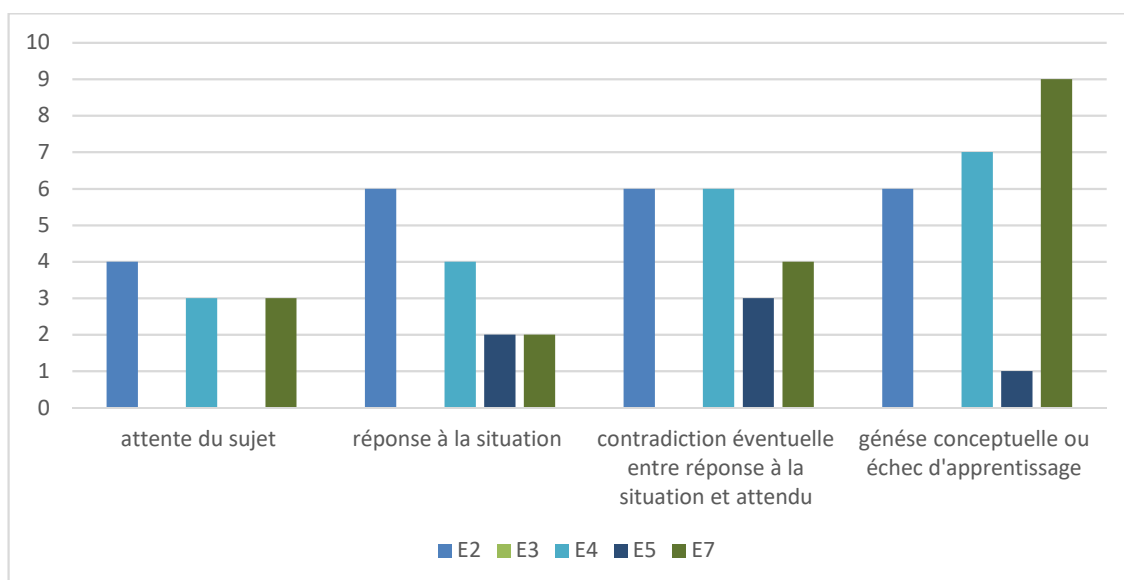


Figure 60: « L'étudiant face à la situation" dans les entretiens des étudiants,

L'entretien de Christophe E3 ne présente pas d'éléments de cet item « face à la situation », ni d'éléments de la genèse conceptuelle dans son entretien. Nous pouvons émettre deux hypothèses : son attente vis-à-vis de ce stage n'est pas une recherche d'amélioration de sa technique de décryptage du patient, mais un souhait de compréhension de la logique économique-administrative d'un cabinet libéral en vue de la création de sa propre structure dans les mois à venir. Étant en période de rédaction de son mémoire, après la validation de ses modules, peut-être a-t-il déjà acquis la capacité à constituer la structure conceptuelle.

Eliott présente, dans son entretien, peu d'indicateurs pour l'item « élément de compréhension de la situation" et l'item de distorsion entre l'attendu et la réalité de la situation. Il ne mentionne pas d'éléments pouvant signifier l'item « attente du sujet ». La situation de ce stage en début de 5ème semestre explique sans doute ces résultats. Son discours était très centré sur ses difficultés d'assimilation de savoirs et les difficultés de son institut de formation initiale.

Bernard E2, Dimitri E4 et Ghislaine E7 parviennent à générer l'ensemble des quatre éléments d'une structure conceptuelle au cours de leur entretien.

15.2.2.2 La séance

Nous avons ensuite cherché à repérer les éléments de la structure conceptuelle au cours de la séance. (Figure 61) Nous nous attendions à obtenir une genèse conceptuelle au cours de chaque séance, signe de la compréhension et de la problématisation de la séance (Piot, 2015). Les résultats sont différents de l'attendu.

Christophe poursuit son atypisme, il présente peu d'encodages pouvant représenter les items « réponse à la situation » et « contradiction éventuelle » et aucun encodage pour les deux items « attente du sujet » et « genèse conceptuelle ».

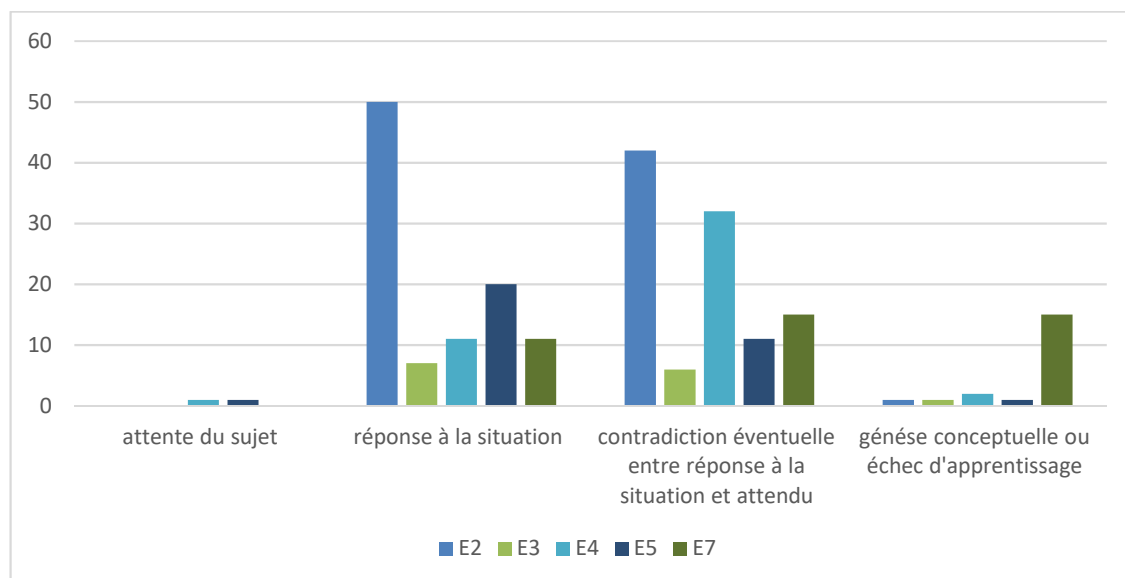


Figure 61: « L'étudiant face à la situation » dans les entretiens des étudiants lors des séances

Alors que l'item « attente du sujet » était présent dans trois entretiens, il est absent dans la séance. Sans doute l'attente du patient est-elle plutôt à considérer comme la projection du praticien vis-à-vis de la situation.

Les items « réponse à la situation » et « contradiction entre les attentes et les réponses obtenues » sont présents dans les entretiens de 4 étudiants. L'étudiant s'attend à obtenir une réponse déjà connue et c'est la différence avec l'attendu qui semble l'interpeller.

E5 : *tu l'as glacé*

Dimitri E4 n'a pas pu manifester d'attendu face au patient, comme il l'a exprimé lors de l'hétéroconfrontation.

Dg (hétéroconfrontation E4T4) : *vous vous êtes dit quoi ?*

E4 : *rien blackout (rire)*

Bernard E2 a de nombreux éléments de réponses face à la situation

E2 : *bon déjà je ne vais pas commencer par le cutané trophique vasculaire parce qu'elle n'a pas de problème cutané*

E2 : *je peux noter les ajustements posturaux comment ils se font*

E2 : *c'est que du coup il y a une spasticité sur le triceps sural lors de la dorsi flexion*

Cependant, suite au guidage verbal de Béatrice, il verbalise de nombreux éléments contradictoires avec les réponses qu'il apporte et ce qu'il découvre durant la séance.

E2 : ben c'est à cause parce que euh problème périphérique du coup

E2 : ben je ne sais pas c'est juste pour c'est juste par prévention quoi

Ce que sa tutrice traduit en fin de séance comme son échec d'apprentissage :

T2 : ce que je veux dire c'est que là tu es en décalé complet avec ce qu'elle est capable de faire et t surtout tu es en décalé complet avec ses attentes à elle

Une genèse conceptuelle est surtout obtenue au cours de la séance de la triade 7, même si Dimitri en présente deux éléments.

E7 : Ok donc là tu fais genre tu fais vraiment mob passive et un peu étirement au niveau de tout ce qui va être cervical

E7 : le principe sur lequel je voulais jouer il n'est pas vraiment respecté dans cet exercice je voulais jouer sur l'oculomoteur enfin séparation des yeux et de la mobilité de la tête genre fixer un point et bouger en gardant un point fixe ou alors regarde un point différent sans bouger la tête

Ce résultat nous interpelle car quatre étudiants sont en fin de formation. Compte tenu de la construction de la professionnalité de l'étudiant au cours de la formation, nous imaginions que cette troisième année et la période à laquelle le recueil de données a été réalisé, influaient sur les résultats.

15.2.2.3 L'hétéroconfrontation

La spécificité de l'hétéroconfrontation, moment de retour sur la pratique avec le tuteur, hors de la présence du patient, l'accent est mis comme le montre la représentation graphique (Figure 62) vers les deux derniers éléments de la structure conceptuelle, comme s'il fallait « tirer des leçons » de la vidéo observée. L'item « genèse conceptuelle ou échec d'apprentissage » est fortement présent dans trois triades. Ce constat de non-présence chez Ethan et Eliott n'est pas surprenant compte tenu du déroulé de leur séance respectivement en mode semi assisté et en observateur.

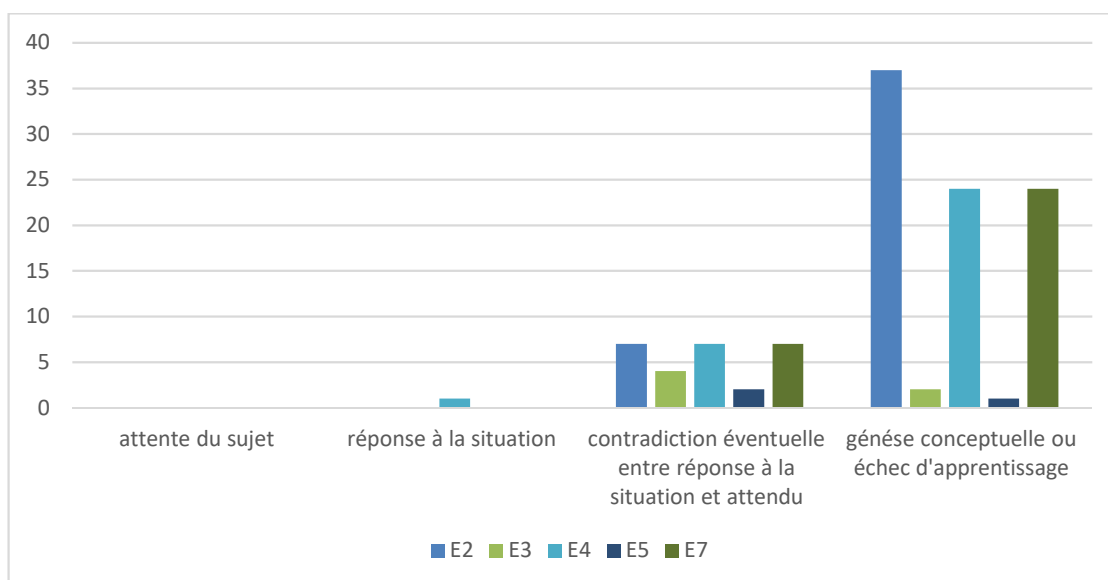


Figure 62: L'étudiant face à la situation" dans les discours des étudiants lors des hétéroconfrontations

Ghislaine et Gérard ont longuement discuté au sujet de la prise en charge de leur patiente notamment dans le cadre de l'urgence. Ghislaine ne comprenait pas la conduite thérapeutique mise en place par l'équipe médicale.

E7 : C'est quand même un problème médical qui ne l'ai pas vu qu'elle avait un problème quand elle est allée faire sa radio des douleurs neurologiques comme ça on ne laisse pas un patient repartir comme ça

E7 : Oui mais quand même elle avait des douleurs neurologiques

Bernard E2 présente un grand nombre d'indices pour l'item « génèse conceptuelle ou échec d'apprentissage ».

E2 : ça c'est par rapport à mon vécu enfin je sais que quand j'étais à XXX moi j'étais en observation et moi je voyais surtout des réflexes des exacerbations tu as dit tout à l'heure de réflexe et c'est clair que cela m'a marqué le triceps sural moins que les adducteurs voilà

Béatrice lui avait déjà indiqué son échec en fin de séance, elle poursuit ici dans l'hétéroconfrontation. Est-ce à mettre en lien avec ces insuffisances de connaissances « je n'ai pas appris mes leçons » ?

T2 : et c'est ce que montre aussi la fin de vidéo c'est que si on s'arrête là tu es capable de me faire un super tableau avec le triceps côté à tant le quadriceps côté à tant les fibulaires à tant

E2 : mais en même temps à l'école ce n'est que ça

Nous avons récapitulé des éléments des genèses conceptuelles obtenues par les étudiants (tableau 17). Concernant Bernard E2, sa tutrice le guide dans la construction d'une structure conceptuelle, elle lui a exprimé son échec d'apprentissage dans la situation durant la séance :

E2 : *ben ça ne s'invente pas*

T2 : *faut juste arriver à assimiler les notions*

Alors que Eliott manifeste des éléments de la structure conceptuelle dans son entretien individuel, il ne parvient pas à générer des éléments de celle-ci lors de l'hétéroconfrontation. Sans doute le déroulement de la séance, la place qui lui a été accordée au cours de celle-ci et au cours de l'hétéroconfrontation conditionnent ce résultat. Les pratiques des tuteurs auraient-elles une influence sur les résultats ?

Deux étudiants (E4 et E7) se démarquent par leur capacité à l'explicitation d'une règle d'action pendant l'hétéroconfrontation.

E4 : *proposer un auto-étirement avec le patient en plus il apprend à le faire s'il ne le sait pas*

E7 : *Oui c'est ça le décalage notamment que l'on peut-on trouver entre la réalité et les cours dans les cours quasiment dans tous les cours en principe de rééducation j'ai été infradouloureux et de ce que j'ai vu de la vraie vie dans mes stages c'est travailler avec la douleur*

Nous pouvons avancer que peut-être leur responsabilité antérieure (tutorat pour l'un et apprentissage hospitalier en autonomie pour l'autre) facilite leur capacité d'analyse (Descomps, Malglaive, 1996 ; Kunegel, 2011) et que l'habitude de travail en collaboration développe leur raisonnement clinique ? « Un raisonnement clinique avancé implique d'aller au-delà des actions liées à la prise de décisions cliniques, à la recherche de « l'aisance épistémique ». Cette dernière permet d'élever le raisonnement clinique à un niveau de compétence intégrée, réflexive et interactive se réalisant par l'entremise de conversations à propos de la prise de décisions cliniques ». (Higgs, 2017)

	Bernard E2	Christophe E3	Dimitri E4	Eliott E5	Ghislaine E7
1 attente du sujet	Bien que l'on ait parlé du cas clinique cela pourrait être le même cas clinique que le patient épaule douloureuse que l'on a étudié en td là j'arrive en cabinet libéral même pathologie même type de patient et je me rends compte que l'approche est différente du fait que là je suis vraiment devant un cas concret		Oui ben déjà à partir du métier à partir	La rééducation en elle-même c'est la même	Comment tu sais jusqu'où tu peux aller
2 réponses de la situation	Si un petit peu ataxie locomotrice donc euh marche ébrieuse augmentation du pas c'est ça	En geste de bilan j'étais plutôt sur le contrôle moteur en actif	Dès qu'il fait un mouvement avec l'autre il a tendance à monter	Tu l'as glacé	Cela redéclenche la douleur d'avant les fourmillements
3 contradiction éventuelle entre attente et réponse	J'avais l'impression j'ai déjà vu des problèmes enfin tu sais des problèmes de flexion en flexion dorsale cela se passe souvent ?	Le shift test là c'est avec la flexion d'un seul	C'est pour cela que je disais au niveau interrogatoire je parlais tout de même du bilan parce que même si elle me disait là je vais faire un bilan il y avait quand même un bilan au cours de la séance	Il y a des protocoles de renforcement qui sont je ne sais pas phase 2	Parce que quand vous aviez des douleurs fortes vous aviez des douleurs qui irradiaient jusque dans le bras Si ça réveille des douleurs c'est parce que tu viens de trop mettre en tension les muscles qui sont à coté les nerfs ça peut froter un peu
4 genèse conceptuelle ou échec d'apprentissage	Ben on me dit que c'est du central et je dis c'est du périphérique du coup ça va m'énerver c'est juste que ben c'est moi qui en fait retrace l'anatomie du truc en me disant que Il faut vraiment que je fasse attention aux objectifs et aux limites de mes techniques donc là il y a prise de conscience qui se fait face au patient	C'est le fait de voir que j'ai des lacunes encore ça ne sort pas encore comme ça du tac au tac ce n'est pas encore réflexe ça devrait être réflexe ce genre de test c'est tout c'est ça qui manque	Il faut un point fixe, un point mobile, jouer sur les deux paramètres, éviter la compensation de la hanche, augmenter la flexion, épuiser la course musculaire Proposer un auto-étirement avec le patient, En plus il apprend à le faire s'il ne le sait pas	J'ai vraiment décrit ce que je veux qu'il retienne ce que je veux faire donc être sûr qu'il comprenne et comme il l'a dit ne pas juste se focaliser sur un patient	Oui mais c'est dur à trouver le seuil de tolérance surtout qu'il y a des patients qui vont te dire ah j'ai super mal j'ai super mal ils vont voter à 2 sur 10 et d'autre qui vont te dire qu'ils ne sentent rien alors que tu vois à leur visage qu'ils se crispe crispent voire au bord des larmes et te dire non non ça va

Tableau 17: Tableau synthétique des éléments de la structure conceptuelle du point de vue des étudiants

15.2.3 Une structure conceptuelle en évolution

Nous pouvons retrouver une évolution dans la structure conceptuelle au cours des différents temps de la méthodologie de recherche (Figures 63 et 64).

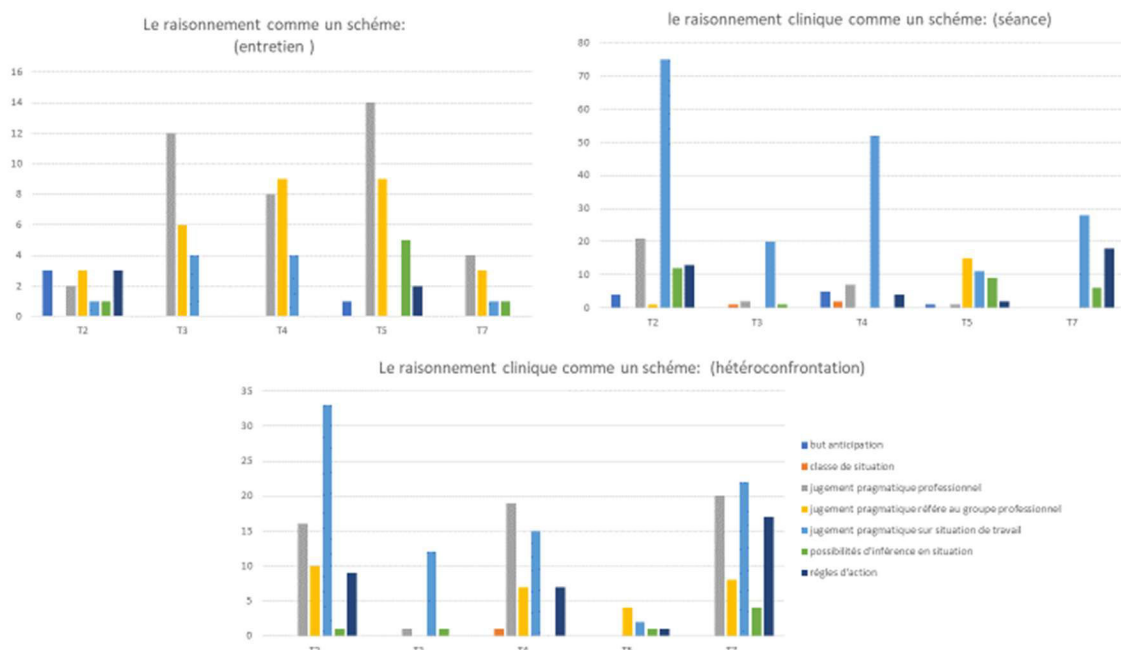


Figure 63: Évolution de la présence de l'item "le raisonnement comme un schème" dans les discours des tuteurs au cours de la réalisation des différents temps de la méthodologie de la recherche

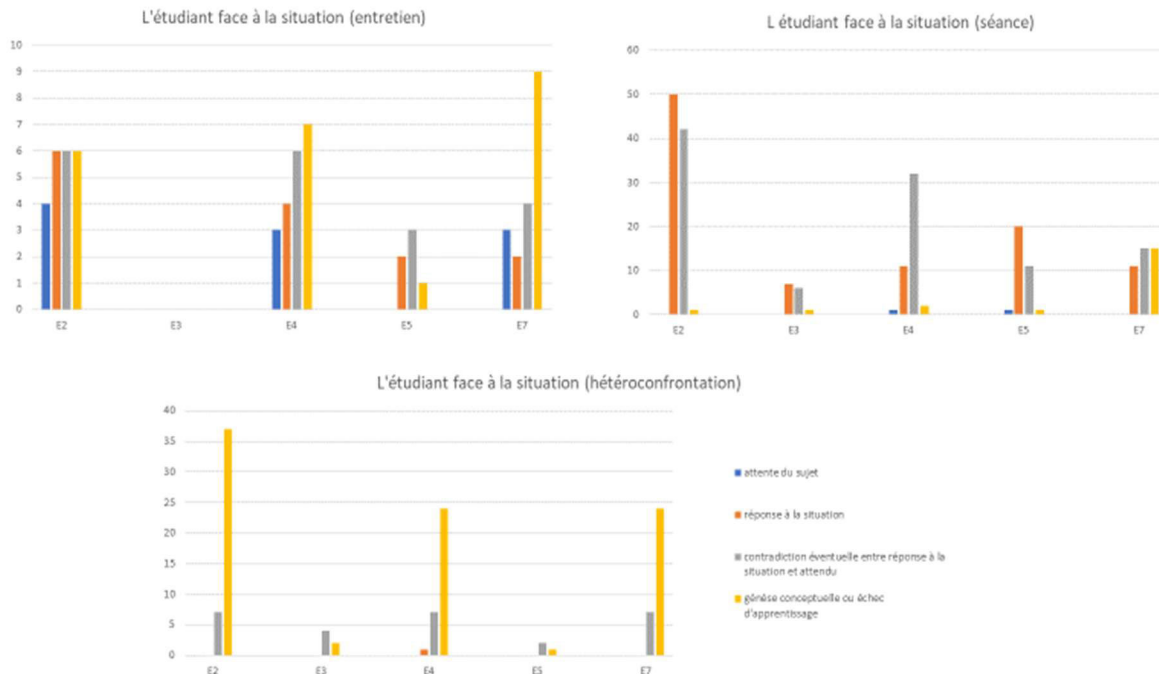


Figure 64: Évolution de la présence des éléments de l'item « l'étudiant face à la situation » dans les entretiens des étudiants au cours de la réalisation des différents temps de la méthodologie de la recherche

Les différentes séquences de la méthodologie de recherche mises en place ont chacune apporté des éléments de la structure conceptuelle, parfois verbalisés par l'étudiant, parfois par le tuteur en fonction de la place qu'il accordait à l'étudiant, de la séance réalisée et du patient présent.

Il semble que l'hétéroconfrontation ait favorisée l'explicitation de règles d'actions et d'invariants opératoires par certains tuteurs et la genèse conceptuelle chez les étudiants. Le raisonnement clinique vu comme un schème est alors un processus qui nécessite différentes séquences pour parvenir à la genèse conceptuelle (ou à l'échec d'apprentissage) et la problématisation des situations pragmatiques.

Nous émettons l'hypothèse que l'ingénierie de recherche mise en place a eu des effets de formation à la fois sur les tuteurs et sur les étudiants. Cette méthodologie a produit des effets sur l'évolution de la présence des éléments de la structure conceptuelle dans les discours. A-t-elle placé les acteurs en situation pro-active ?

15.3 Des dispositions qui favorisent la démarche du raisonnement clinique ?

A partir des résultats obtenus précédemment, nous cherchons si des dispositions particulières, présentes aussi bien chez des tuteurs que chez des étudiants, favorisent la démarche du raisonnement clinique. Commençons par l'exploration de celles-ci chez les tuteurs.

15.3.1 Une posture de tuteur facilitatrice

Nous cherchions à repérer les schèmes donnés à voir par le tuteur et l'accompagnement par le tuteur du raisonnement en acte de l'étudiant. Pouvons-nous distinguer des postures différentes en fonction des tuteurs ? Comment pouvons-nous caractériser les tuteurs ? Certains possèdent-ils des caractéristiques qui faciliteraient l'acquisition du raisonnement clinique vu comme un schème ?

15.3.1.1 Une utilisation différente des ressources

Nous avons représenté graphiquement la présence, dans les discours, des indices des ressources utilisées par les tuteurs, selon les deux catégories proposées par Piot (2015) à savoir les ressources pragmatiques ordinaires et le registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive⁷⁹. (Figure 65)

⁷⁹ La représentation graphique de la présence des items dans les discours a été réalisée à partir de l'encodage réalisé avec l'aide du logiciel « N'Vivo »

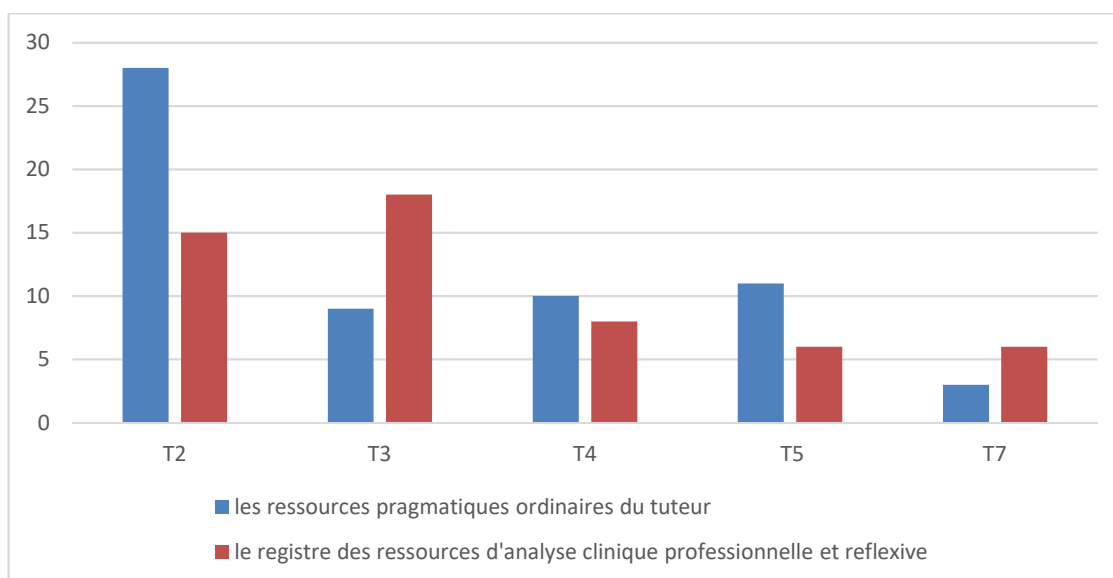


Figure 65: « Ressources pragmatiques ordinaires » et « registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive » dans les discours des tuteurs

Béatrice T2 a davantage utilisé, dans son discours, ses ressources pragmatiques ordinaires comparativement à son autre registre de ressources. Christian T3 a majoritairement utilisé son registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive. Dorothée T4 a sensiblement le même nombre d'éléments présents pour les deux types de ressources. Pour rappel, c'est sa première expérience d'encadrement de stagiaire. T5 et T7 ont eu peu recours à la catégorie des registres d'analyse, est-ce dû à leur faible année d'expérience ?

T5 (entretien T5) : *cela manque parfois on a beaucoup de choses à apprendre par cœur et ce côté réflexif moi je m'en rends compte même moi quand j'étais stagiaire on a beaucoup de mal à réfléchir hors des cases et que c'est la progression moi en tout cas personnellement je ressens que maintenant je sais réfléchir et qu'avant en fin je le faisais moins et moins facilement c'est vraiment ça que je recherche*

T5 (hétéroconfrontation T5) : *j'ai deux ans de métier je n'ai vraiment pas de je n'ai même pas de trucs sur lesquels m'appuyer à part les études justement non je n'ai rien pour dire que ma technique c'est mieux que le reste juste que j'ai lu*

15.3.1.2 Des ressources pragmatiques hétérogènes

Cependant, cet encodage du registre des ressources pragmatiques des tuteurs révèle sans doute des diversités. Nous avons sous-catégorisé ces ressources selon trois catégories : les savoirs biomédicaux, l'écoute du patient et les gestes techniques (Figure 66). La répartition des éléments est hétérogène. Certains tuteurs privilégient les savoirs biomédicaux (T2, T5) tandis que d'autres favorisent l'écoute du patient (T4, T7). Ethan T5 recherche plutôt la référence aux savoirs biomédicaux ; il semble dans un modèle Evidence base practice prégnant. T3 est

essentiellement centré dans ses propos sur le geste technique. Le regard porté sur l'étudiant va alors être conditionné par ce qui fait intérêt pour le tuteur.

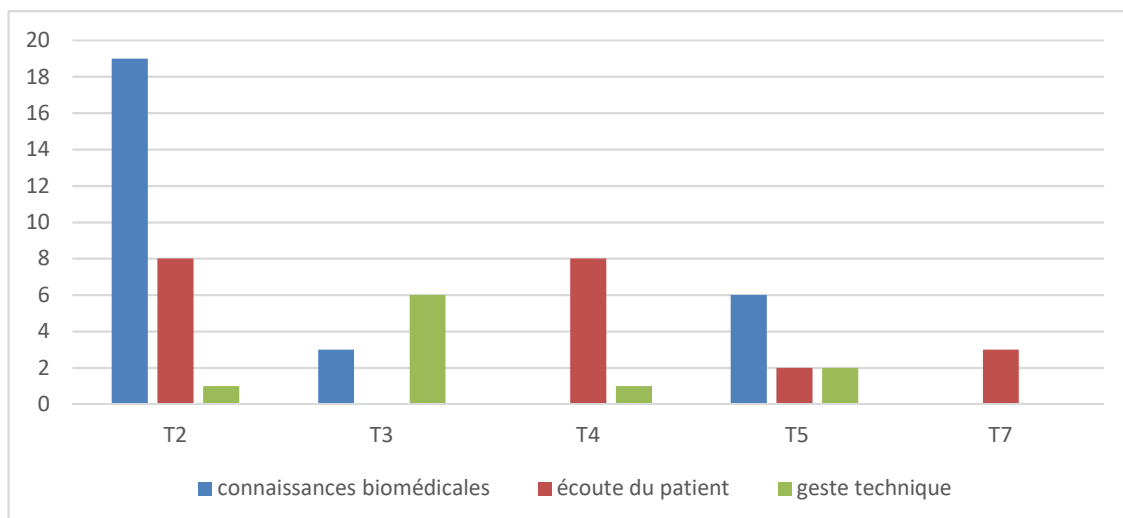


Figure 66: Représentation graphique de la présence des éléments de l'item ressources pragmatiques ordinaires dans les discours des tuteurs

15.3.1.3 Une vision du rôle professionnel et du tutorat en fonction des ressources utilisées

Nous avons cherché à croiser les données représentant les items « ressources pragmatiques ordinaires », « registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive », « rôle professionnel » et « vision du tutorat ». (Figure 67)

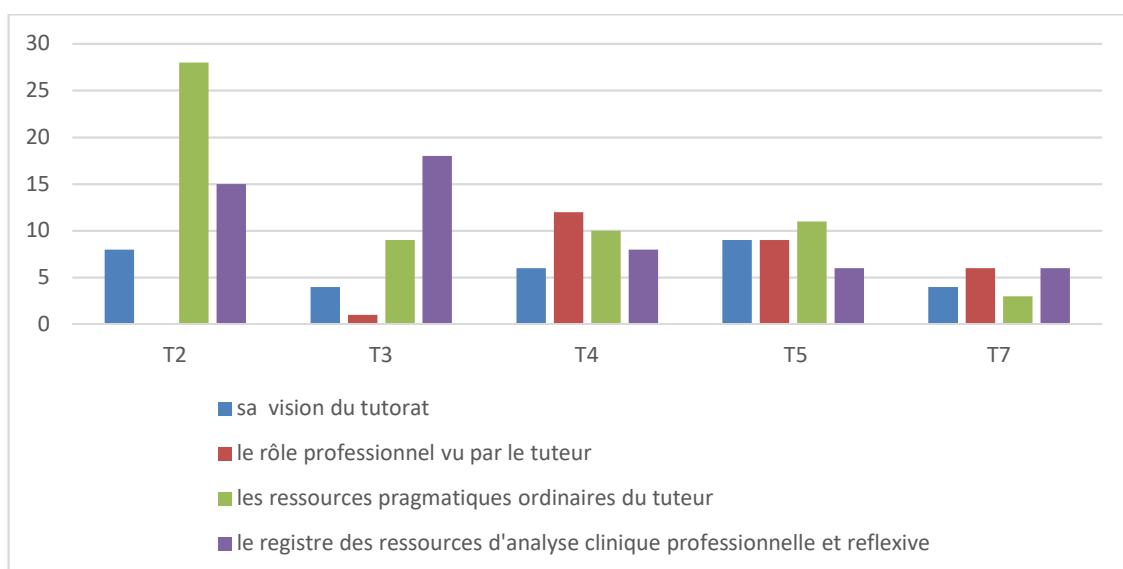


Figure 67: Représentation graphique des items « ressources pragmatiques ordinaires » et « registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive », « rôle professionnel » et « vision du tutorat » chez les tuteurs

Deux tuteurs semblent se démarquer avec des éléments peu affirmés dans les items « rôle professionnel » et « vision du tutorat » alors que la présence des indices est forte dans les registres des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive (T2, T3) et les ressources pragmatiques ordinaires (T2). « Le registre d'analyse clinique professionnelle et réflexive, caractérisé par des schèmes requérant une thématization de la situation (Piaget, 1974), permet justement de dépasser les routines naissantes et de mettre en place une posture de problématisation (Fabre, 2009) productrice de savoir-agir adaptés » (Piot, 2015). Le rôle professionnel serait-il si incorporé, qu'il n'aurait plus besoin d'être explicité ?

Dorothée T4 explicite son rôle social :

T4 : pour moi s'il n'y avait qu'un geste technique cela ne m'intéresserait pas c'est parce qu'il y a tout l'environnement et tout tout l'affect qui est autour

Elle fait aussi de son travail en province une différence de prise en charge. Y a-t-il des nécessités de compétences différentes entre professionnels libéraux urbain et rural ?

T4 (entretien T4) : c'est cela aussi quand tu bosses en campagne enfin pour moi c'est ça aussi c'est cela qui fait le charme du métier c'est cela qui fait que tout son intérêt

Christian interpelle sur l'obligation sociale du professionnel de santé, qui le différencie des autres professions de bien-être.

T3 (entretien T3) : un kiné normalement il fait partie d'un parcours de soins donc il s'engage à mettre en place ses pratiques en fonction des recommandations qui sont basées sur la science ce qui nous départage des autres professions qui nous concurrencent normalement style ostéopathe [...] à partir du moment où l'on a une démarche de diagnostic on a vraiment un traitement qui est ciblé

Ethan prône un rôle professionnel de praticien accompagnant et réflexif.

T5 (entretien T5) : c'est vraiment quelqu'un qui accompagne c'est un des beaux aspects du métier que juste voilà faire pour faire je trouve que c'est intéressant de réfléchir pour faire et de réfléchir après ce que l'on a fait pour en tirer quelque chose de plus de plus Dg : c'est ça que tu appelles l'entonnoir et être pensant ?

Gérald utilise les trois pôles du paradigme de l'Évidence base practice pour définir son exercice professionnel, un mélange de savoirs, de pratique sur le patient et d'expérience.

T7 (entretien T7) : ne pas se reposer que sur l'expérience mais sur la théorie aussi et surtout sur ce que l'on voit en pratique je pense que la guideline cela va être ça une grosse partie de la théorie de ce qu'on sait de du savoir que l'on renouvelle et en même temps une partie d'expérience quand même

Béatrice T2 n'a pas abordé sa vision du rôle professionnel, elle a surtout développé les difficultés à l'exercice du tutorat et sa vision de celui-ci.

T2 (entretien T2) : l'argumentation derrière ils ne l'ont pas toujours donc c'est vrai que euh c'est bien d'en débattre c'est ce que je leur dis toujours c'est une façon d'avancer et

de faire avancer donc ça c'est des choses qui nous nous compliquent un peu la tâche mais c'est normal

T2 (hétéroconfrontation T2 E2) : c'est le stage ça va régler la partie purement technique et toute la partie sensitive automatisation de certaines choses

Christian T3, quant à lui, expose les difficultés à avoir un stagiaire en présence d'un patient. Cette posture de tuteur demande de la diplomatie et un certain savoir-faire dans les réponses à apporter.

T3 (entretien T3) : c'est gênant parce qu'un stagiaire un stagiaire il pose des questions du coup il faut répondre au stagiaire le patient il entend la réponse donc ça veut dire faut une réponse qui aille bien au stagiaire et au patient et ce n'est pas forcément toujours compatible et le stagiaire quelque part quand il pose des questions il ne s'en rend pas compte mais il teste les connaissances du thérapeute et il teste la réponse du thérapeute

Il prévient aussi l'étudiant de leur posture professionnelle notamment par l'explicitation de l'effet placebo. Cela lui permet ainsi de relativiser l'importance accordée au tuteur par le patient relativement à celle du stagiaire. Il cherche aussi à interpeller l'étudiant sur les effets de la kinésithérapie qui ne sont pas seulement liés à la personnalité du professionnel.

T3 (entretien T3) : moi je leur explique qu'il y a un effet placebo et que du coup mon geste est plus efficace que lui parce que lui est stagiaire et que moi je suis kiné et que moi j'ai un effet placebo supérieur au sien et après je leur explique qu'il y a cela mais qu'il n'y a pas que cela sinon l'effet placebo le kiné il ne servirait à rien ou il servirait pas à grand-chose et n'importe qui peut avoir un effet placebo au moins supérieur à celui du kiné

Dorothée T4 a pour vision du tutorat, la transmission de l'expérience, qu'elle n'a pas trouvée dans les livres. Cette vision favorise-t-elle l'explicitation de « ses tours de mains » lors de l'hétéroconfrontation. Est-ce une capacité à « problématiser de manière pragmatique des situations de soins complexes » (Piot 2015) qui a aidée Dimitri E4 à élaborer sa genèse conceptuelle ?

T4 (entretien T4) : je pense que l'expérience ne sera jamais remplacée par certaines choses il y a des choses que l'expérience t'amène et que personne ne t'apprend donc tu te dis que si tu peux faire bénéficier ton expérience et les leçons que tu tires de tes expériences à tes élèves

Dorothée parle aussi de posture personnelle à adopter. Est-ce cette attitude personnelle qui facilite la prise en compte de l'étudiant ?

T4 (entretien T4) : tu as une attitude de kiné pas spéciale au kiné mais une attitude

T4 (entretien T4) : ce sont des choses qui me choquent on traite les gens comme des numéros et des gens qui sont juste là pour gagner de l'argent on ne traite pas les gens comme cela on a des êtres humains en face de nous on n'a pas des boîtes de conserves

T4 (entretien T4) : *toi tu es là pour les soigner tu n'es pas là pour te faire soigner par eux même si cela soigne mais faut pas qu'il le sache (rire) l'important c'est de ne pas leur dire*

Gérald souhaite développer une certaine aisance chez l'étudiant.

T7 (entretien T7) : *il faut avoir son idée parfaite il faut réussir à enchaîner tout naturellement de manière fluide disons essayer d'être assez fluide dans ce que l'on fait*

Ethan souligne l'importance de la réflexion pour son développement professionnel et celui de la profession. Il parle même de discipline personnelle à mettre en place au service de la profession comme s'il avait à endosser un rôle et à s'en persuader. Comme s'il y avait une prise de conscience grandissante de la responsabilité vis-à-vis de son rôle social, de son rôle de professionnel de santé ; rôles qui nécessitent des connaissances. Cela fait écho, pour nous, aux difficultés liées à l'adolescence professionnelle (Bossard, 2001), comme si Ethan cherchait à se rapprocher d'un modèle expert. Est-ce un signe de recherche d'identification aux modèles de la profession pour l'aider à se confronter à son identité de professionnel et de tuteur encore fragile pour chercher à se réassurer ?

T5 (entretien T5) *je pense que pour le bien du patient et même pour le euh le bien de la profession un peu aussi on se doit d'être un euh réfléchi posé que l'on cherche toujours à un peu donner le meilleur de nous-mêmes*

T5 (entretien T5) : *je pense qu'il y a besoin d'être en réflexion pour soi déjà pour son épanouissement euh un peu perso et professionnel quoi mais on est beaucoup plus épanoui quand on a compris la pathologie du patient quand on a compris ce que l'on cherche et ce sur quoi on veut tendre*

T5 (entretien T5) : *ce n'est pas en apprenant des choses par cœur que ce n'est pas en appliquant des choses que l'on a appris par cœur que l'on va avancer à faire avancer sa profession*

T5 (entretien T5) : *je veux être sûr qu'il y a une main derrière le cerveau euh un cerveau derrière ses mains*

T5 (entretien T5) : *il y a la recherche forcément d'un professionnel et donc que pour moi ne pas avoir la séance avec le professionnel concerné cela peut je ne sais pas cela peut prêter à confusion*

En paraphrasant Erikson (1972), nous pouvons écrire : le problème d'un néo professionnel, néo tuteur en formation initiale, n'est-il pas de savoir comment prendre soin de ceux à l'égard desquels il se trouve lui-même engagé alors qu'il émerge de la période d'identité et auxquels il doit maintenant sa propre identité. Est-ce pour cette raison que Ethan se « réfugie » derrière la *responsabilité du patient, l'éthique du soin, le besoin de réflexion* pour finalement ne pas laisser de « place » à l'étudiant (cf. Figures 44 et 46) et montrer la conformité de son rôle à la prescription professionnelle attendue. Serait-ce la « distance au rôle » ? « *Ainsi, nonobstant le cas des internes, il apparaît que la conformité parfaite aux prescriptions du rôle se produit plus*

souvent chez les néophytes, qui doivent prouver leur compétence, leur sincérité et la conscience de leur place, laissant la mise à distance pour plus tard, lorsqu'ils seront fermement « validés » dans leur rôle » (Goffman, 2002).

15.3.1.4 Un étayage avec une caractéristique dominante

Nous avons représenté la présence de l'étayage dans les discours des différents tuteurs (Figure 68). Béatrice a un grand nombre de références pour l'item « étayage », sans doute en lien avec la difficulté perçue de la réalisation de la séance par Bernard ; et d' « une séance qui s'étire ». Elle a de nombreuses fois relancé Bernard qui était en difficultés.

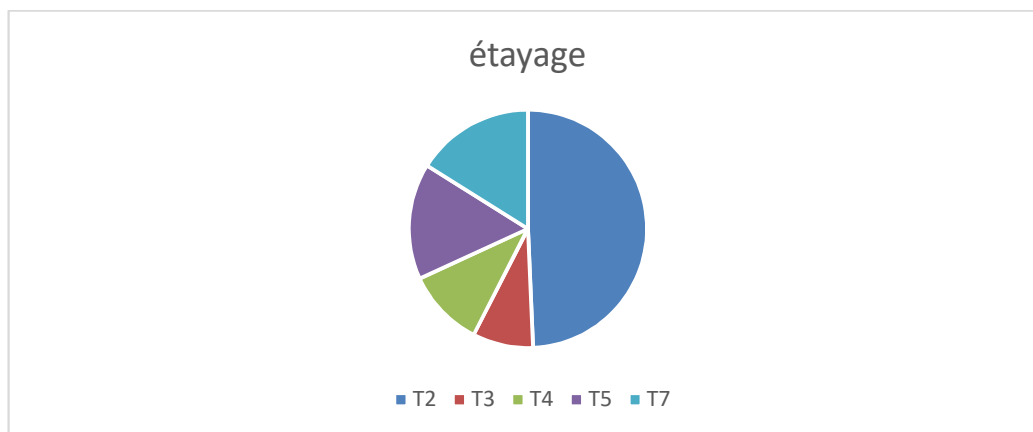


Figure 68: "Étayage" dans les discours des tuteurs

Cette répartition nous interpelle du fait du déroulement des séances. Durant la séance de la triade 5, l'étudiant n'a pas pratiqué et nous notons la présence importante de l'étayage dans le discours d'Ethan T5. Nous avons alors cherché à caractériser la forme d'étayage utilisée par les tuteurs en référence à Bruner (1981) (Figure 69).

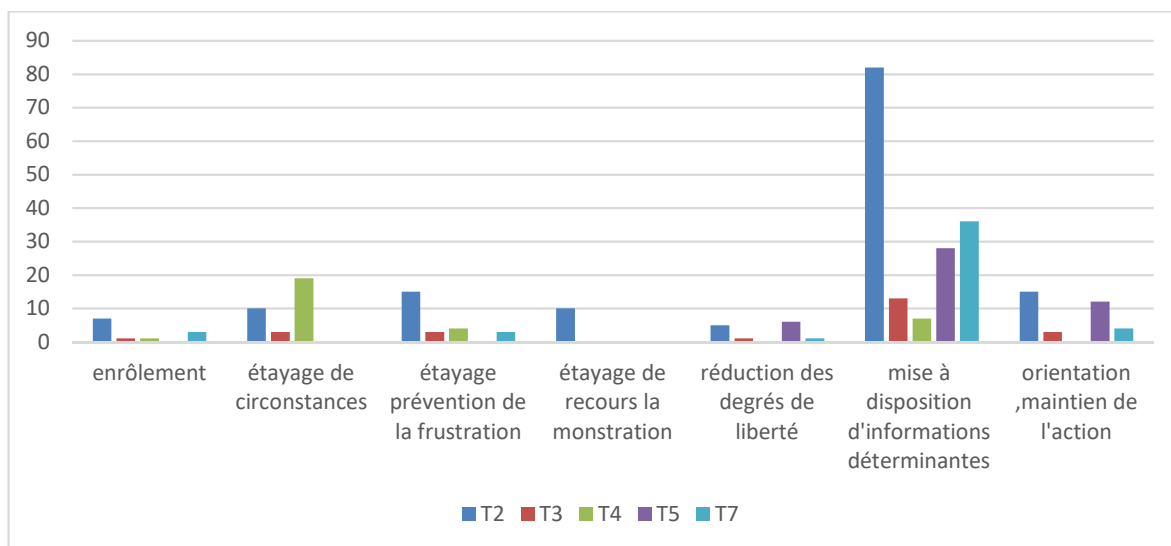


Figure 69: Les différents indicateurs de l' « étayage »

Dorothee a surtout utilisé l'étayage de circonstances.

T4 (hétéroconfrontation T4 E4) : *là je t'ai déstabilisé je suis désolée*

E4 : *oui comment tu le sais*

T4 : *parce que tu l'as vu ben j'ai vu que tu étais paumé tu ne savais plus quoi faire en plus c'était le début tu étais un peu stressé*

T4 : *je pense que la difficulté là c'est que je suis en train de rentrer dedans à grands coups de bélier des choses qui pour moi sont évidentes et qui pour toi ne le sont pas*

Quant à Béatrice, elle a plutôt utilisé l'étayage « prévention de la frustration »

T2 (hétéroconfrontation T2 E2) : *ça vient un petit peu [...]*

T2 : *oui mais il y a des choses sur lesquelles tu prends petit à petit des habitudes en terme*

Il en ressort que les tuteurs utilisent majoritairement la caractéristique « mise à disposition d'informations déterminantes ». Sans doute ont-ils besoin d'aider les étudiants à la compréhension de la situation, à apprendre à lire le patient. Est-ce à mettre en lien avec les items « réponse de la situation » et « contradiction éventuelle entre réponse à la situation et attendu », catégories fortement représentées chez les étudiants, lors des séances et hétéroconfrontations ?

15.3.1.5 Un tuteur « idéal » selon les étudiants

Les étudiants définissent le tuteur « idéal » qui favorise l'apprentissage de la démarche kinésithérapique. Ils recherchent le tuteur qui leur permet de faire des liens grâce aux questions posées (Owen, 2007).

E5 (entretien E5) : *c'est presque une relation professionnelle tout en mettant une part de sa personnalité et chaque kiné c'est ça qui est bien ici comme ils sont 18 ils ont tous une personnalité différente des exercices différents des cursus différents un peu experts dans telle ou telle pathologie et par exemple euh T5 et Alexandre je sais pas si je dois dire le nom euh Alexandre et T5 ils sont-ils sont vraiment pas pareils il y en a un qui va faire un bilan l'autre qui va nous laisser réfléchir poser des questions mais qui va nous expliquer plus biomécaniquement pédagogiquement de façon pédagogue parce que c'est un peu particulier le rachis par contre T5 comme il sait que comme on a fait plus de traumatisme et de rhumatisme le pied le genou il va plus nous poser des questions sur des hypothèses*

E2 (entretien E2) : *celle qui me supervise par rapport à son vécu et à ce qu'elle sait elle me dit ce qu'il faut faire ce qu'il ne faut pas faire 'et on travaille ensemble pour qu'avec mes connaissances théoriques on arrive à faire les liens entre la théorie et la pratique voilà*

E4 : (entretien E4) : *ensuite la kiné elle va aussi indiquer même sur la façon de procéder*

Ce questionnement souhaité semble être une recherche de problématisation et de construction du problème (Fabre, 2009)

E5 : (entretien E5) : *je vois certains kiné qui ne font pas cela dans leur prise en charge je suis allé ailleurs et ils nous donnent la réponse tout de suite et nous en tant que stagiaire on ne réfléchit pas en fait enfin on va connaître le mécanisme mais on ne réfléchira pas sur les autres on va pas se dire bon c'est bloqué ça peut être ça parce qu'il y a ça ou ça il va nous dire directement la réponse donc comme ça on saura mais du coup il n'y a pas ce lien qui se fait*

Elliott estime que le tuteur doit déjà avoir acquis un certain degré d'expertise et de professionnalité pour être en capacité d'explicitier son propre cheminement. Le raisonnement clinique étant pour lui différent de l'application d'une technologie. Serait-ce le passage d'un professionnel applicateur de technique à un professionnel concepteur de programme technologique ?

Dg : *ça veut dire que le premier qui fait des rappels de bilan il ne peut pas faire d'hypothèses ?*

E5 : *je pense qu'il peut faire les hypothèses mais qu'il aura plus de mal à nous expliquer les mécanismes qui sont vraiment en jeu je pense qu'il les saura mais il aura du mal au niveau pédagogique à nous les apprendre il va nous dire c'est telle articulation qui est bloquée mais il ne saura pas nous expliquer enfin c'est vraiment schématique je que je dis là mais je pense qu'il aura plus de mal à nous l'expliquer et qu'il faut un bon degré d'expertise et d'expérience pour nous apprendre des choses qui qui sortent du contexte école et qui vont nous professionnaliser je pense que les autres c'est plus de la thérapie enfin de la kiné technologie de base*

Elliott insiste aussi sur la différence de compétences nécessaires entre soigner et transmettre. Comme si être tuteur était un métier différent de celui de professionnel de santé ? La profession ne demande plus de compétences spécifiques pour enseigner dans un institut de formation

initiale depuis l'arrêté de 2011. Il n'est pas demandé de compétences spécifiques pour devenir tuteur, puisque les critères d'agrément administratifs et logistiques concernent la structure.

E5 : sur certaines choses oui je pense que certains thérapeutes ne sont pas à l'aise et font faire une rééducation du patient qui pourra aider le patient mais ils n'arriveront pas à nous étudiant à nous faire représenter ce mouvement qui pourrait soulager le patient par exemple avec ce genre de thérapeute on va on va faire du mimétisme et on va peut-être soulager le patient mais nous même on ne saura pas pourquoi cela a marché

Ghislaine va au-delà de l'implication du tuteur, c'est l'organisation de travail et d'accueil du stagiaire mise en place au sein de la structure qui facilite l'apprentissage et place l'étudiant en dans de bonnes dispositions à apprendre : une organisation apprenante ?

E7 (entretien E7) : mais ils sont très particuliers XXXX à vouloir à vouloir que mon stage se passe bien que je sorte avec un bagage de compétences j'ai des amis à moi qui font des stages en libéral ils sont seuls avec les patients ils sont juste de la main d'œuvre du kiné ce n'est peut-être pas la même chose cela dépend des lieux comme ici

15.3.1.6 Une posture de tuteur hétérogène aux caractéristiques particulières

Les tuteurs de notre étude ont des caractéristiques particulières, ils utilisent différemment leurs ressources pragmatiques ordinaires et le registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive. Leurs ressources pragmatiques ordinaires ne sont pas de même nature : savoirs biomédicaux, empathie, gestes technologiques. Leur vision de leur rôle professionnel est hétérogène et fonction des ressources pragmatiques qu'ils utilisent. Ils n'ont pas une vision commune concernant leur rôle de tuteur. Cette problématique semble commune à d'autres pays francophones (Côté, Perry, Cloutier, 2013). Ils utilisent majoritairement la transmission d'informations discriminantes comme forme d'étayage. Nous pouvons poser l'hypothèse que cette hétérogénéité est liée à la forme d'exercice particulière de ce métier à la fois personnel et encore empirique, en recherche de professionnalisation et reconnaissance disciplinaire.

15.3.2 Une posture d'étudiant qui facilite l'apprentissage du raisonnement clinique ?

Nous avons cherché à repérer dans le discours si des dispositions de l'étudiant favorisaient l'apprentissage du raisonnement clinique. Pour se faire, nous avons croisé les résultats de ce repérage de l'item « l'étudiant face à la situation » avec les indicateurs de développement professionnel, avec les ressources utilisées.

15.3.2.1 A la recherche des indicateurs de développement professionnel

Nous imaginions que l'apprentissage du raisonnement clinique était un « prétexte » à l'accompagnement de la construction identitaire professionnelle, à l'accompagnement du passage de l'entre-deux d'étudiant à professionnel, en créant un espace de verbalisation, un espace d'analyse de pratique (2016). Compte tenu de cette crise identitaire d'adolescence professionnelle liée à la perte des repères identificatoires, il nous semblait que le raisonnement clinique en situation était un signe de développement professionnel. Un seul item est présent chez les cinq étudiants, l'indicateur « compétences sur l'objet de service registre subjectif » (Figure 70). Chacun des étudiants a la capacité de porter un jugement sur la prestation de service qu'il effectue. Seul Eliott n'est centré que sur une seule thématique, rappelons qu'il n'a pas participé à la rencontre du patient, il a aidé son tuteur en fin de séance comme auxiliaire pendant un lancer de balles. L'item « compétences communicationnelles registre subjectif » est présent chez quatre étudiants. Les étudiants ont la capacité de porter un ressenti sur leur abord relationnel du patient.

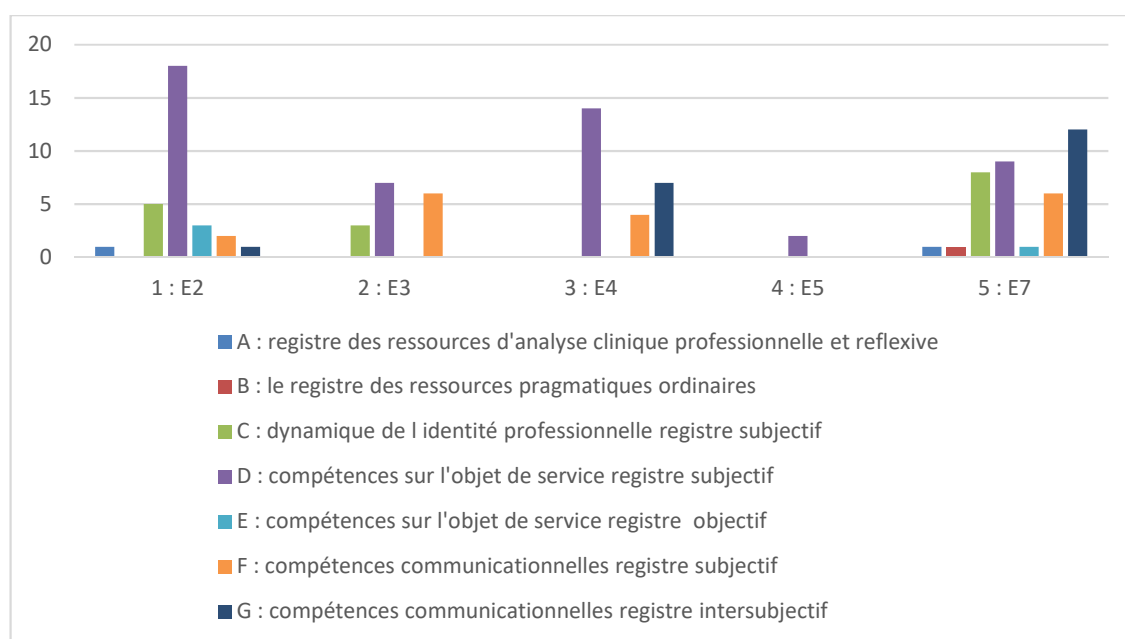


Figure 70: Les indicateurs de développement professionnel » dans les discours

L'item « compétences communicationnelles registre intersubjectif » est présent chez Bernard E2, Dimitri E4 et Ghislaine E7. Ces trois étudiants se démarquaient aussi par l'évolution de la genèse de leur structure conceptuelle au cours de la méthodologie de recherche ? (Cf. chapitre. 15. 2.3.) Est ce à mettre en lien ?

L'encodage de ces deux items d'un registre subjectif, ne serait-il pas le reflet de ce que Rothier-Bautzer et Piot (2017) décrivent : « c'est l'appropriation subjective par chacun des locuteurs de son expérience de ce couplage d'activités qui est l'enjeu premier ».

15.3.2.2 Les compétences communicationnelles registre intersubjectif : un indicateur prédictif de la genèse conceptuelle du raisonnement clinique ?

Nous avons alors cherché à mettre en rapport les items « genèse conceptuelle », « le registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive (Piot, 2015) et « dynamique de l'identité professionnelle registre subjectif » (Piot, 2009). Nous avons représenté en figure 71, l'ensemble des items des indicateurs de développement professionnel et de « l'étudiant face à la situation », à la recherche d'un indicateur « prédictif » de la capacité à la genèse conceptuelle.

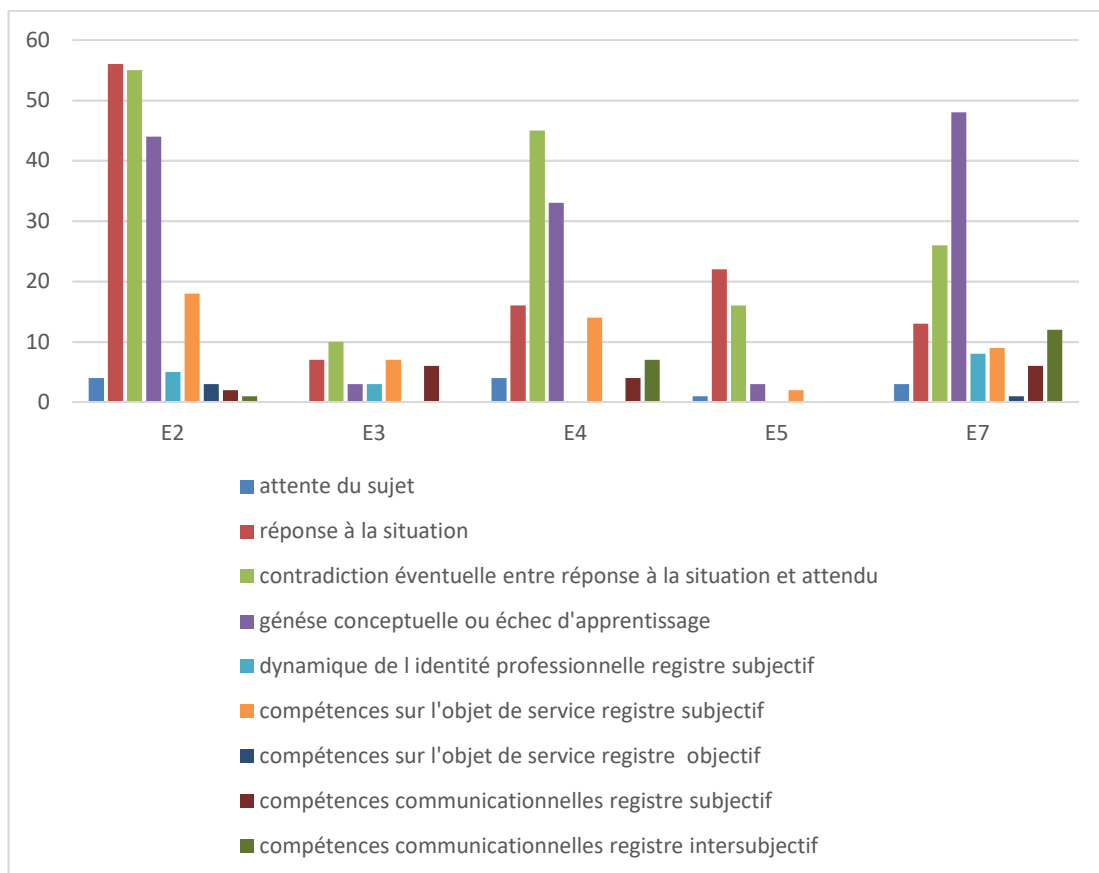


Figure 71: L'étudiant face à la situation (Pastré 2011) /les indicateurs de développement professionnel (Piot 2009)

15.3.2.3 L'utilisation des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive : un témoin de la capacité à effectuer un schème du raisonnement clinique ?

Nous avons attribué les étapes du raisonnement clinique au registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive (Piot, 2015) (Tableau 18) et avons repéré la concomitance de données représentant les étapes du raisonnement clinique et de données pour l'item « l'étudiant face à la situation ». (Figure 72).

registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et reflexive (Piot 2015)
la proposition de solution (étape 3 du RC)
les hypothèses (étape 2 du RC)
les tests d'hypothèses (étape 2 du RC)
recherche des éléments clés (étape 1 du RC)

Tableau 18: Le registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive, associée aux étapes du raisonnement clinique

L'item « registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive » est présent chez chacun des étudiants et ce quel que soit la présence de l'item « genèse conceptuel ou échec d'apprentissage ».

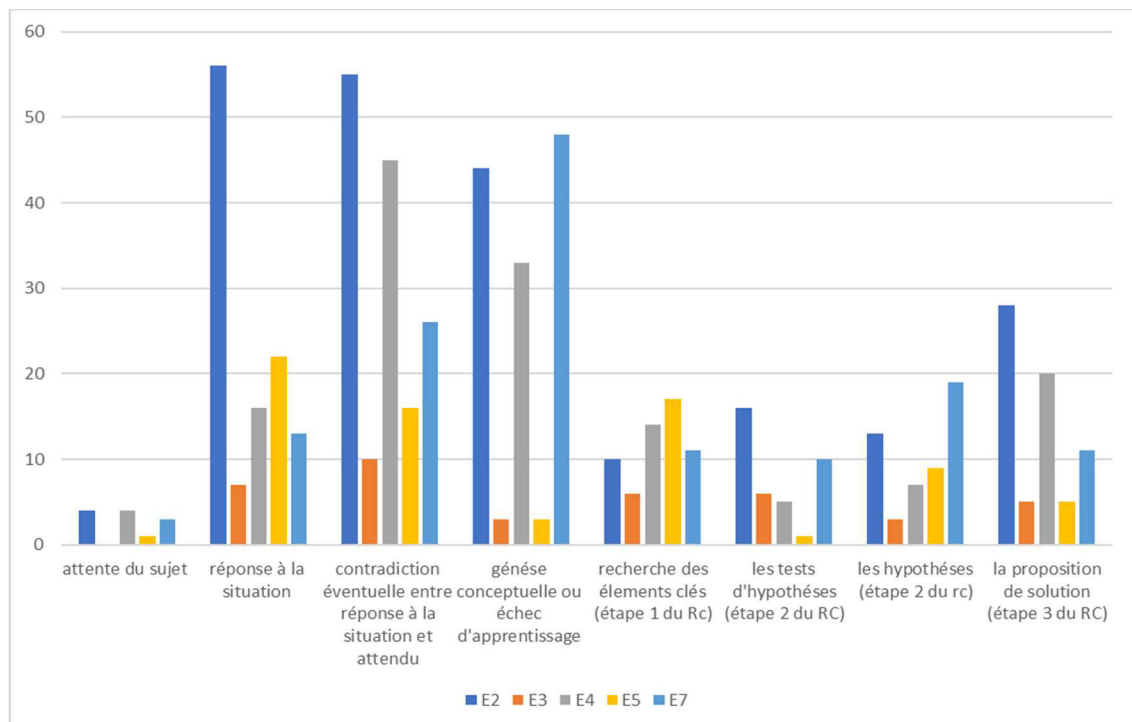


Figure 72: Les items "l'étudiant face à la situation" et les ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive

Il semble y avoir un lien entre la capacité à proposer des solutions et la capacité à parvenir à une genèse conceptuelle. Sans doute repérer cet indicateur dans le discours serait un indice pour suivre l'évolution de l'apprentissage de l'étudiant et l'incorporation de sa pratique professionnelle.

Nous pensons que l'item dynamique de l'identité professionnelle registre subjectif serait un élément déterminant pour repérer la capacité à la genèse conceptuelle chez les étudiants. Cet item est décrit comme « l'intelligence et les ressources mobilisées pour réussir son travail et gérer le décalage entre d'une part le travail prescrit et l'organisation prescrite et d'autre part le travail réel et l'organisation réelle » (Piot 2009). Il nous apparaissait que cet item traduisait la maîtrise du raisonnement clinique puisque celui-ci est, pour rappel, considéré comme

« Processus de pensée et de prise de décision qui permet au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolutions de problèmes de santé. Il implique la construction de récits afin de donner un sens aux multiples facteurs et aux intérêts relatifs à la tâche de résolution de problèmes. Il se produit dans le contexte de référence du praticien ainsi que dans celui du patient, dans un contexte de travail et selon des modèles de pratique. Il utilise les connaissances fondamentales, des connaissances de la pratique, le raisonnement et la métacognition, chacune influençant les autres. La prise de décision au sein du raisonnement clinique se produit aux niveaux micro, macro et méta et peut être effectuée individuellement ou en collaboration. Elle implique des méta compétences de communications créatives et critiques, de génération de connaissances, de modèle de pratique et de la réflexivité. » (Higgs, 2008).

Nous avons représenté ce rapprochement en figure 73. Nous ne pouvons faire de lien entre les items.

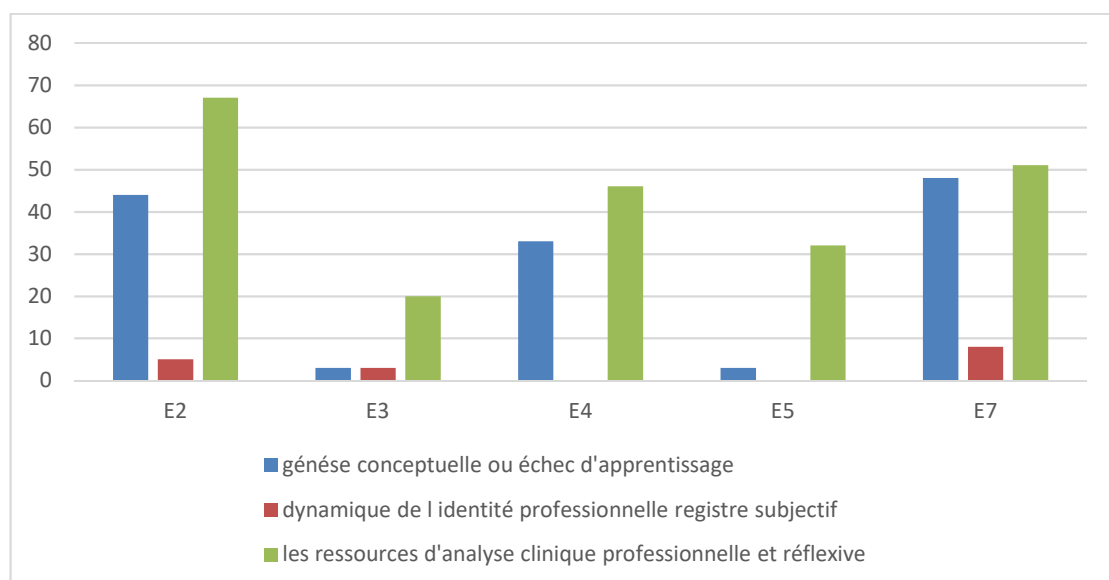


Figure 73: Items "génèse conceptuelle" "dynamique de l'identité professionnelle registre subjectif" et "registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive"

L'analyse que nous proposons est rendue complexe du fait de l'utilisation d'éléments de discours recueillis lors des séquences de nature différente qui ne permettent pas de discriminer une évolution. Nous approfondissons notre regard, en différenciant chaque item au moment de l'entretien, de la séance et de l'hétéroconfrontation.

15.3.2.3.1 Quelle utilisation des ressources durant l'entretien ?

Les étudiants font majoritairement appel au registre des ressources pragmatiques ordinaires durant l'entretien. (Figure 74)

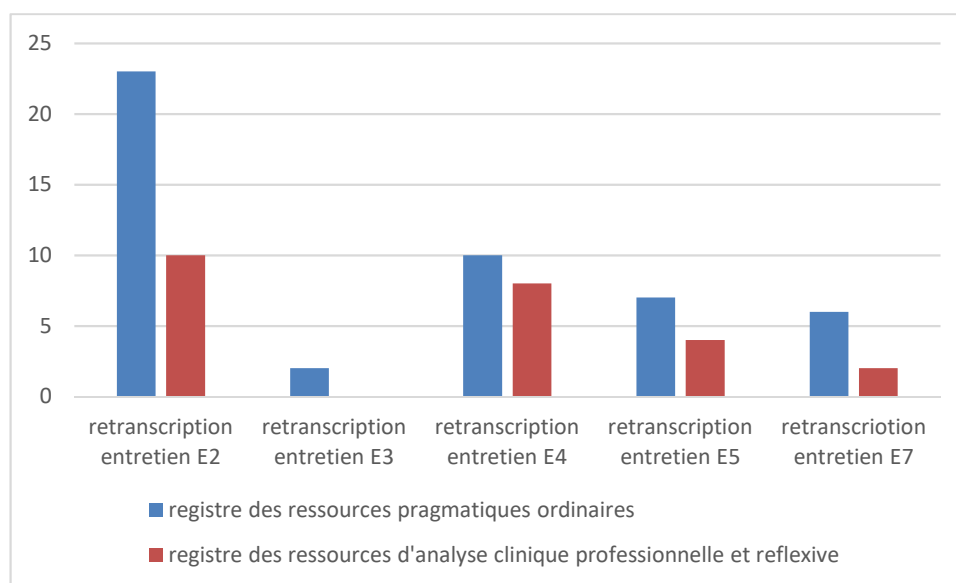


Figure 74: Registres des ressources durant les entretiens

Ces ressources sont réparties en priorité autour des savoirs biomédicaux, les gestes techniques. Il est à noter que l'expérience de stage est le seul item présent chez les cinq étudiants. (Figure 75)

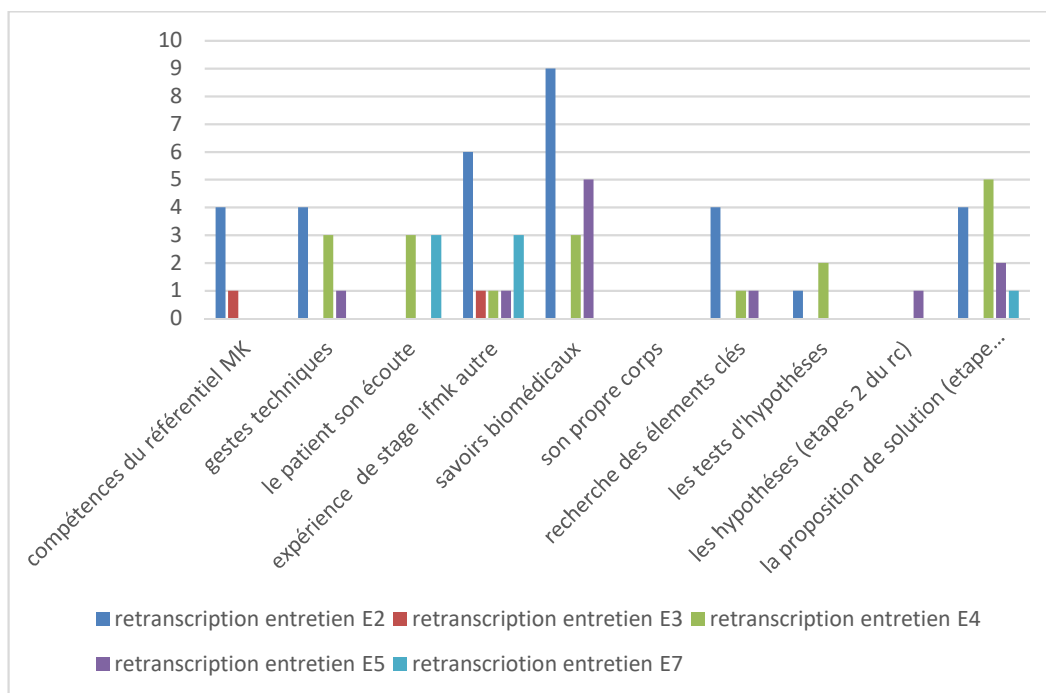


Figure 75: Les types de ressources utilisés par les étudiants durant les entretiens

Sans doute l'exposition en stage à une multitude de patients permet-elle à l'étudiant de se constituer une banque de cas auxquels il se réfère dans ses expériences futures (Dewey, 2004).

15.3.2.3.2 Quelle utilisation des ressources durant la séance ?

Durant la séance, il existe une inversion dans l'utilisation des ressources par rapport à celles citées durant l'entretien. Les étudiants mobilisent leur registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive (Piot, 2015). (Figure 76)

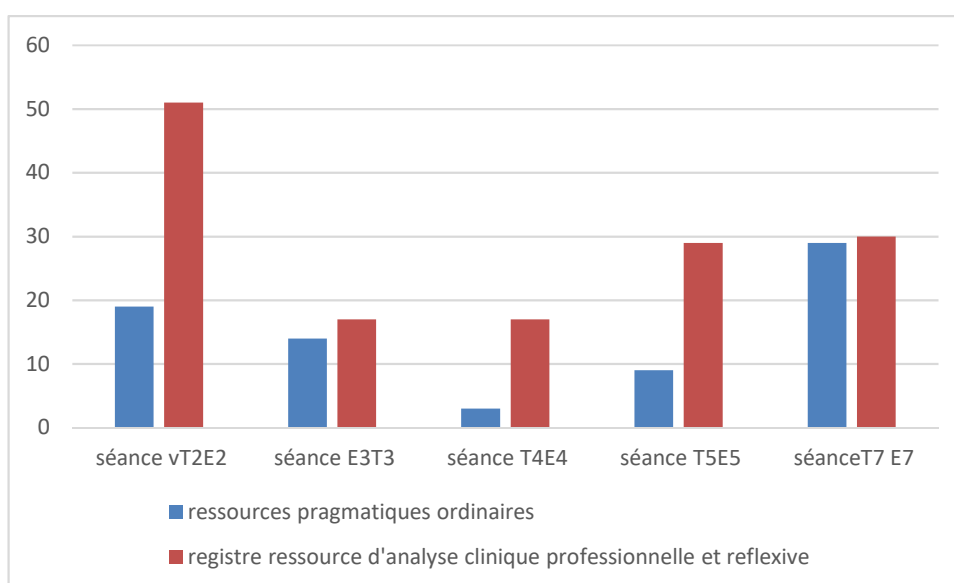


Figure 76 : Les registres de ressources mobilisées par les étudiants durant les séances

Nous avons représenté la répartition des types de ressources pragmatique ordinaires (Figure 77) et d'analyse clinique professionnelle et réflexive (Figure 78). Les gestes techniques et les savoirs biomédicaux prédominent toujours. Il est à noter l'apparition d'une forte présence de la ressource « son propre corps » chez Géraldine E7. Est-ce à mettre en lien avec sa capacité à générer une structure conceptuelle ? A-t-elle incorporé sa pratique ? (Mayen, 2015)

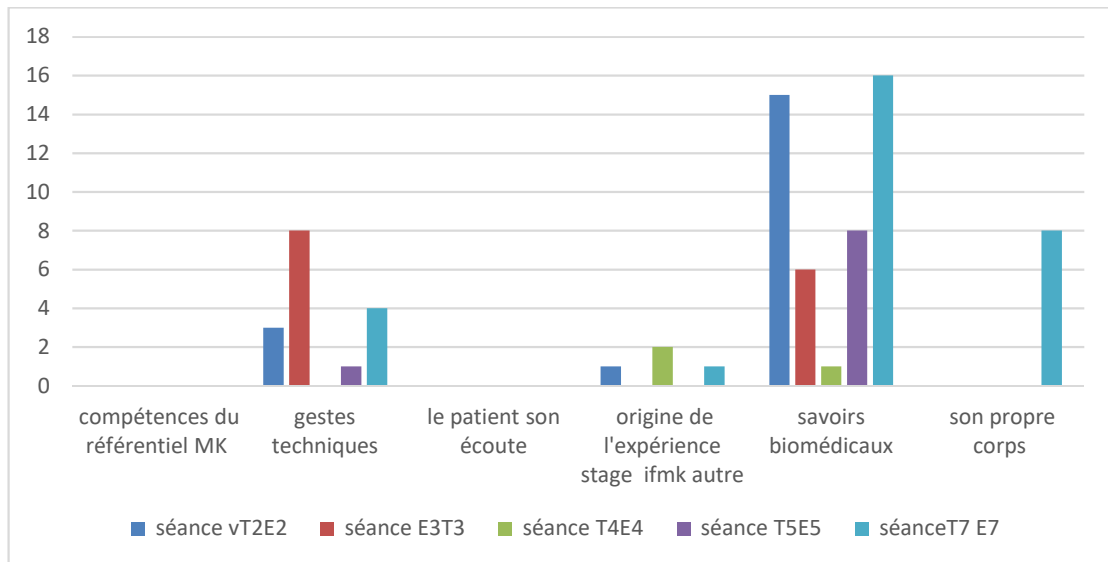


Figure 77: Les types de ressources pragmatiques ordinaires utilisés par les étudiants durant les séances

Eliott qui n'a pas participé manuellement à la séance est à la recherche d'indices clés,

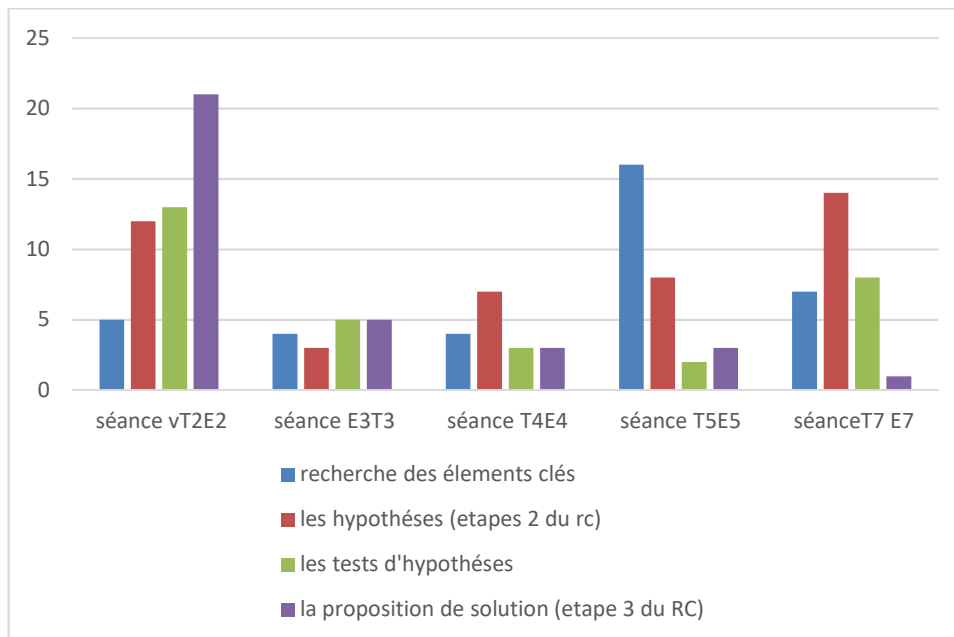


Figure 78: Les types de ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive utilisées par les étudiants durant les séances

Les types de ressources utilisées sont dépendantes du déroulement des séances effectuées. Lorsque la séance est centrée sur le bilan (séance 2), l'étudiant cherche à résoudre le problème. Lorsque la séance est centrée sur le traitement (séance 5), l'étudiant tente de rassembler les éléments du problème. Dans la séance 7, l'étudiante cherche à tester ses hypothèses.

15.3.2.3.3 Quelle utilisation des ressources durant l'hétéroconfrontation ?

Durant l'hétéroconfrontation, la présence des indices représentant des ressources est très faible (figure 79). Géraldine E7 est la seule à utiliser son registre des ressources d'analyse clinique, elle se démarquait déjà lors de la recherche de la genèse conceptuelle (cf. figure 64). Alors que les étudiants doivent être formés selon le paradigme du praticien réflexif développé par Schön (1996) leur permettant d'analyser toute situation, cette faible utilisation et mise en mots des ressources lors de l'hétéroconfrontation interpelle sur la compétence d'analyse critique, sur sa professionnalité (Bourdoncle, 1991, p 76), et sur sa capacité de conceptualisation après énonciation (Vergnaud, 2007).

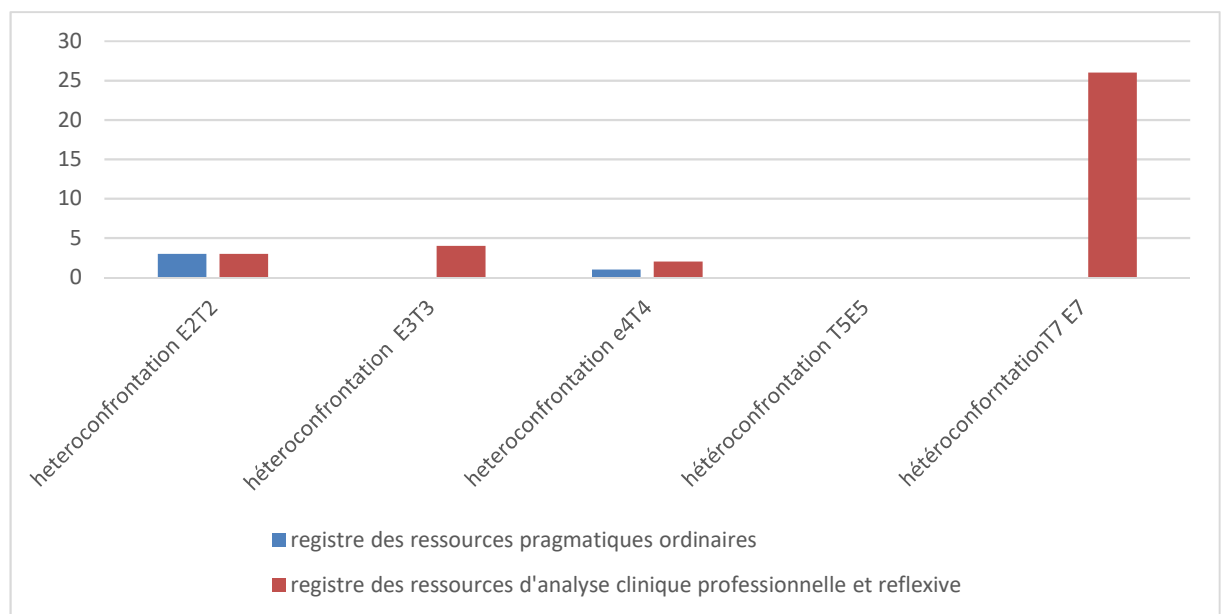


Figure 79: Les registres de ressources utilisés par les étudiants durant l'hétéroconfrontation

15.3.2.4 Une vision du rôle professionnel que l'étudiant projette

Les étudiants ont explicité leur vision de leur rôle professionnel. Le travail en collaboration avec le patient en se fiant à ses réactions semble être une constante chez les étudiants. Cette pratique évoque une modélisation du raisonnement collaborateur en rééducation (Edwards & Jones, 2007). Le professionnel vise sa restauration fonctionnelle. Certains se fient à la classification internationale du fonctionnement (CIF, OMS 2001), d'autres se basent sur les

souhaits du patient, d'autres encore sur la compréhension des mécanismes biomécaniques lésionnels.

Cependant ce rôle ne semble pas fixé de façon définitive, Eliott discerne les évolutions de la profession ; sans doute est-elle à un tournant comme une adolescence professionnelle de la profession ?

E5 (entretien E5) : je pense que certains voient la kinésithérapie autrement peut-être je pense qu'il y a des gens qui vont plus se concentrer sur le psychologique le ressenti du patient hein le bien être du patient comment ça va évoluer et d'autres qui vont plus s'intéresser au mécanisme pourquoi on fait ça euh je pense qu'il y a vraiment deux écoles l'école qui va ressentir le patient s'il évolue bien et est-ce que ça marche essayez et ceux qui vont essayer de comprendre pourquoi ça marche quel degré enfin qui vont nous expliquer des mécanismes qui moi me paraissent flous parfois

E7 (entretien E7) : la guérison du patient le fait de faire des techniques en lesquelles on croit et qui ont montré leurs efficacités de voir le patient qui ressort de la séance en disant que ça va beaucoup mieux et en essayant de le voir le moins possible pour qu'il soit guéri wouais être efficace"

Eliott et Ghislaine explicitent les « deux écoles » : sans doute est-ce l'expression du passage d'une kinésithérapie appliquée à une kinésithérapie raisonnée souhaitée dans le cadre de la réingénierie. Un mouvement d'entre deux, un passage entre deux formes de raisonnements, deux manières différentes de penser la kinésithérapie : faire en appliquant, faire en comprenant. Serait -ce le signe d'une certaine émancipation, d'une autre posture de professionnel ? (Bourdoncle, 2007)

E5 (entretien E5) : et je pense que n'importe quel kiné se pose des questions c'est un éternel recommencement vu que l'on évolue constamment en tant que kiné peut être qu'à 20 ou 30 ans on n'est pas le même kiné qu'à 50 ans car on voit les choses autrement là je vois des kinés qui ont 50 ou 60 ans ne font pas leur rééducation de la même façon

Les étudiants se sont majoritairement exprimés sur la difficulté à faire des liens. Ainsi au cours de l'hétéroconfrontation, E2 déclare :

E2 (hétéroconfrontation T2E2) : même si je sais des choses voilà on vient sur la compilation je sais des choses j'arrive à les mettre en œuvre ou pas souvent mais le problème c'est que je suis trop dans mon truc genre faire ça puis ça puis ça et je ne vois pas l'ensemble en fait

La difficulté à faire les liens pour le raisonnement clinique serait-elle révélatrice d'un passage au statut de néo-professionnel futur non acquis ? « Une personne qui maîtrise une tâche spécialisée ne rend pas seulement un service nécessaire au système ; elle fournit aussi une

manière d'être, une personnalité, avec laquelle d'autres dans le système peuvent s'identifier » (Goffman, 2002).

15.3.2.5 Un étudiant idéal selon les tuteurs

A l'instar des étudiants, les tuteurs ont eux aussi une vision de l'étudiant idéal : un étudiant curieux, qui sait s'adapter, qui pose des questions, qui note les remarques de son professeur.

T5 (entretien T5) : oui c'est ça je demande qu'il y ait un certain investissement alors je ne leur demande pas de vivre le stage h24 qu'ils vivent stage qu'ils dorment stage mais c'est euh il y a plein de choses en fait c'est oui cet investissement c'est des trucs tout bêtes parfois mais prendre des notes

L'adaptation serait même une caractéristique professionnelle. Sa transmission et son développement au cours du stage sont des objectifs recherchés par les tuteurs.

T2 (entretien T2) : lui faire voir qu'il va avoir la possibilité pratique au départ à prendre en charge le patient mais il faut aussi qu'il apprenne à prendre en compte tout ce qu'il y a autour et qui va lui compliquer la tâche mais c'est aussi ce qui fait l'intérêt de notre travail on peut avoir trois fois ou quatre fois dans la journée un patient avec une même pathologie et on ne fera pas le même traitement parce que l'on va l'adapter c'est ça aussi qu'il faut leur faire comprendre dans ce qu'on leur transmet quand ils viennent voir sur le terrain

T4 (entretien T4) : la kiné c'est une adaptation permanente et je pense que c'est ça je pense que c'est ce que j'ai envie d'amener aux étudiants

T7 (entretien T7) : ben le stagiaire dans tout ça l'idée c'est que justement cela fait partie de l'apprentissage il doit réussir à s'adapter euh à ce qu'il a c'est peut-être ce qui rend la chose difficile parce quand on fait un stage pendant un mois et demi il est déjà difficile de prendre le fil derrière pour rechanger de stage dans une structure différente avec des patients différents de devoir s'adapter totalement le peu qu'on a réussi à apprendre du coup le changer totalement ça peut être compliqué mais je pense que l'adaptation c'est très important dans ce cas et qu'il faut justement toujours réussir à faire avec ce qu'on a et pas forcément faire au minimum quand justement on a des possibilités essayer de les exploiter du mieux possible

Gérald T7 fait même de l'improvisation et la créativité des critères d'évaluation.

T7 (entretien T7) : réussir à voir un patient basketteur comment il va plutôt avoir sa rééducation fonctionnelle peut être plus ludique pour le patient aussi peut être que cela va plus lui parler s'adapter vraiment sur tous les points de vue sur les locaux qu'il a sur le matériel qu'il a sur le patient en question surtout puis après il y a pas mal d'autres facteurs âge et beaucoup de choses

Au vu de leurs descriptions, les tuteurs ne sont-ils pas plus dans l'attente d'un collègue que d'un stagiaire ? Finalement, l'étudiant idéal serait celui qui apprend sans tuteur, comme l'élève idéal serait celui qui apprend sans professeur (Rinaudo, Ohana, 2009).

15.3.2.6 Un étudiant aux dispositions particulières

Un seul item est présent chez les cinq étudiants L'indicateur « compétences sur l'objet de service registre subjectif ». Chacun des étudiants a la capacité de porter un jugement sur la prestation de service qu'il effectue. Il semble y avoir un lien entre la capacité à proposer des solutions et la capacité à parvenir à une genèse conceptuelle. Sans doute repérer cet indicateur dans le discours serait un indice pour suivre l'évolution de l'apprentissage de l'étudiant et l'incorporation de sa pratique professionnelle. Les étudiants font majoritairement appel au registre des ressources pragmatiques ordinaires durant l'entretien. Durant la séance, les étudiants mobilisent leur registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive (Piot, 2015). Les indices de leurs mobilisations de leurs ressources durant l'hétéroconfrontation sont faibles. Sont-ils entraînés à débriefer et analyser à posteriori, une situation à partir de matériau réel et à chaud ? Régulièrement, l'analyse réflexive se fait à postériori du vécu de la situation, à l'IFMK à partir de traces rapportées de l'activité, la situation est alors reconstruite par l'analyse⁸⁰. Sans doute, avec l'hétéroconfrontation la situation est-elle déconstruite et reconstruite dans l'immédiateté.

Le travail en collaboration avec le patient en se fiant à ses réactions semble être une constante chez les étudiants, selon le modèle du raisonnement collaborateur utilisé en rééducation (Edwards & Jones, 2007). Les étudiants réclament des tuteurs qui leur fassent faire des liens, fait déjà préconisé par Owen (2007) pour la formation des superviseurs cliniciens.

La difficulté pour les étudiants à faire les liens pour le raisonnement clinique serait-elle révélatrice d'un passage au statut non acquis de futur néo-professionnel ? Est-elle l'indicateur de l'insuffisance des temps pédagogiques dédiés pour « apprendre des situations » expérimentées, au-delà du travail sur les situations emblématiques non éprouvées émotionnellement ? (Pastré, 1999) (Piot, 2018)

15.4 Le patient form-acteur de la séance et form-auteur de son soin : le tiers impensé dans l'apprentissage du raisonnement clinique en situation

Le patient participe de la transmission du raisonnement clinique, il semble avoir "appris" quelque chose du thérapeute, qu'il est en capacité de "transmettre" à l'étudiant par sa démonstration (P4). Il a aussi appris des sensations technologiques et il est en mesure de guider

⁸⁰ UI 10 de l'arrêté du 2 septembre 2015

l'étudiant dans la transposition de sa technique sur son corps (P7). Le patient prend aussi une posture d'étayage pour lequel nous retrouvons le modèle de Bruner. (Bruner, 1981) (P4). Nous distinguons aussi une co-médiation tuteur/patient envers le stagiaire (P 2).

Le patient est un acteur incontournable à la place et au rôle au cours de la séance, différents en fonction des triades. Son temps de parole est variable en fonction des séances. Il peut être huit fois plus important d'une séance à l'autre et d'un tuteur à l'autre. Ainsi, Brigitte P2 a occupé environ 5% du temps de parole de la séance (Figure 24), le patient de la triade 3 environ 10 % du temps de sa séance (Figure 31). Le temps de parole de la séance de la triade 4 a été occupé à environ 38 % par le patient (Figure 37). Ellen P5 a occupé environ 5 % de la durée de la séance (Figure 43). La répartition du temps de parole de la séance de la triade 7 est d'environ 20% pour la patiente.

Le patient est aussi un form-auteur en fonction des séances et des styles de tutorat. La forme de sa participation est différente en fonction des séances. Il peut rendre plusieurs « services » durant la séance. Tous les patients servent de « réponses » aux questions de l'étudiant suite au contact opéré entre patient et étudiant. Brigitte, Daniel et Géraldine interviennent dans la construction de leur séance en donnant leur avis sur les gestes effectués, en interrompant parfois le cours prévu du déroulement de la séance (P4).

Daniel et Géraldine ont un rôle d'étayage auprès de l'étudiant. Daniel guide le bilan de l'étudiant pour lui permettre de comprendre les déséquilibres musculaires qu'il présente suite à sa pathologie périnatale.

P4 : le pied je ne sais pas si tu m'as vu marcher il n'y a pas un truc qui t'a marqué ?

E4 : moi j'ai regardé le genou et le pied qui ne suivait pas c'est bon

P4 : ce n'est pas qu'il ne suit pas si tu veux c'est que

T4 : mets-toi debout et puis vas-y Patient 4

P4 : normalement regarde on va faire un constat simple regarde mes deux pointes de chaussures

E4 : oui tu les frottes par terre

P4 : regarde celle de droite

Ghislaine révèle les indices clés que Ghislaine avait omis de questionner

P7 : oui ce n'est pas comparable mais là c'y est ça se réveille un peu dans le bras

T7 : déjà

E7 : dans le bras

P7 : waouh légèrement

E7 : parce que quand vous aviez des douleurs fortes vous aviez des douleurs qui irradiaient jusque dans le bras

P7 : oui tout le bras la main des fourmillements dans les doigts surtout les 3 derniers doigts

Le patient est aussi un form-acteur de l'étudiant. Ainsi, Daniel participe de l'apprentissage du raisonnement clinique en co-construisant la séance avec Dorothée. Voyant la difficulté de Dimitri, Daniel prend la séance en main, se substituant à la tutrice et se place en « décodeur » de ses signes cliniques pour les rendre visibles et lisibles par l'étudiant.

T4 : mais en marche arrière non mais reste là en marche arrière ben tu vois tu joues vachement quand même donc en marche arrière ben on a les problèmes

P4 : alors si tu le vois comme ça oui mais c'est surtout marche arrière c'est pied gauche pour moi je suis gaucher mais j'ai peut-être ne pas y aller comme ça si tu vois ce que je veux dire donc à la limite peut être que le pied droit suivra

T4 : oui ben justement il ne pose pas de soucis même si ce que je veux dire en tout état de cause c'est que quand tu repars en courant arrière il suit la pointe ne te gêne pas

P4 : même en avant parce que je veux aller chercher un volant en dehors ce n'est pas compliqué ta jambe de bras c'est obligatoirement celle qui est du côté du bras quand tu es gaucher c'est la jambe gauche qui va être la plus forte et qui va aller devant et si tu es droitier c'est pareil si tu joues de la main droite tu ne vas pas aller chercher là

Sans doute, sommes-nous ici face au travail du patient (Thievenaz & Olry, 2016) à travers le descriptif des activités déployées par celui-ci pour comprendre sa pathologie et dompter ses incapacités. Le patient possède un certain savoir expérientiel issu de son quotidien et des adaptations qu'il a développé. Étant dans un métier du lien destiné au développement du sujet, le rôle formatif de ce métier vis-à-vis du patient avait été souligné par Signeyrole en 2004 : « Si un patient apprend, c'est que quelqu'un lui "apprend" et dans notre cas, il s'agit du kinésithérapeute [...] Prendre en compte l'apprentissage nous pousse à considérer l'existence d'une relation "formative" propre au métier ». (Figure 80) Cependant dans le cas présent, le patient a non seulement des savoirs expérientiels mais en plus il a la capacité de les transmettre à l'étudiant au cours de la séance.

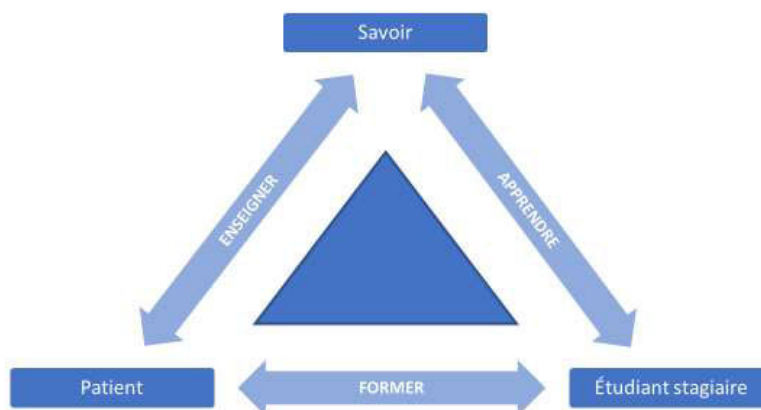


Figure 80: Le triangle pédagogique revisité « patient -étudiant -savoir » inspiré de Houssaye

Le patient est aussi un transmetteur de son savoir sensoriel appris auprès de son praticien. Au-delà du savoir expérientiel issu de la réalité quotidienne de malade chronique, le patient peut aussi transmettre un savoir sensoriel acquis auprès du praticien. Nous pouvons illustrer cette transmission sensorielle par deux exemples issus des séances des patients P4 et P7. Durant la séance de la triade 4, l'étudiant doit réaliser un étirement musculaire, et manifestement le patient ne ressent pas l'effet escompté. Il alerte alors l'étudiant, cherchant à lui faire prendre conscience de la non-atteinte de l'objectif d'étirement attendu. Il guide ensuite, en complémentarité avec la tutrice, l'étudiant dans l'adaptation du geste jusqu'à l'obtention de la sensation de tiraillement.

E4 : *ouais pour la jambe ben ce qui me dérange c'est que ça tire pas du tout*

T4 : *et si tu prends le pied avec ça te gêne ?*

P4 : *ça ne tire pas*

E4 : *faut que je*

T4 : *faut lui demander*

E4 : *de quoi*

T4 : *Daniel*

E4 : *en bas c'est bon*

T4 : *c'est bon ou pas*

P4 : *pas encore trop bas*

E4 : *je n'ai pas la bonne technique*

T4 : *regarde*

E4 : *moi ce qui m'embête c'est que*

T4 : *regarde il repart*

E4 : *ben comment tu gères*

P4 : *mais là tu ne tires pas*

T4 : *tu le mets en flexion si tu le mets en flexion tu l'emmènes comme ça donc tu le trouves*

P4 : *enfin ne t'enflames pas non plus là ça tire*

E4 : *encore là*

P4 : *oui c'est bon t'es bien là*

T4 : *et en plus tu as de la chance il te le dit là tu as un sujet vraiment éclairant*

P4 : *50 euros la lumière*

Le patient devient alors une ressource pour le tuteur dans la transmission à l'étudiant. Le patient a appris du kinésithérapeute des sensations au cours de la pratique manuelle réalisée pendant la séance, il a modifié son rapport au savoir et au corps. Il a maintenant la capacité à retransmettre les sensations ressenties et captées lors des séances, pour guider l'apprentissage de l'étudiant. Dans l'illustration de Géraldine P7, celle-ci donne même, et ce avec l'assentiment du tuteur « *te référer à ce que dit la patiente* », des indicateurs très précis : la chaleur de la peau, la pression inhabituelle des doigts par exemple. (Voir en annexe)

Le patient peut alors être considéré comme un form-acteur. Il est un tiers totalement intégré dans le processus de la séance, qui par sa fonction de médiation aide à l'intégration des savoirs. En nous basant sur le quadrilatère de Lescouarch (2018), nous pouvons dire que le patient est un tiers médiateur dans l'apprentissage du raisonnement clinique. (Figure 81). La première séance est alors un co-étayage patient-tuteur au profit de l'étudiant, tout comme il s'agit d'une séquence d'apprentissages croisés patient-tuteur-étudiant (Thievenaz, 2017, p 67). En analysant cette place prépondérante que prend le patient dans la transmission en situation, nous nous interrogeons sur deux points. D'une part, l'activité du patient dans cet apprentissage du raisonnement clinique ne serait-elle pas un impensé de la formation et/ou de la profession ? D'autre part, en utilisant des acteurs formés qui jouent le rôle du patient dans l'apprentissage du raisonnement clinique (Spencer, 2000), ne passe-t-on pas à côté de ces savoirs expérientiels, de cet apprentissage réciproque (Thievenaz, 2017) de cette « mise en partage des expériences susceptibles d'influencer l'autre » (Thievenaz, Barbier, 2017), de cette « altération réciproque » (Ardoino, 2010) présents dans toute situation de la séance de soin ? Compte tenu de l'incorporation de la profession, n'y aurait-il pas plus de bénéfices pour le futur patient à soigner, à former les étudiants à devenir des patients acteurs lors des séances d'apprentissage du raisonnement clinique pour encourager leur intégration des données biopsychosociales et environnementales, via leur incorporation pour la reformulation lors de la simulation ? Apprendre aux étudiants à jouer le malade, n'est-ce pas une appropriation de ce qu'est un patient « en vivant ce qu'il vit et ce qu'il ressent » ? N'est-ce pas faire faire expérience de l'expérience de l'autre » (Barbier, 2017) ? À moins que le développement du recours à des patients experts ne soit une solution à envisager au sein de clinique de formation en soins kinésithérapiques rejoignant ainsi un engagement du plan « ma santé 2022 » présenté en septembre 2018 :

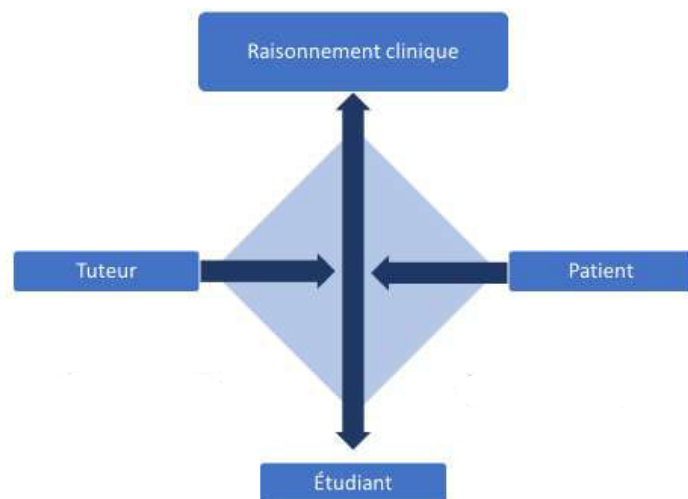


Figure 81: Modélisation du patient tiers médiateur dans l'apprentissage du raisonnement clinique, d'après le quadrilatère de Lescouarch (2018)

15.5 La première rencontre : un éblouissement pour l'étudiant

La première rencontre du patient semble un moment rempli d'émotions mais aussi de stress. Les quatre types d'indicateurs élaborés par Thievenaz (2014, p 89) se retrouvent dans les expressions corporelles. Bernard en découvrant la patiente et le dossier restreint remis par sa tutrice a eu un moment de silence. Béatrice a dû le questionner suite au long temps de pause. Les indices se retrouvent aussi dans les discours des acteurs, à la fois dans les expressions utilisées par les étudiants mais aussi dans les échanges tuteur-étudiant. Cette première séance paraît être un temps d'éblouissement pour les étudiants.

Dg (hétéroconfrontation E4T4) : *vous vous êtes dit quoi ?*

E4 : *rien blackout (rire) [...]*

E4 : *tu sais toujours ce qu'il veut parce que finalement là je ne l'ai pas fait gaffe mais c'était relativement clair tu vois*

T4 : *oui mais parce que dans le stress machin tu n'as pas tout écouté c'est ça*

Dg : *vous ne vous sentiez pas prêt ?*

E2 : *ben oui dans le sens où de base je suis de nature à être pas très sûr de moi même si je sais des choses voilà on vient sur la compilation je sais des choses j'arrive à les mettre en œuvre ou pas souvent*

T5 (entretien T5) : *et il est aussi étudiant je sais ce que c'est d'être stressé avec un pied dans les mains*

T5 (entretien T5) : *car enfin on est tous perdu quand on commence dans ce métier moi j'étais perdu avec certains patients*

Il semble aussi un temps de commencement, ou plutôt de recommencement où il a fallu trouver la norme attendue, et les informations nécessaires. (Astier, 2017)

E7 (entretien E7) : là c'est mon premier mon premier stage libéral donc c'est complètement différent de l'hospitalier les pathologies ne sont pas du tout les mêmes et donc du coup j'avais vraiment l'impression de redevenir en première année à devoir tout réapprendre et que l'on m'apporte plein de d'information

Cette première séance serait-elle une épreuve pour un étudiant en quête d'informations clés pour parvenir à bâtir son œuvre, le diagnostic masso kinésithérapique du patient ? (Roelens, 1989 ; Jourdan & Brossais, 2011) Cet éblouissement avait déjà été perçu par les étudiants participant aux focus groupe au sujet de leur rencontre avec le patient ; (Aper, Reniers, Derese, & Veldhuijzen, 2014 ; Aper, et al., 2015). Réaliser une consultation entière est, pour eux, une tâche complexe et éprouvante à cause des objectifs élevés qu'ils se fixent, les obligeant à être plus centrés sur le patient que sur la partie médicale et à transférer leur connaissance théorique en connaissance clinique applicable in situ sur le patient. (Aper, Reniers, Derese, & Veldhuijzen, 2014). La conduite de consultations avec des patients réels reste une transition difficile, qui entraîne un saut énorme dans la responsabilité d'étudiants et les fait plus progresser dans la capacité à raisonner rapidement en situation et à endosser leur rôle professionnel. Comme si le contact avec le patient « réel » produisait une impression plus profonde sur des étudiants (Bokken, et al., 2010) et facilitait la pertinence de l'apprentissage des étudiants (Spencer, 2000).

Jobert et Thievenaz (2014, p 35) définissent « l'étonnement comme un accident de la reconnaissance qui s'accompagne d'un ébranlement du corps d'un sujet confronté à l'inconnu ». Quand Béatrice affirme en parlant de son stagiaire qu'il est unibrassiste, signale-t-elle l'ébranlement corporel de Bernard face à l'inconnu de la patiente ?

A la suite de Masse et Gouyet (2014) et Astier (2014), nous pouvons affirmer que la première rencontre avec le patient, par la confrontation à l'éblouissement suscité par celui-ci, développerait les capacités de pouvoir agir en situation. La première rencontre avec le patient serait un facteur de professionnalisation. Serait-ce un argument pour la création de clinique de soins kinésithérapiques comme cela se pratique dans d'autres formations initiales professionnelles (pédicurie-podologie, ostéopathie) (Patton, 2018) ? Serait-ce aussi l'occasion d'instrumenter le "processus de clinicisation" de la formation (Cochet, 2003, p 36) puisque « devenir clinicien c'est se former à être son propre instrument sensible »

15.6 La première séance : une situation potentielle d'apprentissage

Nous pouvons dire que l'entretien préalable avec les étudiants a été une confrontation à « l'espace du problème » ou représentation que se fait un sujet confronté à la tâche (Fabre 1999). Dans notre consigne, nous avons indiqué un problème, représenté par une tâche écrite

objectivement⁸¹ et une situation définie comme interaction entre le sujet et la tâche. Nous avons recueilli la représentation de l'étudiant face à cette première séance. Sans doute cet entretien a mis l'étudiant en questionnement.

Les différents éléments du problème n'ont pas été posés lors des séances, sauf dans la séance 5 où Ethan a construit le produit et résolu seul le problème, l'étudiant ayant dû s'octroyer la dévolution pour participer à cette résolution. Dans la séance 2, la démarche s'est inscrite dans la recherche de position du problème. Dans la séance 3, le problème a été partiellement défini avec des données sur la douleur et la médication. Dans la séance 4, c'est le patient qui a construit le problème et donné les solutions pour résoudre le problème. Dans la triade 7, les hypothèses ont été émises à posteriori lors de l'hétéroconfrontation.

Les concepts pragmatiques de distance thérapeutique et d'effort demandé au patient respectivement décrits par Olry (2005) et Parage (2015) ont été retrouvés dans les séances, sans que ceux -ci soient pour autant explicités aux stagiaires.

Les inducteurs de problématisation n'ont pas été perçus, même si les tuteurs ont fortement utilisé la fonction étayage (Bruner, 1981). Il n'y a pas eu de questionnement sur le pourquoi et sur les registres explicatifs utilisés, le questionnement était essentiellement centré sur le déroulé de l'expérimentation sur le patient sans qu'il ne semble y avoir de véritable plan d'enquête mis en place.

Concernant les « déclencheurs » de l'enquête (Thievenaz, 2017), Bernard et Dimitri ont exprimé le manque lié à l'absence de connaissances, Ghislaine semblait embarrassée par la situation, « je la regarde comme une chose »

Si l'on se réfère aux caractéristiques de la problématisation émise par Fabre et Musquer (2009), la séance ne comporte pas tous les éléments décrits. En revanche, il s'agit bien d'une confrontation à une situation dans laquelle une activité est à réaliser

⁸¹ Rappel de la consigne de l'entretien de l'étudiant : « Vous allez réaliser une séance auprès d'un patient, sous le regard d'un masseur-kinésithérapeute, qu'attendez-vous de cette réalisation et de cette supervision, dans (pour) votre pratique habituelle de stagiaire et de futur(e) professionnel(le) ? Parlez librement comme cela vous vient à l'esprit

5ème partie

Le raisonnement clinique : élément de synthèse

Dans cette partie, nous allons synthétiser l'ensemble des résultats obtenus au cours de notre analyse.

Le raisonnement clinique comme un schème

Le raisonnement clinique ne semble pas être la préoccupation majeure du kinésithérapeute, plus centré sur une pratique pour un service immédiat rendu au patient qui va payer sa séance, et en phase avec les attentes de celui-ci. Pour autant, tous réalisent une certaine démarche vis-à-vis du patient, basée sur la restauration d'une incapacité fonctionnelle. Cependant le chemin pour y parvenir ne semble pas semblable en fonction du cadre de référence du professionnel. Les praticiens à orientation EBP (T5, T7) semblent plus axés sur la recherche d'hypothèse causale à partir des plaintes exprimées par le patient et chercher la validation de celle-ci (raisonnement par « chainage arrière ») alors que les autres praticiens (T2, T4, T3) semblent plus réaliser un raisonnement par « chainage avant », à partir des données cliniques recueillies (Pelaccia, 2012).

Nous avons vu que tous produisent une structure conceptuelle et qu'elle évolue au fil des différents temps de la méthodologie de recherche. Ces éléments sont soit à l'initiative de l'étudiant suite à sa verbalisation, soit apportés par le tuteur. Cependant les éléments contextuels ont une grande influence sur le résultat de l'apprentissage, comme déjà signalés par certains auteurs (Oostendorp, 2013). La genèse conceptuelle du schème, dans le cas présent, dépend de la place accordée à l'étudiant, de la séance réalisée et du patient présent. Elle dépend du choix pédagogique du tuteur et de sa vision de la fonction tutorale (Astier, 2017). Elle semble finalement très aléatoire.

Il apparaît que l'hétéroconfrontation a favorisé l'explicitation de règles d'actions et d'invariants opératoires par certains tuteurs et la genèse conceptuelle chez les étudiants. Le raisonnement clinique est un processus qui nécessite différentes séquences pour parvenir à la genèse conceptuelle (ou à l'échec d'apprentissage) et la problématisation des situations pragmatiques. Ce temps d'analyse de la pratique est un temps pédagogique fort, à ne pas négliger. Cependant, en raison d'une activité productive, dans laquelle s'invite un temps formatif, et du statut bénévole des tuteurs de stage, il est peu probable que ce temps puisse être sinon institutionnalisé du moins mis en œuvre. Certes, des temps sont organisés en institut comme le rappelle Piot (2018) qui appelle à leur multiplication. Cependant, sont-ils aussi puissants qu'un temps réalisé

sur le lieu de travail et/ou pendant le stage, qui permet, à la séance suivante du patient, de remettre au travail, le travail entrepris lors de la première rencontre, et approfondi par la régulation apportée. L'étudiant, ayant été éclairé sur la compréhension d'éléments non perçus, devrait alors pouvoir poursuivre son apprivoisement du patient et sa lecture de celui-ci. Cependant cette préconisation, en droite ligne du projet tutorat de « ma santé 2022 » pose la question des moyens humains à mettre en place pour l'individualisation des parcours professionnalisants. Le tuteur de stage libéral accepterait-il un formateur de l'institut dans ses locaux durant ce temps de débriefing formateur/étudiant devant la vidéo de la séance ? L'institut a-t-il assez de formateurs pour voir individuellement tous les étudiants sur leur lieu de stage ? Comment un tuteur libéral peut-il accepter de « perdre » du chiffre d'affaires pour cette belle aventure humaine ? Les médecins maîtres d'apprentissage en libéral reçoivent une formation spécifique et une indemnisation pour cette mission. Est-ce une voie d'avenir pour les tuteurs paramédicaux ?

Une première rencontre étonnante voire éblouissante pour l'étudiant

La démarche de l'étudiant passe par un stade analytique ; comme s'il avait de prime abord besoin de distinguer les différents éléments pour mieux les relier ensuite. Cette étape a été décrite par Audetat (2011) comme étant celle de la première étape du raisonnement clinique. Régulièrement l'étudiant parvient à mobiliser ses connaissances fondamentales, sans parvenir à les transposer sur le patient. Le patient semble éblouir l'étudiant, comme s'il ne parvenait pas à déchiffrer les signes alors qu'il les maîtrise en théorie. Compte tenu de sa non-appropriation du contenu théorique, comment peut-il comprendre le signe clinique, et le voir ? Cela pose la question du bagage théorique minimum pour pouvoir raisonner, comme l'avait déjà souligné Popper (cité par Lhoste, 2006). En regardant le modèle théorique du raisonnement clinique de Charlin (2012), la recherche de savoirs n'intervient qu'en stratégie de recours, comme si le savoir permettant de repérer les indices clés était implicite alors qu'il est premier et nécessaire pour provoquer l'étonnement et les « déclencheurs de l'enquête » (Thievenaz, 2017). Cela explique aussi sans doute la réorientation du parcours de stage dans la réingénierie ou le premier stage est devenu un stage de découverte de l'environnement professionnel alors que le deuxième stage est centré sur la compréhension du parcours du patient.

Prélever les indices pour constituer son enquête (Dewey, 2004) semble une véritable difficulté, comme si les étudiants ne parvenaient pas à articuler registres explicatifs et registre empiriques (Orange, 2004). « Apprivoiser le patient » suppose de créer des liens et cet apprivoisement demande du temps pour le connaître. Lier les informations entre elles est alors plus qu'un

enchaînement. « La pensée réfléchie est un enchaînement et non une simple succession » (Dewey, 2004, p. 10).

Les étudiants étudiés manifestent une incapacité à construire le problème du patient (Fabre, 2009), à utiliser l'outil « raisonnement clinique » comme moyen de compréhension et de transformation du réel. Mais tous les éléments de la problématisation décrits par Fabre (2003) sont-ils présents dans la séance de soin ?

Cet apprentissage in vivo pose la question de la confiance dans la relation thérapeutique quand l'étudiant n'est pas en mesure d'apporter une solution adéquate au problème de santé du patient. Quelle poursuite de prise en soin aurait été possible ?

Des patients ressources experts et co-médiateurs des aspects vécus de la maladie chronique

Deux patients ont partagé leur expérience de malade chronique en se transformant en un tiers médiateur dans l'apprentissage de l'étudiant. Ils ont participé de l'apprentissage du raisonnement clinique en explicitant leur handicap, en co-construisant la séance, véritable « show » pour l'un et en indiquant des plaintes fonctionnelles plus intimes pour l'autre (incontinence, soins corporels d'hygiène, ...). Les patients sont devenus formateurs de l'étudiant, transmetteur de savoir sensoriel appris auprès de leur praticien. Le patient est alors un tiers totalement intégré dans le processus de la séance, qui par sa fonction de médiation aide à l'intégration des savoirs (Lescouarch, 2018). Il est un tiers médiateur dans l'apprentissage du raisonnement clinique. (Figure 81).

La première séance est alors un co-étayage patient-tuteur au profit de l'étudiant, tout comme il s'agit d'une séquence d'apprentissages « croisés » patient-tuteur-étudiant (Thievenaz, 2017, p 67). L'activité du patient dans cet apprentissage du raisonnement clinique ne serait-elle pas un impensé de la formation et/ou de la profession ? Pour profiter de cet apprentissage réciproque (Thievenaz, 2017) présent dans toute situation de la séance de soin, ne faut-il pas à la fois former les étudiants à devenir des patients acteurs lors des séances d'apprentissage du raisonnement clinique pour encourager leur intégration des données biopsychosociales et environnementales, et insérer des patients ressources experts enseignants dans la formation (Plan ma santé 2022) (Gross et al, 2017) ?

Un tuteur modèle du genre professionnel vecteur du style personnel de l'étudiant

Les tuteurs ont une vision hétérogène de leur rôle professionnel. Celle-ci est fonction des ressources pragmatiques qu'ils utilisent. Ils n'ont pas une vision commune concernant leur rôle

de tuteur. Cette problématique semble commune à d'autres pays francophones (Côté, Perry, Cloutier, 2013). Hétérogénéité vraisemblablement liée à la forme d'exercice particulière de ce métier en recherche de professionnalisation et reconnaissance disciplinaire. Ils utilisent majoritairement la transmission d'informations discriminantes comme forme d'étayage, sans doute en lien avec le mode de formation qu'ils ont reçu.

Les tuteurs insistent sur l'appropriation des techniques et connaissance pour pouvoir s'en détacher, exprimer sa pratique et ainsi exercer une technique prescrite efficace mais personnelle adaptée au patient. Ce qu'ils ont surnommé « l'adaptation à la vraie vie ». Comme si les pratiques académiques devaient être pragmatisées pour pouvoir s'adapter au contexte situationnel (Ade & Piot, 2018) en requérant créativité et intelligence de la situation. À moins que cela ne soit l'expression du besoin d'endossement du rôle et du genre kinésithérapique avec la création de son style professionnel.

Le raisonnement clinique : un outil de bricoleur

Le raisonnement en kinésithérapie serait alors un outil qui repose sur les pratiques théoriques, pragmatisées. Ces pratiques sont adaptées et incorporées par chacun des praticiens en fonction de leur personnalité, de leur expérience, de leur parcours professionnel et de leur formation. C'est un fil rouge qui permet l'adaptation au patient et dont le praticien cherche à s'émanciper pour la pratique de « la vraie vie », dans un style qui leur est propre, au sein du genre kinésithérapique.

Cette recherche de créativité de nouvelles règles est la démarche entreprise par les tuteurs lorsqu'ils demandent par exemple à l'étudiant de réaliser toutes les activités possibles dans une position avant de retourner le patient. Ou encore lorsqu'ils fournissent le mode d'emploi pour décoder une douleur du genou en accès direct. La dimension heuristique est recherchée par le développement des liens entre les séquences en utilisant la capacité d'abstraction. Les tuteurs sont alors dans une intention de double professionnalisation pour leurs étudiants et la profession. « Par professionnalisation, nous proposons d'entendre l'apprentissage permanent d'une façon pertinente et efficace d'agir en situation toujours renouvelée. C'est donc l'inventivité et le dynamisme qui caractérisent la professionnalité alors que le respect des règles et leur emploi normé *font le métier* » (Etienne, 2008).

S'appuyant sur la définition de la compétence professionnelle, « faculté de juger de ce qui est opportun dans les situations que la profession fait rencontrer » (Rey, 2009), l'utilisation de l'outil « raisonnement clinique » est alors à voir comme une méta compétence (Rey, 2006). Elle passe par différentes étapes à l'image d'un bricoleur devant son mode d'emploi et qui cherche à monter sa commode. Savoir faire un bilan d'un « tiroir » puis « tiroir par tiroir » puis « savoir

combiner les tiroirs de la commode » et enfin savoir « installer tous les tiroirs » de la commode pour en faire la commode attendue, voire en créer une nouvelle en jouant sur la disposition des tiroirs, dans une démarche créative et émancipatoire des normes attendues. C'est un outil révélateur de la professionnalité de l'individu. Cette référence au bricolage nous évoque les propos de Lévi-Strauss qui pourrait très bien s'adapter au raisonnement clinique. Pour le bricoleur, écrit Lévi-Strauss, « la règle de son jeu est de toujours s'arranger avec les « moyens du bord », c'est-à-dire un ensemble à chaque instant fini d'outils et de matériaux, hétéroclites au surplus, parce que la composition de l'ensemble n'est pas en rapport avec le projet du moment, ni d'ailleurs avec aucun projet particulier, mais est le résultat contingent de toutes les occasions qui se sont présentées de renouveler ou d'enrichir le stock, ou de l'entretenir avec les résidus de constructions et de déconstructions antérieures » (Levi-Strauss, 1962, p 31).

Une modélisation d'un apprentissage du raisonnement clinique en co médiation

Nous avons représenté en début de ce travail, un raisonnement dans le raisonnement (figure 10) comme une pyramide, triangle dans le triangle (Houssaye, 2014). Nous avons modélisé la co-médiation du patient dans la situation de transmission du savoir, comme un quadrilatère. Ces deux aspects nous amènent à compléter la pyramide pédagogique du raisonnement clinique et à proposer une modélisation de celle-ci avec une base à cotés tuteur-étudiant-patient-savoir et à sommet raisonnement clinique. (Figure 82)

Dans cette modélisation, nous obtenons un triangle particulier patient-savoir à sommet raisonnement clinique. Le patient aurait sa propre démarche clinique et ses propres savoirs en fonction de son statut de patient, de malade ou d'adulte malade. Nous rejoignons la théorisation du travail et des savoirs du patient (Tourette-Turgis, 2010 ; Thievenaz, 2017 ; Thievenaz, Olry, 2016, Boutinet, 2015) et celle de la co-élaboration de connaissances entre soignant-soigné (Maubant, 2013).

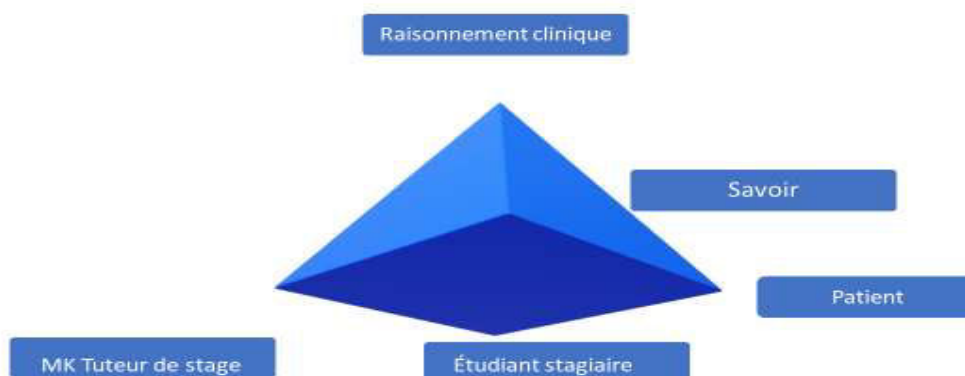


Figure 82 : La pyramide pédagogique du raisonnement clinique à base tuteur, patient, étudiant, savoir

Nous avons considéré le raisonnement clinique comme une méta compétence professionnelle et sa démarche comme une logique de l'enquête, qui grâce au schème permet la problématisation de la situation (tuteur étudiant patient et leurs interactions). L'apprentissage du raisonnement clinique en situation, défini comme un schème, suscité par la première rencontre du patient, a mis en exergue la proposition de Maubant (2015, p 283) de « penser la relation comme une co-construction de connaissances, partagées et mutualisées au service d'une valeur, celle de l'éducation » considérée comme la finalité des métiers adressés à autrui. Le raisonnement clinique vu comme une double démarche clinique et de recherche est une source de professionnalisation et un outil d'émancipation, en développant des capacités de prise de décision et de pouvoir agir, surtout pour des professions paramédicales en quête de reconnaissance. La transmission -apprentissage du raisonnement clinique dans une co-médiation tuteur-patient, n'est-elle pas un « moyen de production d'une connaissance qui permet de déconstruire une technisation systématique, dans un système qui a tendance à techniciser les métiers de l'humain » (Broussal, 2017) ?

En guise de conclusion

Notre recueil de données s'est réalisé en 2016, année de transition entre nouvelle promotion réformée en quatre années et ancienne formation en trois années ; nous avons fait le choix de regarder l'ancienne formation, car nous souhaitions comprendre comment se réalisait la transmission-apprentissage du raisonnement clinique, alors qu'il n'était pas encore instrumenté et institutionnalisé. Nous souhaitions regarder des pratiques ordinaires et non des pratiques prescrites (Janner Raimondi & Wittorski, 2017).

De nombreuses modifications réglementaires et professionnelles se sont produites durant l'espace temporel de cette recherche. Maintenant que la première promotion réformée va obtenir son Diplôme d'État en juillet 2019, et que trois autres promotions sont en cours, il serait intéressant de refaire cette étude. Y aurait-il une évolution dans le rôle social professionnel, dans les pratiques des tuteurs, dans les réalisations des étudiants, dans la place accordée aux patients, compte tenu des difficultés repérées, par ailleurs, dans la mise en place de la réforme et des craintes exprimées par les formateurs face à ce processus inabouti d'universitarisation ? (Perez-Roux, Maleyrot, Pourcelot, Rouvière, Boussagnol, 2018)

Nous avons construit une méthodologie complexe de démarche quasi clinique, mélange de démarche clinique avec des entretiens libres centrés sur une thématique et de démarche habituelle en didactique professionnelle à la recherche des invariants opératoires. Nous pourrions nous poser l'intérêt de nous éloigner du cadre strict de la méthodologie de la didactique professionnelle (Pastré, Mayen, Vergnaud, 2006) en mélangeant deux types de recherche. Il nous semblait que nous pourrions ainsi croiser les données, notamment avec la description que font les protagonistes de leur activité réelle à travers leurs propos. Nous pensions que l'ajout d'entretiens apporterait aussi une réflexion par anticipation sur les premiers instants de la rencontre, aidant ainsi à l'engagement de la première étape du raisonnement clinique. Notre ingénierie de recherche n'est-elle pas, elle-même, une séquence d'apprentissage du raisonnement clinique ? Nous pensons en nous basant sur plusieurs points que l'ingénierie de recherche mise en place est formatrice. Nous avons cherché à développer une réflexion sur la représentation qu'avaient les acteurs du patient, sur leur positionnement professionnel par leur projection de la séance à venir, sur l'accompagnement à travers les entretiens. Nous avons instauré une réflexion à propos de leur activité, de leur apprentissage sur le tas, à travers un temps de débriefing (Wittorski, 2018).

Nos résultats concernent un échantillon de faible amplitude que nous avons examiné en profondeur, comme cela se réalise en démarche clinique. Nous avons pu repérer des grandes lignes de force sans toutefois pouvoir généraliser à l'ensemble le discours singulier de chacun. Nos entretiens présentent leurs propres limites, ils représentent ce que les acteurs ont la capacité de décrire de leur activité réelle. Nous sommes en droit de nous questionner sur les pratiques de supervision observées. Sont-elles les pratiques habituelles des tuteurs ? La « séance qui s'étire » de Béatrice, le « show » de Daniel, la contemplation de Eliott se reproduisent-ils régulièrement ?

Nous avons choisi une situation en libéral puisque 80 % de la population professionnelle travaille dans ce secteur, or il semble qu'il y ait un raisonnement clinique spécifique au libéral, au-delà de la différence des pathologies déjà repérées (Remondière, 2014 ; Panchout, Panchout, Launay, & Coulliandre, 2017). Les tuteurs et étudiants ont régulièrement opposé les deux façons de procéder. Il y a sans doute une piste à explorer.

Sans doute, avons-nous insinué, à notre propre dépens, une réponse particulière sur plusieurs points. Le vocabulaire utilisé est un jargon professionnel de discussion entre pairs. Nous avons longtemps conservé une casquette de formatrice, puis de formatrice chercheure, dans un entre-deux avant de parvenir à endosser un regard de chercheure (Rinaudo, 2017). Ce long entre-deux a eu un impact sur les choix de modèles, de méthodologie et les discours des acteurs. Sans en avoir conscience, les modèles choisis au départ pour effectuer notre analyse relèvent d'une vision de praticienne chercheure. Nous nous sommes situés dans ce que Wittorski nomme « acte de recherche 'professionnelle' » qui « permet conjointement d'analyser, de questionner et d'organiser l'action en cours » en recherchant « à ne plus séparer espace et lieu de formation et espace et lieu de travail (mais les penser dans le cadre d'un *continuum* d'ensemble) » (Wittorski, 2018).

Nous avons recherché pour l'étudiant, l'aspect formatif de la situation de travail et avons finalement organisé, en situation réelle, le travail d'analyse réflexif que nous réalisons à l'institut en différé, en l'absence du tuteur et du patient. L'analyse de la situation clinique sous prétexte de mobilisation de l'outil raisonnement clinique, est réalisée sous forme d'exercices pédagogiques à posteriori de la rencontre du patient, pour mieux comprendre la singularité de la situation. Serait-ce la situation d'analyse clinique de la pratique professionnelle, « outils de formation-professionnalisation pour travailler à partir de la démarche clinique » (Rinaudo, 2015).

Nous avons recherché pour le tuteur le développement « d'une posture rétrospective par rapport à leur action permettant de construire l'expérience 'sue' » (Wittorski, 2018). Finalement, ce qui nous agissait en créant cette méthodologie hybride « quasi clinique » était de replacer

l'expérience au cœur de la formation (Ade, Kodar, 2018) rejoignant ainsi l'idée qui nous avait poussé en 2013 à réaliser ce premier mémoire de master sur l'identification des savoirs professionnels mobilisés par la pratique et produits par celle-ci. Nous imaginions que la formalisation de l'action participait de la connaissance des savoirs de métier. « Ces savoirs professionnels ne sont pas toujours des savoirs stables. Les savoirs professionnels relèvent alors parfois davantage du bricolage et de travail de l'artisan que de celui du professionnel » (Rinaudo, 2002). En nous inspirant de Clerc (1996), nous avons fait l'hypothèse que l'apprentissage et la formalisation du raisonnement clinique favorisent l'identification des savoirs mobilisés dans la pratique professionnelle et produits par elle. Notre méthodologie de recherche dans ce travail actuel n'est-elle pas la vérification sur le terrain en situation, de cette pensée ? N'avons-nous pas cherché en regardant une situation de transmission-apprentissage à identifier le raisonnement clinique formalisé et les savoirs d'action mobilisés ? Sans en avoir eu une conscience précise, auparavant, sans doute nous sommes-nous situés dans une approche qui accorde une forte valeur au sujet, à sa pratique, au terrain professionnel et à la réorganisation des conduites en vue des expériences futures. Il semble qu'avec notre démarche de recherche, nous avons mis en place une énigme, pour déclencher un processus d'enquête chez les interviewés, par la confrontation à un étonnement, cherchant ainsi à faire de ce moment de notre recherche, un temps d'apprentissage, « d'une pierre trois coups ». Nous cherchons à « identifier les savoirs spécifiques au champ professionnel » (Wittorski, 2018) en accordant de l'importance au sujet et à son développement professionnel personnel, en donnant une place au patient-sujet comme personne singulière non standardisée et non standardisable. C'est sans doute cette vision qui a fait l'objet de notre demande vis-vis de notre objet de recherche. (Revault d'Allonnes, 1989). Ce que nous percevons plus distinctement maintenant que nous avons fait « l'épreuve de soi » au cours d'une transition professionnelle définie comme « *un espace/temps de passage inscrit au cœur d'un changement, assumé ou non, abouti ou non, et qui nécessite de l'individu la mise en œuvre de stratégies d'adaptation pour mieux gérer éléments de ruptures et (re)construction de continuités. Ce processus s'inscrit dans un temps chronologique, celui d'un parcours de vie, autant que dans un temps kairologique, celui de l'instant.* » (Bailleux & Perez-Roux, 2013). Cette transition nous a placés sur le chemin d'une certaine émancipation et démarche d'académisations de nos savoirs, en rupture avec nos situations antérieures et institutionnelles. Elle nous conduit vers un nouveau statut, dans un autre institut, un institut régional de recherche paramédicale pluriprofessionnelle en cours d'universitarisation.

Cependant ce travail n'est qu'une étape. D'autres perspectives d'analyse se profilent, centrées sur des thématiques que nous n'avions pas imaginées au préalable et qui sont apparues lors des

analyses telles que les gestes professionnels, les interactions langagières par exemple. Elles apparaissent encore au fur et à mesure de l'écriture de ce travail, au cours de la distanciation qui s'opère avec notre objet de recherche en même temps que notre propre problématisation de la situation (Fabre, Musquer, 2009).

- des gestes professionnels à mettre en lien avec le raisonnement clinique ?

À la suite de remarques identiques dans deux congrès différents et deux années consécutives, nous avons à poursuivre l'étude de la vidéo de la séance. Cette analyse ne faisait pas partie initialement de notre ingénierie de recherche, la vidéo n'était qu'un support visuel pour l'hétéroconfrontation. Effectivement, comme souligné par les remarques nous avons repéré, lors des hétéroconfrontation et lors de l'analyse, certains gestes professionnels tels que ceux de sollicitude et d'évaluation décrits par Eyland (2017). Nous pourrions rechercher de façon plus approfondie ces gestes professionnels, les postures adoptées et la communication non verbale mise en place, à l'occasion d'une analyse des vidéos des séances. Peut-être des liens sont à produire entre ces gestes et le raisonnement clinique, à la recherche de savoirs spécifiques, à l'image du « multi agenda de préoccupations enchâssées » (Bucheton & Soulé, 2009), que nous pourrions intégrer dans la formation.

- Une analyse des interactions mises en place pendant la séance

Lors des séances, nous avons repéré des interactions entre tuteurs et étudiants, comme des recherches d'approbations de l'étudiant envers son tuteur (triade 2), des « coups d'œil » anticipatoires du tuteur en direction de l'étudiant (triade 3) ou des échanges visuels inter binôme (triade 7) et des échanges visuels inter tuteur-patient (triade 4) ou encore des différences de hauteur de positionnement (hétéroconfrontation triade 7). En utilisant par exemple le modèle EPR (enjeux pragmatiques, enjeux relationnels, enjeux épistémiques) de Vinatier (2013), sans doute l'analyse des interactions au moment de la séance de soins serait une ressource pour le travail du tuteur à mettre au service de la formation (Vinatier, Fillietiaz, Laforest, 2018).

-Un triangle apprentissage-situation-activité

En nous basant sur les propositions de Mayen (2012, p 66) et Maubant (2015, p 140), et suite à notre étonnement face aux résultats des éléments de discours représentant les registres de

ressources utilisées, nous pourrions rechercher les savoir professionnels véhiculés dans l'activité et analyser la situation comme potentielle d'apprentissage à l'aide du triangle pédagogique adapté à la reliance apprentissage-situation -activité.

-Une démarche de problématisation de la situation

En nous appuyant sur les travaux de Prevel et Ouitre (2015, p 74) en lien avec la problématisation de Fabre et Musquer (2009), « en référence à la didactique professionnelle, nous pouvons dire que la problématisation constitue le modèle cognitif qui oriente l'activité des formateurs dans la conduite de leur entretien », nous pourrions repérer leur modèle opératif mise en épreuve de leur modèle cognitif. De même, nous pourrions repérer l'utilisation d'inducteurs de problématisation spécifiques à la profession lors de l'hétéroconfrontation pour repérer une éventuelle aide à la problématisation de la situation. (Fabre et Musquer, 2009)

-Un développement semblable du schème « raisonnement clinique » dans toutes les professions ?

Il serait intéressant de regarder comment se développe l'utilisation de l'outil « raisonnement clinique » au sein de plusieurs formations initiales de la rééducation en comparant les projets pédagogiques et en suivant les étudiants, les tuteurs et les formateurs sur une longue temporalité (Maleyrot, 2017) et dans les différents lieux de l'alternance (Kunegel, 2011). Par exemple, en pédicurie-podologie, la majorité des soins se font essentiellement dans une clinique de formation. Les tuteurs formateurs ont-ils une attitude en activité pédagogique (constructive) qui les différencie des tuteurs en activité productive ? Cette nuance semble être remarquée de façon intuitive dans les écoles d'ostéopathie, profession encore reconnue comme profession de bien-être, à ce jour, qui ont, elles aussi, des cliniques de consultations. Les différents tuteurs ont-ils le même style, en fonction des formations ? Les patients ont-ils la même place de « formateur », de patients ressources dans ces cliniques pédagogiques de soins ? Les différentes formations ont-elles la même progression, pour les différentes étapes d'acquisition de l'outil « raisonnement », la même difficulté à obtenir cette compétence diagnostique ? Retrouvons-nous la même évolution que celle des étudiants québécois en médecine (Bourget, 2013) ? Les évaluations du raisonnement clinique sont-elles discriminantes (Nayer, Takahashi, & Hrynchak, 2018) ? Les difficultés de raisonnement sont-elles retrouvées dans les autres métiers de la rééducation (Audetat, Laurin, Dory, Charlin, & Nendaz, 2018 ; Guerrasio & Lessing, 2017) ? Des remédiations personnalisées et des individualisations de parcours sont-elles

proposées en cas de difficultés dans l'apprentissage de cette méta compétence de raisonnement clinique (Huffman, et al., 2018) ? L'auto-explicitation et la régulation de leurs émotions par les étudiants sont-elles mises en valeur (Lajoie, Zheng, & Li, 2018) ? La structure conceptuelle et la problématisation de la situation sont-elles obtenues ? Autant de questions qui mériteraient que nous nous attardions.

En ces derniers jours d'écriture de notre travail, un nouveau plan « ma santé 2022 » annonce des réformes des études de santé en repensant l'admission dans celles-ci. L'accès aux études de masso-kinésithérapie devrait lui aussi être modifié. Sans doute la Paces ne sera plus la voie royale pour accéder aux instituts de formation, alors même qu'elle était réclamée par la profession et que des quotas d'accessibilité avaient été imposés réglementairement pour l'établissement des conventions bipartites d'admission. Le concours organisé en fin d'année de la Paces disparaît avec la suppression du numéris clausus et la réforme des études médicales⁸². Se pose alors la question de l'accès aux études MK en septembre 2019 : une entrée via « parcoursup » comme pour les infirmières et les pédicures-podologues, une entrée dans un nouveau cursus (en quelle année ?) suite à une licence en santé, une entrée via le système réformé MMOP (Médecine, maïeutique, Odontie, Pharmacie) ?

L'un des axes du projet est de mieux structurer l'acquisition et l'évaluation des compétences en stage, notamment par la formation des encadrants et la mise en place d'un programme d'évaluation des compétences à acquérir en stage. Ne faudrait-il pas créer un parcours de formation clinique avec une progression basée sur la zone proximale de développement, comprenant à la fois des activités cliniques et des activités de raisonnement comme cela est prévu durant le stage en médecine générale ou en chirurgie ?

Un autre axe est le développement des pratiques avancées, étendues à d'autres professions que celle d'infirmière et mises en place en septembre 2018 avec la création d'un nouveau diplôme d'État, de grade master obtenu après une formation de deux ans. « Les infirmiers en pratique avancée auront la responsabilité du suivi régulier des patients pour leurs pathologies et pourront prescrire des examens complémentaires, demander des actes de suivi et de prévention ou encore renouveler ou adapter, si nécessaire, certaines prescriptions médicales ». Le raisonnement clinique est-il un outil économique de cadrage des pratiques permettant le transfert de responsabilités à moindre risque ?

⁸² <https://www.nouvelobs.com/education/20181204.OBS6490/etudes-de-sante-finissons-en-avec-le-massacre-du-concours.amp>; https://etudiant.lefigaro.fr/article/premier-aperçu-du-nouveau-concours-d-entree-en-medecine_63380be4-f6fc-11e8-82f2-ef873a7d569f/

Un autre axe est la création des licences communes à différentes filières. Sans doute allons-nous assister à un bouleversement du paysage de la formation avec des créations de collégium santé, des rapprochements inter-instituts, des nouvelles offres de formation (Picard, 2018). La question de l'avenir de la kinésithérapie peut se poser. Deviendra-t-elle une spécialité après un cursus commun aux métiers de la rééducation-réadaptation ? Avons-nous regardé des pratiques en cours de transformation ? L'avenir nous le dira.

Bibliographie

- Abdulmajed, H., Park, Y., Tekian, A. (2015). Assessment of educational games for health professions A systematic review of trends and outcomes. *Medical teacher, suppl. 37*, 527-532.
- Ade, D., Piot, T. (2018). *La formation entre universitarisation et professionnalisation, Tensions et perspectives dans des métiers de l'interaction humaine*, Rouen :PURH.
- Ajjawi, R., Higgs, J. (2008). Learning to reason a journey of professional socialisation. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.*, 13 (2), 133-50.
- AlHaqwi, A. I., Tariq Awad, M. (2015). Problem-based learning in undergraduate medical education in Saudi Arabia : Time has come to reflect on the experience. *Medical Teacher, suppl.*, 37, 61-66.
- Alin, C. (2010). *La geste formation. Gestes professionnels et analyse des pratiques*. Paris : L'harmattan.
- Alonso Vilches, V., Pirard, F. (2018). Le tutorat dans les métiers de l'interaction humaine. Apprendre à partir de situations complexes. *Formation emploi*, 141, 27-44.
- Al-Wassia, H., Al-Wassia, R., Shihata, S. P., Yoon, S., Tekian, A. (2015). Using patients' charts to assess medical trainees in the workplace A systematic review. *Medical teacher, suppl.*, 37, 82-87.
- Ameisen, JC. (2015). *Soi-même en train de vivre*. (Sur les épaules de Darwin, Intervieweur) 25 avril France inter, <https://www.franceinter.fr/emissions/sur-les-epaules-de-darwin/sur-les-epaules-de-darwin-25-avril-2015>.
- Aper, L., Reniers, J., Derese, A., Veldhuijzen, X. (2014). Managing the complexity of doing it all an exploratory study on students' experiences when trained stepwise in conducting consultations. *BMC Medical Education*, 14 (1), 206.
- Aper, L., Veldhuijzen, X., Dornan, T., van de Ridder, M., Koole, S., Derese, A., et al. (2015). "Should I prioritize medical problem solving or attentive listening ?" The dilemmas and challenges that medical students experience when learning to conduct consultations. *Patient Educ. Couns.*, 98 (1), 77-84.
- Ardoino, J. (2014). Pédagogie de l'étonnement et pédagogie de la surprise. *Éducation permanente*, 200, 43-52.
- Ardouin, T. (2003). *Ingénierie de la formation pour l'entreprise*. Paris : Dunod.
- Astier, P. (2014). Figures de l'étonnement. *Éducation permanente*, 200, 191-200.
- Astier, P. (2017 a). La fonction tutorale. *Recherche et formation*, 84, 101-112.
- Astier, P. (2017 b). L'insistance des commencements. *Éducation permanente*, 210, 149-160.
- Askew, K., Manthey, D., Mahler, S. (2012). Clinical reasoning: Are we testing what we are teaching? *Med Educ*, 46540-46541.
- Astolfi, J.-P. (1997). *L'erreur, un outil pour enseigner*. Issy-les-Moulineaux : ESF éditions.

- Atkinson, H. (2011). A tool for clinical reasoning and reflection using the ICF framework and patient management model. *Phys ther*, 91, 416-430.
- Audetat, M. (2011). Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique. *Pédagogie médicale*, 12 (4), 223-229.
- Audetat, M., Faguy, A., Jacques, A., Blais, J., Charlin, B. (2011). Étude exploratoire des perceptions et pratiques de médecins cliniciens enseignants engagés dans une démarche de diagnostic et de remédiation des lacunes du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale*, 12 (1), 7-16.
- Audetat, M., Laurin, S. (2012). Clinical reasoning difficulties : a taxonomy for clinical teachers. *Medical teacher*, 35, 1-6.
- Audetat, M., Laurin, S., Dory, V., Charlin, B., Nendaz, M. (2018). *AMEE GUIDE 117, Part I and II : Diagnosis and management of clinical reasoning difficulties*. Diagnosis and management of clinical reasoning difficulties. Dundee, UK : Association for Medical Education in Europe (AMEE).
- Audetat, M.-C. (2011). Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique I. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique. *Pédagogie médicale*, 12 (4), 223-229.
- Bachelard, G. (1938). *La formation de l'esprit scientifique*. Paris : Vrin.
- Bailleux, A., Perez-Roux, T. (2013). Transitions professionnelles. *Recherche et formation*, 74, 101-114.
- Balas, S. (2013). Transmettre un métier? L'exemple des masseurs kinésithérapeutes. *Communication à la Biennale internationale du CNAM* (239, atelier 21). Paris : Cnam.
- Bandura, A. (2007). *Auto-efficacité*. Bruxelles : De Boeck.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF.
- Barthelemy, A. et col (2015). La physiothérapie et les sciences de la réadaptation au Québec : une source d'inspiration pour l'évolution de la masso-kinésithérapie française ? *Kinesither rev*, (15) 161, 31-36.
- Baslev, K., Fillietaz, L., Ciavaldini-Cartaut, S., Vinatier, I. (2015). *La part du langage : pratiques professionnelles en formation*. Paris : L'harmattan.
- Baudrit, A. (2012). Être aujourd'hui tuteur d'étudiants en soins infirmiers : une mission complexe et pérenne. *Recherche en soins infirmiers*, 111, 6-12.
- Beillerot, J. (1988). *Voies et voix de la formation*. Paris : Éditions universitaires.
- Belpaume, C. (2009). Accompagner l'apprentissage du raisonnement clinique en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 99, 43-74.
- Benner, P. (2003). *De novice à expert, excellence en soins infirmiers*. Paris : Masson.
- Berger, G. (2017). Préface, Dans J-M. Barbier, Thievenaz, J. *Agir pour, sur et avec autrui. Les couplages d'activités* (7-17). Paris : L'harmattan.
- Berthelot, M. (2013). Le diagnostic masso-kinésithérapique : Mode d'emploi. *Kiné actualité*, 1344, 18-21.

- Berthoz, A. (1997). *Le sens du mouvement*. Paris : Odile Jacob.
- Betton, E. (2015). La créativité en formation : une question de pédagogie ? *Éducation permanente*, 202, 147-158.
- Billeter, J.-F. (2014). *Un paradigme*. Paris : Allia.
- Blanchard-Laville, C. (1999). L'approche clinique d'inspiration psychanalytique : enjeux théoriques et méthodologiques. *Revue française de pédagogie*, 127, 9-22.
- Blissett, S., Cavalcanti, R.B., Sibbald, M. (2012). Should we teach using schemas? Evidence from a randomised trial. *Medical Education*, 46, 815-822.
- Boileau, E., Saint-Onge, C., Audetat, M. (2017). Is there a way for clinical teachers to assist struggling learners ? A synthetic review of the literature. *Adv Med Educ Pract.*, 8, 89-97.
- Bokken, L., Rethans, J., Jöbssis, Q., Duvivier, R., Scherpbier, A., van der Vleuten, C. (2010). Instructiveness of real patients and simulated patients in undergraduate medical education : a randomized experiment. *Acad med*, 85 (1), 148-154.
- Bokken, L., Rethans, J., van Heurn, L., Duvivier, R., Scherpbier, A., van der Vleuten, C. (2009). Students' views on the use of real patients and simulated patients in undergraduate medical education. *Acad Med*, 84 (7), 958-963.
- Bossard, L.M. (2009). Enseignants débutants : de l' « adolescence professionnelle » à la « post-adolescence professionnelle ». *Cliopsy*, 2, 65-77.
- Bossard, L.-M. (2001). Soizic : une « adolescence professionnelle » interminable ? *Connexions*, 75, 69-83.
- Boulard, M. (2016). Le raisonnement clinique de l'étudiant : évolution des processus cognitifs et méthode pédagogique d'évaluation par l'auto-confrontation. *Gynécologie et obstétrique*. <dumas-01402916>.
- Bourdoncle, R. (1991). La professionnalisation des enseignants : analyses sociologiques anglaises et américaines. *Revue française de pédagogie*, 94, 1, 73-91.
- Bourdoncle, R. (2007). Universitarisation. *Recherche et formation*, 54, 135-149.
- Bourdoncle, R., Lessard, C. (2003). Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire ? *Revue française de pédagogie*, 142, 131-181.
- Bourgeois, E., Nizet, J. (1997). *Apprentissages et formation des adultes*. Paris : PUF.
- Bourget, A. (2013a). *De la formation préclinique à la formation clinique explicitation du développement du raisonnement clinique chez des étudiantes et des étudiants en médecine ayant suivi un programme basé sur l'apprentissage par problèmes*. Thèse de doctorat en éducation. Université de Sherbrooke.
- Bourget, A. (2013b). Explicitation du raisonnement clinique : méthodologie novatrice menant à l'identification de deux étapes de développement au cours des 12 mois entourant la fin de la formation préclinique et le début de la formation clinique d'étudiants en médecine. *Recherche qualitative*, 32 (2), 320-345.

- Boutinet, J. (2015). Quel est cet adulte qui part en soin ? Dans J. Thievenaz, C. Tourette-Turgis (dir.). *Penser l'expérience du soin et de la maladie : une approche par l'activité* (135-165). Bruxelles : De Boeck.
- Boyd, G. W. (2011). Education debate : clinical diagnostic reasoning. *Internal medicine journal, Royal Australian college of Physicians*.
- Broussal, D., Caire JM., Techene, S., Castel-Lacanal E et De Boissezon, X. (2018) S'étonner pour se professionnaliser : une expérience d'immersion sur le terrain en première année de formation d'ergothérapeutes, *Education et socialisation*, 49, 1-17, consulté le 19 septembre 2018. <http://journals.openedition.org/edso/3155> ; DOI : 10.4000/edso.3155.
- Brousseau, G. (1998). *Théorie des situations didactiques*. Grenoble : La pensée sauvage.
- Brousseau, G. (2011). La théorie des situations didactiques en mathématiques. *Éducation et didactique*, 5 (1), 101-104.
- Brousseau, G. (2012). Des dispositifs Piagétien... aux situations didactiques. *Éducation et didactique*, 6 (2), 103-129.
- Bruner, J. (1981). *Le développement de l'enfant, Savoir-faire, savoir dire*. Paris : PUF.
- Bucheton, D. (2009). *L'agir enseignant : des gestes professionnels ajustés*. Toulouse : Octares.
- Bucheton, D., Soulé, Y. (2009). Les gestes professionnels et le jeu des postures de l'enseignant dans la classe : un multi-agenda de préoccupations enchâssées. *Éducation et didactique*, 3 (3), 29-48.
- Buratti, I. (2016). Études de médecine et formations paramédicales : ce qui va changer. *Le Monde*, Février, 15.
- Caens-Martin, S. (2005). Concevoir un simulateur pour apprendre à gérer un système vivant à des fins de production : la taille de la vigne. Dans P. Pastré (dir.). *Apprendre par la simulation. De l'analyse du travail aux apprentissages professionnels* (81-106). Toulouse : Octares éditions.
- Cambron-Goulet, E., Dumas, JP., Bergeron, L. ; Bergeron E. St-Onge, C. (2018) Guidelines for creating written clinical reasoning exams : Insight from a Delphi Study. *Health Professions Education*, in press.
- Canguilhem, G. (1943). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.
- Carbonaro, R., Latruffe, C. (2017). Quelle urgence en kinésithérapie ? *Kinésither rev*, 191 (17), 26-30.
- Carme, G. (2003). *Les stages cliniques dans la formation initiale des masseurs kinésithérapeutes. De l'hétérogénéité des tuteurs à la convergence des apprentissages*. Mémoire IFCS, sd C. Le Corre, non publié.
- Carré, P. (2005). *L'apprenance. Vers un nouveau rapport au savoir*. Paris : Dunod.
- Carrier, A, Freeman, A, Levasseur, M, Desrosiers, J. (2014). Using institutional ethnography to study the involvement of context in clinical reasoning. *Eur J Pers Cent Health*, 2(4) : 425-33.

- Carrier, A., Levasseur, M., Freeman A, Mullins, G., Kénec'hdu, Lalondé, L., Gagnon, M., Lacasse, F. (2013). Influence of societal and practice contexts on health professionals' clinical reasoning : a scoping study protocol. *BMJ Open*, 3 (4), 1-10.
- Carrier, A., Morin, C. (2015). Influence des ressources disponibles sur le raisonnement clinique : quelles preuves scientifiques ? Résultats d'une recension élargie. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 1 (1), 5-24.
- Castarede, M. (1983). L'entretien clinique à visée de recherche. Dans C. Chiland, *L'entretien clinique* (139-171). Paris : PUF.
- Causser, J., Barach, P., Williams, A. (2014). Expertise in medicine using the expert performance approach to improve simulation training. *Med educ*, 48 (2), 115-123.
- Chamberland, M. (1994). Les séances d'apprentissage au raisonnement clinique (ARC). *Annales de Médecine Interne*, 149 (8), 479-84.
- Chamberland, M., Mamede, S., St-Onge, C., Rivard, M., Setrakian, J., Levesque, A., et al. (2013). Students' self-explanations while solving unfamiliar casethe role of biomedical knowledge. *Medical education*, 47 (11), 1109-1116.
- Chamberland, M., Mamede, S., St-Onge, C., Setrakian, J., Bergeron, L., Schmidt, H. (2015). Self-explanation in learning clinical reasoning the added value of examples and prompts. *Medical Education*, 49 (2), 193-202.
- Charlin, B. (2003). L'évaluation du raisonnement clinique. *Pédagogie médicale*, 4, 42-52.
- Charlin, B., Boshuizen, Hp., Custers, Ej., Feltovich, Pj. (2007)? Scripts and clinical reasoning. *Medical Education*; 41 (12), 1178-84.
- Charlin, B. (2012). Clinical reasoning processes : unravelling complexity through graphical representation. *Médical education*, 46 (5), 454-63.
- Chevallard, Y. (1991). *La transposition didactique - Du savoir savant au savoir enseigné*. Grenoble : La Pensée sauvage.
- Chilotti, P. (2015). La formation des infirmiers : Construire l'expérience par l'analyse réflexive. Dans J. Thievenaz, C. Tourette-Turgis (dir.). *Penser l'expérience du soin et de la maladie. Une approche par l'activité*. (113-131). Bruxelles : De Boeck.
- Choplin, A. (2015). *L'imitation socioconstructiviste au service de l'efficacité palpatoire des étudiants masseurs-kinésithérapeutes : émergence d'une habileté massothérapeutique dans la prise en charge de la fibromyalgie*. Thèse en sciences de l'éducation, sd. J. Revestein et V. Breuil. Université Aix-Marseille.
- Cifali, M. (1996). Démarche clinique, formation et écriture, in Paquay L et col *Former des enseignants professionnels. Quelles stratégies ? Quelles compétences ?* (119-135). Bruxelles : De Boeck.
- Cifali, M. (2005). *Le lien éducatif contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF.
- Cifali, M., Giust-Desprairies, F. (2006). *De la clinique. Un engagement pour la recherche et la formation*. Bruxelles : De Boeck.
- Cifali Bega, M. (2014). Une clinicienne saisie d'étonnement. *Éducation permanente*, 200, 143-154.
- Cifali Bega, M. (2017). Au jeu du commencement. *Éducation permanente*, 210, 9-18.

- Clerc, N. (1996). Les savoirs professionnels des enseignants. Dans J. Beillerot, *Pour une clinique du rapport au savoir* (301-305). Paris : L'harmattan.
- Clerc, N. (2007). L'image du corps, *Congrès AREF*, Strasbourg, consultable à l'URL http://www.congresintaref.org/actes_pdf/AREF2007_Nicole_CLERC_386.pdf, consulté en mai 2018.
- Clot, Y. (2007). De l'analyse des pratiques au développement des métiers. *Éducation et didactique*, 1, 83-94.
- Clot, Y., Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, 4, 7-42.
- CNOMK. (2017). *Optimiser et décloisonner l'offre de soins autour du patient, Osons l'accès direct*. Colloque national, 21 septembre.
- CNOMK. (2017). *Un parcours de masterisation innovant pour les étudiants en kinésithérapie*, Communiqué de presse du 20 septembre <http://www.ordremk.fr/actualites/ordre/communique-de-presse-2/> consulté le 21 septembre 2017.
- CNOMK. (2016). *Contributions écrites du conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes à la grande conférence de la Santé*.
- CNOMK. (2015). *Nécessité d'une discipline universitaire en kinésithérapie*. Colloque conférence, 10 déc. Nice.
- Cochet, H. (2003). Formation, complexité, changement de regard : une recherche processuelle dans le champ de la formation en masso-kinésithérapie. *REK*, 1, 33-38.
- Cote, S., St-Cyr Tribble, D. (2012,). Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concepts. *Recherche en soins infirmiers*, 111, 13-21.
- Courtois-Dubresson, C., Grober-Traviesas, D. (2015). Partage d'expérience autour de l'accompagnement à l'apprentissage du raisonnement clinique trifocal en formation initiale. *EMC - Savoirs et soins infirmiers*, 10 (1), 1-6.
- Cristol, D. (2017). Les communautés d'apprentissage : apprendre ensemble. *Savoirs*, 1 (3), 10-55.
- Croskerry, P. (2009). A universal model of diagnostic reasoning. *Academic medicine*, 84 (8), 1022-1028.
- Croskerry, P., Petrie, D., Reilly, J., Tait, G. (2014). Deciding about fast and slow decisions. *Acad Med.*, 89 (2), 197-200.
- Croskerry, P., Singhal, G., Mamede, S. (2013a). Cognitive debiasing 1 : origins of bias and theory of debiasing. *BMJ Qual Saf*, (22), 58-64.
- Croskerry, P., Singhal, G., Mamede, S. (2013b). Cognitive debiasing 2 : impediments to ans stratégies for change. *BMJ Qual Saf*, (22), 65-72.
- Cruz, E., Moore, A., Cross, V. (2012). A qualitative study of physiotherapy final year undergraduate students' perceptions of clinical reasoning. *An Ther.*, 17 (6), 549-553.

- Decomps, B., Malglaive, G. (1996). Comment asseoir le concept d'université professionnelle, dans J-M. Barbier, *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. (57-72), Paris : PUF.
- Delany, C., Watkin, D. (2009). A study of critical reflection in health professional education 'learning where others are coming from'. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 14 (3), 411-429.
- Delbos, G., Jorion, P. (1984). *La transmission des savoirs*. Paris : Maison des sciences de l'homme.
- Delplanque, D. (2005). *Contribution à l'analyse des processus cognitifs mis en jeu dans la démarche d'évaluation diagnostique en kinésithérapie respiratoire*. Mémoire de master, sd C. Eymard, Université de Corte, non publié.
- Demeester, A., Eymard, C. (2010). Apprentissage du raisonnement clinique en formation initiale sage femmes. *Actes du congrès de l'actualité de la recherche en éducation et formation*. Université de Genève.
- Demeester, A., Eymard, C., Vanpee, D. (2012). Apprentissage du raisonnement clinique difficultés identifiées en formation initiale sage-femme. *Revue française de pédagogie*, 186, 43-54.
- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion.
- Dewey, J. (2004). *Comment nous pensons*. Paris : Les empêcheurs de tourner en rond/ Le seuil.
- Dewey, J. (2014). *Expérience et éducation*. Paris : Colin.
- Dolto, B. (1976). *Le corps entre les mains*. Paris : Hermann.
- Dolto, B. (2013). *Hommage à Boris Dolto, regards croisés et témoignages*. Paris : Fondation Eфом Boris Dolto.
- Dong, T., Durning, S., Artino, A. J., Holmboe, E., Lipner, R., Schuwirth, L. (2015). Dual process theory and intermediate effectare faculty and residents' performance on multiple-choice, licensing exam questions different ? *Mil Med*, 180 (4 suppl), 92-6.
- Dory, V. (2012). How to construct and implement script concordance testing sights from a systematic review, *Medical education*; 46552–563.
- Dumas, J.-P. (2016). *L'évaluation du raisonnement clinique en physiothérapie*. Thèse en sciences de l'éducation. Université de Montréal.
- Durning, S. J. (2012). The feasibility, reliability, and validity of a post-encounter form for evaluating clinical reasoning. *Medical teacher*, 34, 30–37.
- Durning, S., Artino, A. J., Pangaro, L., Van Der Vleuten, C. (2011). Context and clinical reasoning understanding the perspective of the expert's voice. *Med Educ*, 45 (9), 927–38.
- Durning, S., Costanzo, M., Artino, A., Graner, J., Van Der Vleuten, C., Beckman, T. (2015). Neural basis of non analytical reasoning expertise during clinical evaluation. *Brain Behav*, (5) 3, e00309 (1-10).

- Dyer, JO., Pudenko, B. (2011). Modélisation du raisonnement clinique en physiothérapie. *Groupe de travail raisonnement clinique*. Université de Montréal.
- Dyer, JO. (2015). Example-based learning : comparing the effects of additionally providing three different integrative learning activities on physiotherapy intervention knowledge. *BMC Med Educ*, 15 :37.
- Edwards, E., Jones, M. (2007). La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) : compréhension et application par le raisonnement clinique. *Kinesither rev*, 71, 40-49.
- Elven, M., Dean, E. (2015). Factors influencing physiotherapists' clinical reasoning a meta-synthesis. *Physiotherapy*, 101, 60-75.
- Erikson, E. (1972). *Adolescence et crise*. Paris : Flammarion.
- Étévé, C. (2005). Autour des mots "problématisation" "déproblématisation" "reproblématisation". *Recherche et formation*, 48, 119-134.
- Eva, KW. (2005). Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale*, 6, 225-234.
- Eyland, I. (2017). *Les savoirs professionnels liés au care chez les infirmiers libéraux : construction d'un outil d'analyse des gestes professionnels liés au care dans des situations de soins*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, sd. S. Leblanc, A. Jean. Université de Montpellier.
- Eyland, I., Jean, A. (2017). À la recherche de gestes professionnels liés au care chez les infirmiers libéraux. Dans S. Parayre, J. Guiet-Silvain, L. Numa Bocage (dir.). *Formation, éducation, santé : enjeux, évolutions et apports de la recherche*. Vol. 3, (153-168). Éditions des archives contemporaines.
- Fabre, M. (2005). Formation et problématisation. *Recherche et formation*, 48, 5-14.
- Fabre, M. (2014). De l'étonnement au problème. *Éducation permanente*, 200, 97-105.
- Fabre, M. (2017). Dewey et le triangle de la formation. *Questions Vives, recherches en éducation*, 27, 1-14.
- Fabre, M. (2009). *Philosophie et pédagogie du problème*. Paris : Vrin.
- Fabre, M. (2011). *Éduquer pour un monde problématique*. Paris, PUF.
- Fabre, M. (1999). *Situations-problèmes et savoir scolaire*. Paris, PUF. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k48082976/f18.image.texteImage>.
- Fabre, M. ; Musquer, A. (2009). Vers un répertoire d'inducteurs de problématisation. Analyse d'une banque de situations-problèmes. *Spirale, Suppl. E43*, 45-58.
- Faucher, C. (2009). Développement d'un modèle de raisonnement clinique par son explicitation auprès d'optométristes de deux niveaux d'expertise contrastants. *Recherches qualitatives*, 31 (2), 79-107.
- Faure, S. (2000). *Apprendre par corps*. Paris : La dispute.
- Fernagu-Oudet, S. (2004). Ingénierie de professionnalisation et didactique professionnelle. *Recherche et formation*, 46, 117-134.

- Fleury, B., Fabre, M. (2005). Psychanalyse de la connaissance et problématisation des pratiques : la longue marche vers le processus « apprendre ». *Recherche et formation*, 48, 75-90."
- Foucault, M. (1976). *Les machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne*. Paris : Mardaga.
- Freud, S. (1919). *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Paris : Folio essais.
- Froissart, M.-T. (2017). La situation de soin en kinésithérapie. *Didactique professionnelle, Quatrième colloque international*, Lille, 6-8 juin.
- Froissart, M.-T. (2018). De l'usage de l'expérience professionnelle en formation initiale en kinésithérapie. *Kinésithér scient*, 598, 29-34.
- Gaubert, C. (2006). *Le sens des limites. Structuration du corps des masseurs-kinésithérapeutes, définition sociale de leur compétence et imposition scolaire de la domination médicale*, Thèse de doctorat en sociologie, sd. G. Mauger. Paris : EHESS.
- Gaussel, M. (2015). Lire pour apprendre, lire pour comprendre. *Veille de l'Ifé*, 101, 1-28.
- Gedda, M. (2001). *Décision kinésithérapique. Identité, démarche, chaînes logiques*. Paris : Masson.
- Gedda, M. (2014a). L'atelier de décision kinésithérapique : un espace de progression collective. *Kinesither rev*, (14) 145, 26-30.
- Gedda, M. (2014b). Décision kinésithérapique : les supports d'aide, de communication et de traçabilité de la décision. *Kinesither rev.*, (14) 151, 17-28.
- Gedda, M. (2017). Médecine factuelle, pratique factuelle et indice de factualité 1.0 (i-FACT). *Kinesithér rev.*, (17) 187, 9-16.
- Gedda, M. (2018). Kinésithérapie la Revue 2001-2016 : typologie des contenus. Revue systématique. *Kinesither rev*, (18) 200-2001, 22-45.
- Gedda, M., Trudelle, P., Pauchet-Traversat, A., Riche, R., Mlika-Cabanne, N., Durocher, A. (2000). Enquête de pratique sur le dossier du patient en masso-kinésithérapie. *Annales de Kinésithérapie*, 27 (5), 205-228.
- Gesundheit, N., Brutlag, P., Youngblood, P., Gunning, W. T., Zary, N., Fors, U., et al. (2009). The use of virtual patients to assess the clinical skills and reasoning of medical students initial insights on student acceptance. *Medical teacher*, 31 (8), 739-742.
- Goffman, E. (2002). La "distance au rôle "en salle d'opération. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143 (3), 80-87.
- Grand, J., Pearce, M., Rench, T., Chao, G., Fernandez, R., Kozlowski, S. (2013). Going DEEP guidelines for building simulation-based team assessments. *BMJ Qual Saf*, 22 (5), 436-448.
- Grevellec, C., Marchand, C. (2014). Étude des autoévaluations des étudiants en soins infirmiers au décours d'expériences cliniques Study of nursing students' self-assessments following clinical experiences. *Pédagogie Médicale*, 15 (2), 99-111.

- Gross, O., Ruelle, Y., Khau, CA., Sannié, T., Gagnayre, R. (2017). L'utilité des patients - enseignants dans la formation initiale des médecins généralistes. *Education, Santé, Société*, (3) 2, 37-54.
- Grove, M. (2012). Understanding clinical reasoning : the next step in working out how it really works. *Medical education*, 46 (5), 440-446.
- Guerrasio, j., Lessing, J. N. (2017). La remédiation des faibles compétences de raisonnement clinique. *Pédagogie médicale*, 18 (1), 3-6.
- Guiet, P. (2011). Spécificité des obstacles à l'apprentissage du raisonnement clinique autour de la marche en formation initiale de masso-kinésithérapie et contribution didactique. *Kinésithér Rev*, 117, 35-41.
- Guyet, D. (2013). *La formalisation et l'apprentissage du raisonnement clinique en formation initiale de masseur-kinésithérapeute, une identification des savoirs de la pratique professionnelle ?* Mémoire de master, sd. JL. Rinaudo. Rouen : Université de Rouen.
- Guyet, D. (2014). *L'étudiant en formation initiale en masso-kinésithérapie et son premier stage : « une adolescence professionnelle » ?* Mémoire de master Recherche, sd. JL. Rinaudo. Rouen : Université de Rouen.
- Guyet, D. (2015). Raisonnement clinique en masso-kinésithérapie : quelles pratiques de formation dans la situation professionnelle « patient/tuteur/étudiant » lors du stage ? *Faire de la recherche en sciences de l'éducation. Doctoriales*. Mont Saint Aignan.
- Guyet, D., Fausser, C. (2015a). Raisonnement clinique en kinésithérapie et prise en charge d'un nourrisson présentant une bronchiolite : une modélisation par l'utilisation d'une carte conceptuelle. *Kinesither rev*, 15 (168), 42-48.
- Guyet, D., Fausser, C. (2015b). Raisonnement clinique et prise en charge en ambulatoire d'un nourrisson présentant une bronchiolite. *Kinesither scient*, 566, 5-13.
- Guyet, D., Fausser, C. (2016a). L'étudiant en formation initiale en masso-kinésithérapie et son premier stage : une « adolescence professionnelle » ? *Kinesither scient*, 578, 35-40.
- Guyet, D., Fausser, C. (2016b). Raisonnement clinique et erreurs potentielles dans son apprentissage : l'exemple de la kinésithérapie dans la bronchiolite du nourrisson. D'un rôle social à un autre ? Illustration à travers l'évolution de la grille d'évaluation. *4^e journée de kinésithérapie respiratoire pédiatrique*. Paris.
- Guyet, D., Fausser, C. (2017). Fiches bilan du réseau ARB IDF : quelles traces du raisonnement clinique dans la kinésithérapie de la bronchiolite du nourrisson ? *Kinesither scient*, 587, 31-39.
- Guyet, D., Jeulin, J.-C., Fausser, C. (2017). Erreurs et remédiations dans le raisonnement clinique dans l'exercice de la masso-kinésithérapie, l'exemple de la bronchiolite du nourrisson. *Kinesither scient*, 585, 25-34.
- Haberey-Knuessi, V. (2016). La professionnalisation en soins infirmiers ou le sujet en tension. Dans D. Broussal, J.-F. Marcel, J. Thievenaz (dir.). *Soigner et former. Contributions des sciences de l'éducation* (79-96). Paris : L'harmattan.

- Hatchuel, F. (2005). *Savoir, apprendre et transmettre*. Paris : La découverte.
- Heather, L. H. (2012). E-learning and deliberate practice for oral case presentation skills. A randomized trial. *Medical Teacher*, 34, e820–e826.
- Hebert, J. (2009). Diagnostic physiothérapique, consensus. *Ordre des physiothérapeutes du Québec*.
- Henriksen, K., Brady, J. (2013). The pursuit of better diagnostic performance a human factors perspective. *BMJ Qual Saf.*, 22, 1-15.
- Henschke, N., al. (2009). Prevalence of and Screening for Serious Spinal Pathology in Patients Presenting to Primary Care Settings With Acute Low Back pain. *Athritis Rheumatism*, 60 (30), 3072-3080.
- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin ? *Revue Perspective soignante*, 4, 1-20.
- Higgs, J., Jones, M., Loftus, S., Christensen, N. (2008). *Clinical reasoning in health profession*. UK : Elsevier.
- Higgs, J. (2017) Raisonnement clinique : des conversations au sein de cultures épistémiques. *Pédagogie médicale*, 18 (2), 51-53.
- Hilpron, M. (2012). L'appropriation du judo : d'une "voie de la souplesse" à l'efficacité incarnée. *Staps*, 4 (98), 143-156.
- Ho, M.-J. (2012). A cross-cultural study of students' approaches to professional dilemmas : sticks or ripples. *Medical education*, 46 (3), 245-256.
- Holdar, U., Wallin, L., Heiwe, S. (2013). Why do we do as we do ? Factors influencing clinical reasoning and decision-making among physiotherapists in an acute setting. *Physiother. res. int.*, 18, 220-229.
- Houssaye, J. (2014). *Le triangle pédagogique*. Issy les Moulineaux : ESF.
- Huffman, M., Gustafson, S., Chatterjee, S., Rabner, M., Nundy, S., Gerkovich, M., et al. (2018). Bolstering diagnostic reasoning skills with adaptive learning. *Medical teacher*, 40 (8), 845-859.
- Humbert, Aj., Miech, E., Friedberg, F., Grackin, JA., Seidman, Pa. (2011.) Assessment of clinical reasoning A Script Concordance test designed for pre-clinical medical students, *Medical Teacher*, 33 (6), 472-477.
- Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (Eds.). (2014). *NANDA International Nursing Diagnoses : Definitions & Classification, 2015–2017*. Oxford : Wiley Blackwell.
- Janner Raimondi, M., Wittorski, R. (2017). *Rhétoriques de l'implicite en éducation et formation*. Mont Saint Aignan : PURH.
- Jarodzka, H., Balslev, T., Holmqvist, K., Nyström, M., Scheiter, M., Gerjets, P., et al. (2012). Conveying clinical reasoning based on visual observation via eye-movement modelling examples. *Instr Sci*, 40, 813-827.
- Jeulin, J.-C. (2014). *Approche anthropologique du développement des compétences des masseurs-kinésithérapeutes : conception d'un environnement informatique pour l'apprentissage en masso-kinésithérapie*. Thèse en sciences de l'éducation sd. J. Ravestein et F. Gatto. Université Aix-Marseille.

- Jeulin, J. (2016). Approche épistémologique de la rééducation fonctionnelle. *Kinesithér Rev*, 16 (49), 16-19.
- Jobert, G. ; Thievenaz, J. (2014). L'*homo demirans* ou l'homme qui, s'étonnant, devient connaissant. *Education permanente*, 200, 33-42.
- Jorro, A. (2016). Postures et gestes professionnels de formateurs dans l'accompagnement professionnel d'enseignants du premier degré. *eJRIEPS*, 38, 114-132.
- Josephson, I. (2013). Problem-solving in physiotherapy – physiotherapists' talk about encounters with patients with non-specific low back pain. *Disability and rehabilitation*, 35 (8), 668-677.
- Jouquan, J. (2002). L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *Pédagogie médicale*, (3)1,38-52.
- Jouquan, J., Audetat, M. (2013). Des analogies entre le raisonnement médical et l'évaluation formative. *Revue Française de linguistique appliquée*, XVIII (1), 93-106.
- Jourdan, I., Brossais, E. (2011). Du rapport au savoir au rapport à l'épreuve. Le point de vue de deux professeurs stagiaires à l'IUFM. *Recherche et formation*, 66, 9-22.
- Jouteau-Neves, C., Malaquin-Pavan, E. (2012). Formation et impact des infirmiers cliniciens. *EMC Savoirs et soins infirmiers*, 7 (1), 1-7.
- Kahneman, D. (2012). *Système 1 système 2 les deux vitesses de la pensée*. Paris : Flammarion.
- King, C., Bolton, A., Guerrasio, J., Trosterman, A. (2017). Defining Medical Student Patient Care Responsibilities Before Intern Year : Results of a National Survey. *South Med J*, 110 (12), 765-769.
- Knox, G. (2015). Physiotherapy clinical educators' perceptions and experiences of clinical prediction rules. *Physiotherapy*, 101 (4), 364-372.
- Kotsou, I. (2008). *Intelligence émotionnelle et management*. Bruxelles : De Boeck.
- Krzyzaniak, S., Wolf, S., Byyny, R., Barker, L., Kaplan, B., Wall, S., et al. (2017). A qualitative study of medical educators' perspectives on remediation : Adopting a holistic approach to struggling residents. *Medical teacher*, 39 (9), 967-974.
- Kulasegaram, K., Grierson, L., Norman, G. (2013). The roles of deliberate practice and innate ability in developing expertise : evidence and implications. *Medical education*, 47, 979-989.
- Kunegel, P. (2011). *Les maîtres d'apprentissage*. Paris : L'harmattan.
- La Garanderie, A. de (2013). *Réussir, ça s'apprend*. Paris : Bayard.
- Lafleur, A. ; Côté, L., Leppink, J. (2015). Influences of OSCE design on students' diagnostic reasoning. *Medical Education*, 49 (2), 203-214.
- Lajoie, S., Zheng, Li, S. (2018). Examining the role of self-regulation and emotion in clinical reasoning : Implications for developing expertise. *Médical teacher*. in press.

- Langridge, N., Roberts, L., Pope, C. (2016). The role of clinician emotion in clinical reasoning : Balancing the analytical process. *Manual Therapy*, 21, 277-281.
- Larose, F., Couturier, Y., Béda, J. (2010). Entre discipline et profession : la question des données probantes et des bonnes pratiques en formation à l'enseignement. *Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF)*, Genève, septembre.
- Larose, F., Couturier, Y., Béda, J., Charrette, S. (2011). Entre discipline et profession : la question des bonnes pratiques guidées par les résultats probants de la recherche (evidence based practice) en formation à l'enseignement, *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, (44), 2, 31-48.
- Lassalle, T. (2007). Pour le développement de l'intelligence en kinésithérapie : surmonter les contradictions. In : Cochet H, dir. *S'entend dans les mains, à l'occasion du centenaire de l'IFMK Valentin Hauÿ*. (268-318). Paris : CFRP, Association Valentin Hauÿ.
- Laurin, S. (2012a). Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique IV. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape du traitement et du raffinement des hypothèses les difficultés de priorisation. *Pédagogie Médicale*, 13 (2), 109-114.
- Laurin, S. (2012b). Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique V. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape de l'élaboration d'un portrait global de la situation clinique. *Pédagogie Médicale*, 13 (3), 203-208.
- Le Bouler, S. (2018). *L'universitarisation des formations en santé*. Paris : Ministère de l'enseignement supérieur.
- Lebeaume, J. (2009). Ce qu'on appelle « formation universitaire », De l'analyse générale au cas de la formation en technologie. *Recherche et formation* ; 60, 39-50.
- Le Faou, Y., Eneau, J. (2018). La recherche paramédicale permet-elle de transformer les organisations de santé ? *Kinesither scient*, 599, 21-26.
- Lefeuvre, G., Garcia, A., Namolovan, L. (2009). Les indicateurs de développement professionnel. *Questions vives*, 5 (11), 277-314.
- Lescouarch, L. (2018). *Construire des situations pour apprendre*. Paris : ESF.
- Lescouarch, L., Adé, D. (2015). Les ressources comme révélateurs des tensions entre universitarisation et professionnalisation : synthèse et perspectives. *Les sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*, 48 (4), 125-132.
- Lessard, C., Bourdoncle, R. (2002). Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire ? Conceptions de l'université et formation professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 139, 131-154.
- Level, M., Lesage, T. (2012). Objets sportifs et corps sensibles : entre cultures matérielles et expériences corporelles. *Staps*, 4 (98), 23-38.
- Levi-Strauss, Cl. (1962). *La Pensée sauvage* : Paris : Plon, 1990.
- Linard, M. (1990). *Des machines et des hommes : apprendre avec les nouvelles technologies*. Paris : Éditions universitaires.

- Loftus, S. (2012). Rethinking clinical reasoning : time for a dialogical turn. *Medical Education*, 2 (46), 1174-1178.
- Macron, A. (2015). *La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi N° 46-857 du 30 avril 1946 : genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée*. Thèse de droit, sd F. Vialla, Montpellier, Université Montpellier.
- Maleyrot É., Pourcelot, C., Pérez-Roux, T. (2017). L'apport des Sciences de l'éducation à la professionnalisation des masseurs-kinésithérapeutes en formation initiale : étude d'un dispositif innovant appelé « Groupe d'Entraînement à l'Analyse des Pratiques en Rééducation ». Symposium 8 « Professionnalisation et cinquante ans de Sciences de l'éducation », *Colloque international Mêlées et dé mêlés, 50 ans de recherche en sciences de l'éducation*, Toulouse, 20-22 septembre.
- Marcel, J.-F. (2009). Le développement professionnel : quels indicateurs ? *Questions vives*, 5 (11), 161-176.
- Marcel, J.-F., Olry, P., Rothier-Bautzer, E., Sonntag, M. (2002). Les pratiques comme objet d'analyse. *Revue française de pédagogie*, 138, 135-170.
- Marcum, J.-A. (2012). An integrated model of clinical reasoning : dual process theory of cognition and metacognition. *Journal of evaluation in clinical practice*, 18, 954-961.
- Marquez, N., Acuna Parker, V. (2015). The road to excellence in clinical education : intersection between academia and clinical practice. WCPT poster presentation. *Physiotherapy*, 101 (suppl 1), 426.
- Martins, A. (2015). Clinical reasoning and decision-making in physiotherapy clinical education an icf-based model, WCPT congress mai. *Physiotherapy*, 101(suppl 1.) 958-959.
- Masquelet, A. (2006). *Le raisonnement médical*. Paris : PUF.
- Masquelet, A. (2010). *Evidence based medicine (EBM) quelle preuve a-t-on que la médecine basée sur la preuve apporte un réel bénéfice ?* Paris : e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie.
- Masse, M., Gouyet, G. (2014). Co-inventer l'étonnement dans un dispositif de professionnalisation. *Education permanente*, 200, 163-171.
- Maubant, P. (2013). *Apprendre en situation. Un analyseur de la professionnalisation dans les métiers adressés à autrui* Québec : Presses universitaires du Québec.
- Mauss, M. (1950). *Les techniques du corps. Sociologie et anthropologie*. Paris : PUF.
- Mayen, P. (2012). Les situations professionnelles : un point de vue de didactique professionnelle. *Phronesis*, 1 (1), 59-67.
- Mayen, P. (2014). Apprendre à s'étonner. *Éducation permanente*, 200, 53-60.
- Mayen, P. (2015). Le corps et les techniques corporelles au travail et en formation. Dans M. Durand, D. Hauw, G. Poizat, *L'apprentissage des techniques corporelles*. (237-248). Paris : PUF.
- Michels, M., Evans, D., Blok, G. (2012). What is a clinical skill ? Searching for order in chaos through a modified Delphi process. *Med Teach.*, 34 (8), 573-81.

- Millien, C. (2018). *D'ici à 2040, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins*. Études et résultats, DREES.
- Monet, J. (2003). *Émergence de la Kinésithérapie en France, à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle : Une spécialité médicale impossible. Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914*. Thèse de Sociologie, sd. M. Offerlé. Paris : Université Paris I - Sorbonne.
- Monet, J. (2009). *Naissance de la kinésithérapie*. Paris : Gylphe.
- Monet, J. (2011) Prolégomènes, La kinésithérapie, une spécialité médicale impossible ? In CNOMK, *Le Livre vers...de la masso kinésithérapie*, 4-35.
- Monet, S. (2014). *Évolution des compétences des masseurs-kinésithérapeutes et besoins de santé : quelle place pour les aides-kinés ?* Rennes : EHESP.
- Morel, C. (2002). *Les décisions absurdes 1*. Paris : Gallimard.
- Morel, C. (2012). *Les décisions absurdes 2. Comment les éviter*. Paris : Gallimard.
- Morin, E. (1999). *Relier les connaissances*. Paris : Seuil.
- Motola, I., Devine, L., Chung, H., Sullivan, J., Issenberg, S. (2013). Simulation in healthcare education a best evidence practical guide. *AMEE Guide n° 82* , (35)10, 1511-1530.
- Muller-Juge, V., Pereira Miozzari, A., Rieder, A., Hasselgård-Rowe, J., Sommer, J., Audétat, MC. (2018). A medical student in private practice for a 1-month clerkship : a qualitative exploration of the challenges for primary care clinical teachers. *Advances in Medical Education and Practice*, 9, 17-26.
- Nagels, M. (2017). Le jugement clinique est un schème : propositions conceptuelles et perspectives en formation. *Recherche en soins infirmiers*, 129, 6-17.
- Nayer, M., Takahashi, S., Hrynchak, P. (2018). Twelve tips for developing key-feature questions (KFQ) for effective assessment of clinical reasoning. *Médical teacher*, in press.
- Nendaz, M. (2005). Common strategies in clinical data collection displayed by experienced clinician-teachers in internal medicine. *Medical Teacher*, 27 (5), 415-421.
- Nendaz, M., Perrier, A. (2012). Diagnostic errors and flaws in clinical reasoning : mechanisms and prevention in practice. *Swiss Med Wkly*, 142 : 13706, 1-9.
- Nendaz, M., Charlin, B., Leblanc, Bordage, G. (2005). Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie médicale*, 6, 235-254.
- Nikendei, C., Mennin, S., Weyrich, P., Kraus, B., Zipfel, S., Schrauth, M., et al. (2009). Effects of supplementary final year curriculum on students' clinical reasoning skills as assessed by key-feature examination. *Médical teacher*, 31 (9), 438-442.
- Norman, G. (2005). Research in clinical reasoning : past history and current trends. *Medical Education*, 39, 418-427.

- Norman, G. (2007). Non analytical models of clinical reasoning : the role of experience. *Medical Education*, 41, 1140-1145.
- Norman, G. (2014). The etiology of diagnostic errors : a controlled trial of systeme 1 versus systeme 2 reasoning. *Acad Med*, 89 (2), 277-284.
- Norman, G., Eva, K. (2010). Diagnostic error and clinical reasoning. *Med educ*, 44 (1), 94-100.
- Norman, G., Young, M., Brooks, L. (2007). Non-analytical models of clinical reasoning: the role of experience. *Medical Education*, 41, 1140-1145.
- Normann, B. (2014). Clinical Guidance of Community Physiotherapists regarding People with MS Professional Development and Continuity of Care. *Physiotherapy research international*, 19 (1), 25-33.
- Okuda, Y., Bryson, E., De Maria, S. J., Jacobson, L., Quinones, J., Shen, B., et al. (2009). The utility of simulation in medical education what is the evidence ? *Mt Sinai J Med.*, 76 (4), 330-343.
- Olry, P, Ducharme, PH. (2017). Soignants novices et soignants aguerris face à un événement : un commencement collectif. *Éducation permanente*, 210, 121-138.
- Olry, P. (2016). Tutorat en formation initiale professionnelle et transmission du métier, le cas d'élèves sages-femmes. *Éducation permanente*, 206, 29-46.
- Olry, P. (2003). Organisation du soin et développement des compétences : contribution à la professionnalisation en masso-kinésithérapie. *Les sciences de l'éducation pour l'Ère nouvelle*, 36 (2), 91-106.
- Olry, P. (2004). Un dispositif de recherche sur des pratiques de métier : le cas des Masseurs-kinésithérapeutes. Dans J. Barbier, O. Galatanu (dir.). *Les savoirs d'actions : une mise en mot des compétences*. (169-184) Paris : L'harmattan.
- Olry, P. (2005). Distance thérapeutique et corps à corps. *Éducation permanente*, 165, 42-54.
- Olry, P. (2007). Apprentissages informels dans l'activité : dispositif de participation et processus d'engagement du remplaçant en masso-kinésithérapie. *Revue française de pédagogie*, 160, 39-50.
- Olry, P. (2014). S'étonner au travail : quel rapport à la prescription ? *Éducation permanente*, 200, 119-130.
- Olry, P. (2015). Le soin kinésithérapique : une coproduction entre geste et parole. Dans J. Thievenaz, C. Tourette-Turgis (dir.). *Penser l'expérience du soin et de la maladie une approche par l'activité* (55-93). Bruxelles : De Boeck.
- Olry, P., Bautzer, E. (2003). Diagnostic kinésithérapique. Les conditions d'une coproduction. *Recherche et formation*, 42, 35-50.
- Olry, P., Froissart-Monet, MT. (2017). Valuation et corps de l'enquête. *Questions vives*, 27, URL : <http://journals.openedition.org/questionsvives/2083>.
- ONEM (2008). *Étude prospective des métiers de la fonction publique hospitalière, Monographie masseur-kinésithérapeute*. Ministère de la santé et des sports, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

- Oostendorp, R. (2013). Guideline-based development and practice test of quality indicators for physiotherapy care in patients with neck pain. *Journal of evaluation in clinical practice*, 19 (6), 1044-1053.
- Orange, C. (2005). Problématisation et conceptualisation en sciences et dans les apprentissages scientifiques. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, vol. 38, (3), 69-94.
- Owen, C., Ryall M.A., Corrigan, G. (2007). Case-based learning developing patient- and student-centred learning. *Medical Education*; 41: 505-526.
- Panchout, E. (2018). L'accès direct en masso-kinésithérapie : une mise en évidence. *Kinesither rev*, 18 (194), 19.
- Panchout, E., Panchout, F., Launay, F., Coulliandre, A. (2017). Prévalence des pathologies rencontrées en kinésithérapie libérale : un outil pour repenser l'enseignement en kinésithérapie ? *Kinesither rev*, 17 (190), 3-10.
- Paquay, L., Altet, M. ; Bru, M., Pastré, P., Robert, A., Tupin, F. (2007). Quel est l'intérêt du concept d'« organisateurs des pratiques enseignantes » pour la formation des enseignants ? *Recherche et formation*, 56, 139-153.
- Parage, P. (2007). Ingénierie didactique et analyse de l'activité : Initialisation d'une recherche sur l'apprentissage. *Recherche en éducation*, 4, 29-38.
- Parage, P., Bomal, B. (2015). Analyser la conception d'une situation dynamique d'apprentissage dans un environnement dynamique. *Éducation permanente*, 204, 33-46.
- Parage, P. (2015). Partir des situations de travail pour analyser l'activité, le cas des masseurs-kinésithérapeutes. *Éducation permanente*, 204, 99-114.
- Parent, F., Jouquan, J. (2012). Intégration du concept d'intelligence émotionnelle à la logique de l'approche pédagogique par compétence dans les curriculums de formation en santé. *Pédagogie médicale*, 13 (3), 1-19.
- Parlebas, P. (1999). *Jeux, sports et sociétés. Lexique de praxéologie motrice*. Paris : INSEP.
- Pastré, P. (2001). Les compétences professionnelles et leur développement. *La revue de la CFDT*, 39, 2-10.
- Pastré, P. (2007). Analyse du travail et formation. *Recherche en Éducation*, 4, 23-28.
- Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle*. Paris : PUF.
- Pastré, P., Mayen, P., Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 154, 145-198.
- Patel, R., Sandars, J., Carr, S. (2015). Clinical diagnostic decision-making in real life contexts A trans-theoretical approach for teaching. *AMEE Guide n° 95. Medical Teacher*, 37 (3), 211-227.
- Patton, N., Higgs, J., Smith, M. (2018). Clinical learning spaces : Crucibles for practice development in physiotherapy clinical education. *Physiother theory Pract.* 34 (8), 589-599.

- Paucard-Dupont, S., Marchand, C. (2014). Étude exploratoire du raisonnement clinique chez les étudiants en soins infirmiers à l'aide de la carte conceptuelle. *Recherche en soins infirmiers*, 117, 85-112.
- Paul, M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris : L'harmattan.
- Paul, M. (2009). Autour du mot *accompagnement*. *Recherche et formation*, 62, 129-139
- Pedarribes, G., Lefeuvre, G. (2014). L'analyse des compétences infirmières lors d'une situation d'évaluation clinique et de diagnostic. *Santé publique*, 26 (5), 632-637.
- Pelaccia, T., Tardif, J. (2011). Comment les médecins raisonnent-ils pour poser des diagnostics et prendre des décisions thérapeutiques ? Les enjeux en médecine d'urgence. *Ann Fr. Med. Urgence*, 1, 77-84.
- Pelaccia, T. (2012) Les bases du raisonnement soignant, *Urgences 2012*, SFMU.
- Peninou, G., Colné, P. (2018). *La posture debout, biomécanique fonctionnelle de l'analyse au diagnostic*. Paris : Elsevier Masson.
- Perez-Roux, T (s.d.). (2012). *La professionnalité enseignante*. Rennes : PUR.
- Pérez-Roux, T., Maleyrot É., Pourcelot, C. (2017). Réingénierie de la formation en école de Masso kinésithérapie : modes de réception de la réforme de 2015 par les formateurs. Symposium 14 « Les sciences de l'éducation et de la formation au cœur des mutations dans les métiers de l'humain : avancées et perspectives de développement », *Colloque international Enjeux, débats et perspectives : 50 ans de sciences de l'éducation*, Caen, 18-20 octobre.
- Pérez-Roux, T., Maleyrot É., Pourcelot, C. Rouviere, F., Boussagnol, B. (2018). Réforme de la formation en école de masso-kinésithérapie : quels modes de réception par les formateurs. *Education et socialisation*. 50, consulté le 16 décembre, URL : <https://journals.openedition.org/edso/5312>.
- Perrier, C. (2014). L'apprentissage du raisonnement clinique infirmier par vignette clinique courte étude exploratoire. *Recherche en soins infirmiers*, 118, 52-61.
- Peter, M., Cate, O. T. (2014). Bedside teaching in medical education : a literature review. *Perspect Med Educ*, 3, 76-88.
- Picard, A. (2018). L'IRFMK d'Orléans fait un pas de plus dans l'universitarisation, *Kinéactu*, sept, <https://www.kineactu.com/article/10778-l-irfmk-d-orleans-fait-un-pas-de-plus-dans-l-universitarisation>.
- Pilotti, A. (2016). *Masseurs-kinésithérapeutes salariés à l'ère numérique : Ce que leurs usages du courrier électronique disent de leur professionnalisation*. Thèse en sciences Éducation. Sd Monceau, G. Université de Cergy Pontoise.
- Piot, T. (2009). Quels indicateurs pour mesurer le développement professionnel dans les métiers adressés à autrui ? *Questions Vives*, 11, 259-275.
- Piot, T. (2015). Les ressources mobilisées par les diplômés en soins infirmiers en début de carrière. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 48 (4), 103-123.
- Piot, T. (2017). La démarche d'enquête de Dewey : un levier pédagogique au service de la formation des adultes éloignés de l'emploi. *Questions Vives*. 27, 1-15.

- Pottier, P., Planchon, B., Barrier, J.H., Fabre, M. (2009). Place de la problématisation dans le raisonnement clinique. Une étude quantitative et qualitative des experts et des novices. *Pédagogie médicale*, 10, suppl 1, S36.
- Pottier, P., Planchon, B., Hardouin, J.-B., Sebillé, V., Rogez, J.-M., Barrier, J.-H. (2011). Evaluation préliminaire de la validité de construit d'un dispositif cartographique (carte procédurale) pour l'étude du raisonnement clinique. *Pédagogie médicale*, 2 (2), 87-101.
- Prel, G. (2001). Le corps à corps dans la formation. *Soins cadres*, 40, 52-56.
- Psuik, T. (2012). *L'apprentissage du raisonnement clinique*. Bruxelles : De Boeck.
- Québec, Ordre professionnel (s.d.). Les deux professions de la physiothérapie. Récupéré sur <https://oppq.qc.ca/grand-public/les-deux-professions-de-la-physiotherapie/>
- Quiligan, S. (2015). Learning clinical communication on ward-rounds: An ethnographic case study. *Medical Teacher*, 37 (2), 168-173.
- Raupach, T., Muenscher, C., Anders, S., Steinbach, R., Pukrop, T., Hege, I., et al. (2009). Web-based collaborative training of clinical reasoning A randomized trial. *Medical Teacher*, 31 (9), 431-437.
- Remondière, R. (1994) L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946), *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, 12 consulté le 15 septembre 2016. URL : <http://journals.openedition.org/ccrh/2753>.
- Rémondrière, R. (1999). *Le geste et la plume*. Lille : Septentrion.
- Remondière, R. (2014a). Histoire des savoirs et des pratiques en kinésithérapie. *Kinésithérapie médecine physique - réadaptation*, (26-005-A-20).
- Remondière, R. (2014b). L'information du patient en kinésithérapie ? Une obligation aux multiples facettes. *Les tribunes de la santé*, 1 (42), 57-63.
- Rencic, J. (2011). Twelve tips for teaching expertise in clinical reasoning. *Medical teacher*, 33, 887-892.
- Revault d'Allones, C. (1989). *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris : Dunod.
- Rey, B. (2005). Peut-on enseigner la problématisation ? *Recherche et formation*, 48, 91-106.
- Rey, B. (2006). Les compétences professionnelles et le curriculum : des réalités conciliables ? Dans Y. Lenoir, M.H. Bouillier-Oudot (dir). *Savoirs professionnels et curriculum de formation* (83-108). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Rey, B. (2009). « " Compétence " et "compétence professionnelle " », *Recherche et formation*, 60, 103-116.
- Rey, O. (2017). Comment organiser des savoirs de référence pour la formation des enseignants ? *Administration Éducation*, 2 (154), 19-24.
- Reychler, G. (2018). De l'AFE à nos jours : évolution de la kinésithérapie. *11^e journée de recherche en kinésithérapie respiratoire*. Paris : Université Paris V.

- Ria, L., Serres, G., Leblanc, S. (2010). De l'observation vidéo à l'observation in situ du travail enseignant en milieu difficile : étude des effets sur des professeurs stagiaires. *Revue Suisse des Sciences de l'Éducation*, 32 (1), 105-120.
- Ria, L., Leblanc, S. (2012). Professionnalisation assistée par vidéo : les effets d'une navigation sur Néopass@ction. *Recherche et éducation*, (7), 99-114.
- Richa, S., Shafik, D. (2015). Systematic reviews in medical education : A practical approach. *AMEE Guide 94. Medical Teacher*, 37 (2), 108-124.
- Rinaudo, J.-L. (2002). *Des souris et des maitres*. Paris : L'harmattan.
- Rinaudo, J.-L., Ohana, D. (2009). Entre aise et malaise. Dans J-Luc Rinaudo, F. Poyet (dir.). *Espaces numériques en milieu scolaire. Quels usages et quelles pratiques (71-82)*. Lyon : INRP.
- Rinaudo, J.-L. (2014). Intérêts et limites de la clinique psychanalytique de recherche sur les TIC en éducation. *Recherches en formation*, 18, 114-121.
- Rinaudo, J.-L. (2015). Analyse clinique des pratiques en formation et professionnalisation. Dans J.-Yves, Bodergat, P. Buznic-Bourgeacq, *Des professionnalités en tension (109-120)*. Bruxelles, De Boeck.
- Rinaudo, J.-L. (2017). Postures de recherche et émancipation. Dans J. Marcel, D. Broussal, *Emancipation et recherche en éducation (377-395)*. Toulouse : Editions du croquant.
- Roelens, N. (1989). La quête, l'épreuve et l'œuvre. *Education permanente*, 100-101, 67-77.
- Roquet, P., Gatto, F., Vincent, S. (2015). *L'identification et la reconnaissance des rôles et des identités des masseurs kinésithérapeutes*. Paris : CNAM.
- Rothier Bautzer, E. (2007). Le soin comme profession, Redéfinition des savoirs professionnels pour les infirmiers, contrôle des aires de juridiction par les médecins. *Congrès AREF*. Strasbourg. URL : [http://www.congresintaref.org / actes_pdf/ AREF2007_Eliane_ROTHIER_BAUTZER_423.pdf](http://www.congresintaref.org/actes_pdf/AREF2007_Eliane_ROTHIER_BAUTZER_423.pdf) (consulté en août 2018).
- Rothier Bautzer, E. (2012). Formation des soignants en France : la difficile émergence des nouveaux modèles. *Les tribunes de la santé*, 3 (36), 83-88.
- Rothier Bautzer, E. (2017a). Guérir une maladie ou « prendre soin » d'une personne ? *Phronesis*, 6 (3), 14-23.
- Rothier Bautzer, E., Piot, T. (2017). L'agir avec autrui, un autre regard. Dans J.M. Barbier, J. Thievenaz. *Agir pour, sur et avec autrui. Les couplages d'activités (287-294)*. Paris, L'harmattan.
- Rowe, M. (2012). The use of assisted performance within an online social network to develop reflective reasoning in undergraduate physiotherapy students. *Med Teach*, 34 (7), 469-475.
- Rowe, M., Frantz, J., Bozalek, V. (2012). The role of blended learning in the clinical education of healthcare students a systematic review. *Med Teach*, 34 (4), 216-221.
- Samuel, J. (2013). *Hommage à Boris Dolto. Regards croisés et témoignages*. Paris : Fondation Eфом Boris Dolto.

- Samurçay, R., Rabardel, P. (2004). Modèles pour l'analyse de l'activité et des compétences, propositions. Dans R. Samurçay, P. Pastré (sd). *Recherches en didactique professionnelle* (163-180). Toulouse, Octares.
- Sanche, G. (2012a). Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique III. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape du traitement et du raffinement des hypothèses la fermeture prématurée. *Pédagogie Médicale*, 13 (2), 103-108.
- Sanche, G. (2012b). Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique VI. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape de l'élaboration du plan d'intervention. *Pédagogie Médicale*, 13 (3), 209-214.
- Sanche, G., Audetat, MC., Laurin, S. (2014). Comment évaluer la compétence des stagiaires en milieu clinique ? *Le Médecin du Québec*, (49) 7,69-71.
- Sandars, J., Patel, R., Steele, H., McAreavey, M. (2014). Developmental student support in undergraduate medical education : AMEE Guide n°92. *Medical teacher*, 36 (12), 1015-1026.
- Ministère de la Santé (2015). *BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2015/8 du 15 septembre 2015*, p. 172-305.
- Schön, D. (1996). A la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes. Dans J.-M. Barbier (dir.). *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (201-222). Paris : PUF.
- Schloser, M. (1977). *Approche clinique en kinésithérapie*. Thèse pour le doctorat de 3^e cycle de psychologie. Paris : Université Paris VII.
- Sicart, D. (2013). *Les professions de santé au 1er janvier 2013, n° 183, DREES*.
- Signeyrole, J. (1999). *Du processus de régulation et du processus d'évaluation. Pour une approche clinique de la connaissance : écriture et dialogues dans la formation des kinésithérapeutes*. Thèse de doctorat en psychologie, sd C. Peyron-Bonjean. Université Aix-Marseille I.
- Signeyrole, J. (2001a). Problématiques en rééducation. *Kiné Actualité*, 800,6-7.
- Signeyrole, J. (2001b). Questions d'écritures, *Kiné Actualité*, 800, 8-10.
- Signeyrole, J. (2004). L'émancipation professionnelle par l'écriture...Usages de l'écriture et du concept d'évaluation-régulation pour préparer des étudiants au rôle "formatif" de la kinésithérapie. *REK*, 2, 2-20.
- Signeyrole, J. (2005). Dialogue et variations sur le thème de la maladie, de la formation et de la kinésithérapie. *Kinesither scient*, 405, 43-49.
- Signeyrole, J. (2007). À propos de savoirs ! *Kinescope*, 4, 17-18.
- Signeyrole, J. (2015). En quoi une réforme peut-elle changer les pratiques de formation ? Une question de lecture et de perspectives. *Kinésither rev*, 15 (167), 37-41.
- Smith, M., Higgs, J., Ellis, E. (2008). Characteristics and processes of physiotherapy clinical decision making a study of acute care. *Physiotherapy research international*, 13 (4), 209-222.

- Speicher, T., Kehrhahn, M. (2009). Analogical reasoning/a process for fostering learning transfert from the classroom to clinical practice. *International forum of teaching and studies*, 5 (2), 52-58.
- Spencer, J. (2000). Patient-oriented learning a review of the role of the patient in the education of medical students. *Medical education*, 34 (10), 851-857.
- Spencer, J. (2010). Patients in health professional education : so much know, so much yet to understand. *Medical Education*, 44 (1), 9-11.
- Sultana, R., Mesure, S. (2015). Cri d'alerte pour la profession : il faut réduire la maltraitance par insuffisance. *Kinesither rev*, (15) 164-165, 1-3.
- Teisseire, X., Rouviere, F., Boussagol, B., Perez-Roux, T. (2018). Le Groupe d'Entraînement à l'Analyse des Pratiques en Rééducation : une innovation pédagogique pour la professionnalisation des étudiants en kinésithérapie. *Kinesither rev*, (18) 193, 21-26.
- Thievenaz, J. (2014). Reperer l'étonnement : une méthode d'analyse du travail en lien avec la formation. *Education permanente*, 200, 81-96.
- Thievenaz, J. (2017a). *De l'étonnement à l'apprentissage. Enquêter pour mieux comprendre*. Bruxelles : De Boeck.
- Thievenaz, J. (2017b). L'analyse des activités du patient : une occasion de réinterroger la notion de travail. *Education et socialisation*, 44. Consultable à l'URL : <https://journals.openedition.org/edso/2106> (consulté en septembre 2018).
- Thievenaz, J. (2017c). Le couplage d'activités comme situation d'apprentissage réciproque. Dans J.M. Barbier, Thievenaz, J. *Agir pour, sur et avec autrui. Les couplages d'activités* (59-81). Paris : L'harmattan.
- Thievenaz, J. (2017d). Les déclencheurs de l'"enquête", moteurs potentiels de l'apprentissage. *Éducation permanente*. 210, 139-148.
- Thievenaz, J. (2017 e). Rencontrer et susciter l'inattendu : une approche deweyenne de l'expérience. *Questions vives*, 27, consulté le 18 mai 2018, <https://journals.openedition.org/questionsvives/pdf/2060>.
- Thievenaz, J., Olry, P. (2016). Le "travail" de patient. Une étude de cas. Dans D. Broussal, J.-F. Marcel, J. Thievenaz (dir.). *Soigner et former. Contribution des sciences de l'éducation* (205-226). Paris : L'harmattan.
- Thievenaz, J., Tourette-Turgis, C. (2015). *Penser l'expérience du soin et de la maladie*. Bruxelles : De Boeck.
- Tourette-Turgis, C. (2010). Savoirs de patients, savoirs de soignants : La place du sujet supposé savoir en éducation thérapeutique. *Revue Pratiques de formation/Analyses*, 58-59, 137-153.
- Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris : La découverte.
- URPS (2017). *Rapport d'activité*. Disponible à l'URL : [urps-kine-idf : https://www.urps-kine-idf.com/page/rapport-urps-2016](https://www.urps-kine-idf.com/page/rapport-urps-2016) (consulté en août 2018).

- Vågstøl, U., Kaland, S., Folgerø, I. (2016). Supervision in clinical placement : qualifications and needs. *Physiotherapy* ,102 (Suppl eS67–eS282) eS157.
- Van Den Berge, K., Mamede, S. (2013). Cognitive diagnostic error in internal medicine. *European Journal Intern Med*, 24 (6), 525-529.
- Vandewaetere, M., Manhaeve, D., Aertgeerts, B., Clarebout, G., Van Merrienboer, J., Roex, A. (2015). 4C/ID in medical education How to design an educational program based on whole-task learning AMEE Guide No. 93. *Medical Teacher*, 37 (1), 4-20.
- Varpio, L., Day, K., Elliot-Miller, P., King J. W; Kuziemy, C.; Parush, A. Roffey, T; Rashotte, J. (2015) The impact of adopting EHR show losing connectivity affects clinical reasoning. *Medical Education*.(49) 5, 476-486.
- Vergnaud, G. (2001). Forme opératoire et forme prédicative de la connaissance. Conférence publiée dans les *Actes du Colloque GDM-2001*.
- Vergnaud, G. (2007). Représentation et activité : deux concepts étroitement associés. *Recherches en Education*, 4, 9-22.
- Vergnaud, G. (2011). Au fond de l'action, la conceptualisation. Dans J.-M. Barbier (dir.). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. (275-292). Paris : PUF.
- Vial, M. (2005). Pour l'agir professionnel : quel modèle du sujet ? Conférence au séminaire de troisième cycle, Département des sciences de l'éducation, Université de Provence.
- Vial, M, Caparros-Menacci, N. (2007). *L'accompagnement professionnel ? Méthode à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative*. Bruxelles : De boeck.
- Viel, E. (2000). *Bien rédiger le bilan diagnostic masso-kinésithérapique*. Paris : Masson.
- Vigarello, G. (2004). *Le corps redressé*, Paris : Colin.
- Vinatier, I. (2013). *Le travail de l'enseignant. Une approche par la didactique professionnelle*. Bruxelles : De Boeck.
- Vinatier, I., Filliettaz, L., Laforest, M. (2018). *L'analyse des interactions dans le travail. Outil de formation professionnelle et de recherche*. Dijon : Raison et Passions.
- Vygotski, L. (1934). *Pensée et langage*. Paris : La dispute.
- WCPT. (2003). *Points de référence de la kinésithérapie*. Région européenne de la WCPT. Traduction française. 2005. 21-22.
- Weil-Barais, A. (1993). *L'homme cognitif*. Paris : PUF.
- WHO. (2005). *Bridging the "Know-Do" Gap*. Genève.
- Wijbenga, M. H., T. Driessen, E. W. (2016). Learning clinical reasoning in the physiotherapy Workplace : a qualitative study. *Physiotherapy journal*, 102, (Suppl. 1), 162–163.
- Wijbenga, M. H., Driessen, E. W. (2018). Physiotherapy students' experiences with clinical reasoning during clinical placements : a qualitative study. *Health professions education*, in press.

- Wils J., Lepresle E., Langlois-Wils I., Lepresle C. (1999), Réflexion sur la notion de diagnostic kinésithérapique. *Kinesither Scientif*; 389 : 19-21.
- Winckler, M. (2016). Le souci, le soin, la transmission. Dans D. Broussal, J.F. Marcel, J. Thievenaz (dir.). *Soigner et former. Contribution des sciences de l'éducation* (7-8). Paris : L'harmattan.
- Winnykammen, F. (1982). L'apprentissage par observation. *Revue française de pédagogie*, 59, 24-29.
- Wirocius, J. (2011). *Sémiologie des handicaps en médecine physique et de réadaptation*. Limoges : Lambert-Lucas.
- Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris : L'harmattan.
- Wittorski, R. (2018). Conclusion : vers une formation professionnelle supérieure ? dans Ade, D., Piot, T. (2018). *La formation entre universitarisation et professionnalisation, Tensions et perspectives dans des métiers de l'interaction humaine* (135-148). Rouen : PURH.
- Woods, N., Mylopoulos, M. (2015). On clinical reasoning research and applications redefining expertise. *Medical education*, 49 (5), p. 542-544.
- Yardley, S., Irvine, A., Lefroy, J. (2013). Minding the gap between communication skills simulation and authentic experience. *Medical education*, 47, 495-510.
- Zask, J. (2015). *Introduction à John Dewey*. Paris : La découverte.
- Zarifian, P. (2014). Vivre avec la maladie, c'est ne pas cesser de s'étonner. *Éducation permanente*, 200, 173-180.
- Zarifian, P. (2015). La santé face à la maladie. Dans J. Thievenaz, C. Tourette-Turgis (dir.). *Penser l'expérience du soin et de la maladie : une approche par l'activité* (167-179). Bruxelles : De Boeck.

Table des illustrations

Figure 1: la kinésithérapie, un contexte multidimensionnel.....	21
Figure 2: La théorie du double processus dans le raisonnement médical selon Croskerry 2009.....	60
Figure 3: Modèle de raisonnement clinique MOT de Charlin 2012	61
Figure 4: Modèle de raisonnement collaborateur selon Edwards, Jones 2008	62
Figure 5: Modélisation de l'activité du superviseur clinique dans le raisonnement clinique (Audetat, 2011)	72
Figure 6: Modélisation de la problématique, inspirée de Audetat 2011.....	87
Figure 7: Schème de l'enquête selon Dewey et déclencheurs de l'enquête (Thievenaz, 2017 e).....	95
Figure 8: Losange et inducteurs de la problématisation (Fabre, Musquer, 2009).....	96
Figure 9 : Les éléments constitutifs de la structure conceptuelle d'après Pastré	110
Figure 10: Modélisation du double triangle de la situation transmission -apprentissage du raisonnement clinique en situation.....	116
Figure 11: Les typologies d'erreurs selon Astolfi, 1997	117
Figure 12: Structure conceptuelle de la situation tutorale selon Kunegel (2011).....	120
Figure 13: Le raisonnement clinique : une structure conceptuelle ?.....	125
Figure 14: La situation d'observation	138
Figure 15: La situation d'observation : une première rencontre.....	143
Figure 16: Les grilles de lecture de la situation observée	163
Figure 17: Requête de recherche textuelle "raisonnement clinique"	166
Figure 18: Requête de recherche textuelle "raisonnement"	167
Figure 19: Requête de recherche textuelle « clinique ».....	167
Figure 20: Requête de recherche textuelle "démarche"	168
Figure 21: Extrait de la requête de recherche textuelle "patient"	168
Figure 22: Éléments du discours lors de l'entretien de Béatrice.....	170
Figure 23: Éléments du discours de l'entretien de Bernard	178
Figure 24: Répartition du temps de parole pendant la séance de la triade 2.....	184
Figure 25: Éléments de discours de la séance de Béatrice Bernard et Brigitte.....	185
Figure 26: Représentation en nuage de mots des propos de Bernard	186
Figure 27: Répartition du temps de parole lors de l'hétéroconfrontation de la triade 2	195
Figure 28: Éléments de discours de l'hétéroconfrontation de Béatrice et Bernard.....	196
Figure 29: Éléments du discours de l'entretien de Christian tuteur 3.....	200
Figure 30: Éléments du discours de l'entretien de l'étudiant Christophe	207
Figure 31: Répartition du temps de parole pendant la séance de la triade 3.....	209
Figure 32: Représentation des éléments de discours de la séance de la triade 3.....	210
Figure 33: Répartition du temps de parole pendant l'hétéroconfrontation de la triade 3.....	214
Figure 34: Éléments de discours de l'hétéroconfrontation de la triade 3.....	215
Figure 35: Représentation des éléments de discours de l'entretien de Dorothée tuteur 4	222
Figure 36: Éléments du discours de l'entretien de l'étudiant de la triade 4.....	227
Figure 37: Répartition du temps de parole pendant la séance	234
Figure 38: Éléments du discours au cours de la séance de la triade 4	234

Figure 39: Répartition du temps de parole pendant l'hétéroconfrontation de la triade 4.....	242
Figure 40: Éléments de discours de l'hétéroconfrontation de la triade 4.....	243
Figure 41: Éléments du discours de l'entretien de tuteur 5.....	252
Figure 42: Éléments du discours de l'entretien de l'étudiant de la triade 5	259
Figure 43: Répartition du temps de parole pendant la séance de la triade 5.....	264
Figure 44: Éléments du discours de la séance de la triade 5	264
Figure 45: Répartition du temps de parole pendant l'hétéroconfrontation de la triade 5.....	272
Figure 46: Éléments de discours de l'hétéroconfrontation de la triade 5	273
Figure 47: Éléments de discours de l'entretien de Gérald	278
Figure 48: Éléments du discours de l'entretien de E7.....	284
Figure 49: Répartition du temps de parole pendant la séance.....	290
Figure 50: Éléments du discours lors de la séance de la triade 7	290
Figure 51: Répartition du temps de parole pendant l'hétéroconfrontation de la triade 7.....	296
Figure 52: Éléments de discours de l'hétéroconfrontation de la triade 7.....	297
Figure 53: Une situation d'apprentissage -transmission insolite.....	323
Figure 54: La pyramide pédagogique de la situation de transmission apprentissage du raisonnement clinique	324
Figure 55: « Le raisonnement clinique comme un schème » dans les discours des tuteurs au cours de la méthodologie	325
Figure 56 : « Le raisonnement clinique comme un schème » dans les discours des tuteurs lors de l'entretien.	327
Figure 57: « Le raisonnement clinique comme un schème » dans le discours des tuteurs lors de la séance	328
Figure 58: "Le raisonnement clinique comme un schème" dans les discours des tuteurs lors de l'hétéroconfrontation.....	330
Figure 59: "L'étudiant face à la situation » dans les discours des étudiants.....	334
Figure 60: « L'étudiant face à la situation" dans les entretiens des étudiants,.....	335
Figure 61: « L'étudiant face à la situation » dans les entretiens des étudiants lors des séances.....	336
Figure 62: L'étudiant face à la situation" dans les discours des étudiants lors des hétéroconfrontations	338
Figure 63: Évolution de la présence de l'item "le raisonnement comme un schème "dans les discours des tuteurs au cours de la réalisation des différents temps de la méthodologie de la recherche.....	341
Figure 64: Évolution de la présence des éléments de l'item « l'étudiant face à la situation dans les entretiens des étudiants au cours de la réalisation des différents temps de la méthodologie de la recherche	341
Figure 65: « Ressources pragmatiques ordinaires » et « registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive » dans les discours des tuteurs.....	343
Figure 66: Représentation graphique de la présence des éléments de l'item ressources pragmatiques ordinaires dans les discours des tuteurs	344
Figure 67: Représentation graphique des items « ressources pragmatiques ordinaires » et « registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive », « rôle professionnel » et « vision du tutorat » chez les tuteurs.....	344
Figure 68: "Etayage" dans les discours des tuteurs.....	348

Figure 69: Les différents indicateurs de l' « étayage ».....	349
Figure 70: Les indicateurs de développement professionnel » dans les discours.....	352
Figure 71: L'étudiant face à la situation (Pastré 2011) /les indicateurs de développement professionnel (Piot 2009)	353
Figure 72: Les items "l'étudiant face à la situation" et les ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive	354
Figure 73: Items "genèse conceptuelle" "dynamique de l'identité professionnelle registre subjectif" et "registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive"	355
Figure 74: Registres des ressources durant les entretiens	356
Figure 75: Les types de ressources utilisés par les étudiants durant les entretiens	357
Figure 76 : Les registres de ressources mobilisées par les étudiants durant les séances.....	357
Figure 77: Les types de ressources pragmatiques ordinaires utilisés par les étudiants durant les séances.....	358
Figure 78: Les types de ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive utilisées par les étudiants durant les séances	358
Figure 79: Les registres de ressources utilisés par les étudiants durant l'hétéroconfrontation	359
Figure 80: Le triangle pédagogique revisité « patient -étudiant -savoir » inspiré de Houssaye.....	364
Figure 81: Modélisation du patient tiers médiateur dans l'apprentissage du raisonnement clinique, d'après le quadrilatère de Lescouarch (2018).....	367
Figure 82 : La pyramide pédagogique du raisonnement clinique à base tuteur, patient, étudiant, savoir	375

Table des tableaux

Tableau 1: Typologie des erreurs dans l'apprentissage du raisonnement clinique et explications possibles, selon Audetat, Sanche et Laurin 2011 -2012	67
Tableau 2: Étapes du raisonnement pédagogique selon Audetat (2011)	73
Tableau 3: Les différentes remédiations possibles en fonction des typologies des erreurs dans l'apprentissage du raisonnement clinique et leurs explications potentielles selon Audetat, Sanche, Laurin 2011-2012.....	76
Tableau 4: Regard croisé enquête -raisonnement clinique, étapes, déclencheurs et erreurs	97
Tableau 5 : Les indicateurs de développement professionnel selon Piot (2009)	106
Tableau 6: Registre des ressources utilisées par les professionnels selon Piot (2015)	113
Tableau 7: Regard croisé sur les typologies des erreurs.....	118
Tableau 8 : Formes de l'intervention de tutelle selon Kunegel (2011).....	123
Tableau 9: Les caractéristiques de la population	145
Tableau 10: Tableau synthétique d'un schème décrit par Dorothee	249
Tableau 11: Le raisonnement clinique comme un schème (Nagels 2017) : un exemple donné par Ethan lors de sa représentation synthétique du patient	265
Tableau 12: Éléments décisionnels à prendre en compte en situation d'urgence face à une douleur du genou.....	269
Tableau 13: Un schème décrit par Ethan au cours de la séance	272
Tableau 14: Tableau synthétique des modèles de progression dans le tutorat de l'étudiant, exprimés par les tuteurs dans leurs entretiens	316
Tableau 15: Récapitulatif du positionnement des situations de transmission-apprentissage en fonction des deux triangles	322
Tableau 16: Le raisonnement clinique comme un schème du point de vue des tuteurs.....	333
Tableau 17: Tableau synthétique des éléments de la structure conceptuelle du point de vue des étudiants	340
Tableau 18: Le registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive, associée aux étapes du raisonnement clinique.....	354

Table des matières

RÉSUMÉ	1
REMERCIEMENTS	5
INTRODUCTION GÉNÉRALE	7
PREMIERE PARTIE:UNE RECHERCHE SITUÉE DANS UN CONTEXTE INCERTAIN	11
1 DE L'APPARITION D'UNE UE. THÉMATIQUE PROFESSIONNELLE... ..	11
2 ... A UNE THÉMATIQUE DE RECHERCHE IMPLIQUÉE	15
2.1 UN CONTEXTE PARTICULIER EN MOUVANCE.....	16
2.2 UN FORMATEUR AU REGARD CLINIQUE INDUIT PAR L'APPARTENANCE À UNE INSTITUTION.....	17
2.3 UN REGARD TOURNÉ VERS LES ÉTUDIANTS AU SERVICE DU PATIENT	17
2.4 UNE KINÉSITHÉRAPEUTE SE REGARDANT FAIRE	18
2.5 UNE EXPÉRIENCE DE TUTEUR DE STAGE.....	19
2.6 UN PASSÉ DE PRATICIEN LIBÉRAL	20
3 UN NIVEAU NANO POUR REGARDER UNE PROFESSION À LA RECHERCHE D'UNE HARMONISATION INTERNATIONALE.....	20
4 LA MASSO-KINÉSITHÉRAPIE : UNE PROFESSION EN VIVES TENSIONS.....	22
4.1 LA MASSO-KINÉSITHÉRAPIE : UN MÉTIER DU LIEN	23
4.2 UNE DÉFINITION MODIFIÉE AU FIL DU TEMPS	25
4.3 L'ÉVOLUTION D'UNE PROFESSION ET DE SA FORMATION : ENTRE RUPTURE ET CONTINUITÉ	27
4.4 UNE RÉINGÉNIERIE DES ÉTUDES EN 2015	32
4.5 UNE PROFESSION À LA RECHERCHE D'UN GRADE UNIVERSITAIRE ET D'UNE DISCIPLINE	34
4.5.1 <i>Une recherche de formation professionnelle universitaire par la réingénierie des études paramédicales.....</i>	<i>36</i>
4.5.2 <i>L'institutionnalisation du raisonnement clinique par la réingénierie des études : une approche basée sur l'apprentissage par problèmes.....</i>	<i>37</i>
4.5.3 <i>Une universitarisation en vue d'une recherche d'académisation des savoirs.....</i>	<i>38</i>
4.5.4 <i>La réingénierie : témoin de la tension entre professionnalisation et universitarisation ?</i>	<i>40</i>
4.6 LE PROCESSUS KINÉSITHÉRAPIQUE	40
4.7 LA DÉMARCHÉ DE BILAN MASSO-KINÉSITHÉRAPIQUE	42
4.7.1 <i>Données d'accès direct par l'examen.....</i>	<i>43</i>
4.7.2 <i>Données d'accès indirect par l'examen.....</i>	<i>43</i>
4.8 LA PROBLÉMISATION DE LA SITUATION CLINIQUE PAR LE DIAGNOSTIC MASSO- KINÉSITHÉRAPIQUE	44
4.9 L'APPRENTISSAGE DU RAISONNEMENT CLINIQUE EN FORMATION INITIALE :	46
4.9.1 <i>D'une volonté institutionnelle... ..</i>	<i>46</i>
4.9.2 <i>... à une institutionnalisation.....</i>	<i>48</i>
4.9.3 <i>...pour un raisonnement clinique partagé ?</i>	<i>49</i>

4.10	UNE FORMATION PROFESSIONNELLE EN ALTERNANCE.....	50
4.11	QUID DES FORMATEURS ?	52
5	LE RAISONNEMENT CLINIQUE	53
5.1	LE RAISONNEMENT CLINIQUE : UN PROCESS COMPLEXE	54
5.2	DIFFÉRENTS MODÈLES CONCEPTUELS	56
5.2.1	<i>Modèle hypothético-déductif.....</i>	<i>57</i>
5.2.2	<i>Modèle de la théorie du double processus.....</i>	<i>57</i>
5.3	DU CHOIX D'UN MODÈLE CONCEPTUEL DU RAISONNEMENT CLINIQUE	60
5.4	QUELS BIAIS COGNITIFS DANS LE RAISONNEMENT ?.....	64
5.5	LES DIFFICULTÉS IDENTIFIÉES DANS LE RAISONNEMENT CLINIQUE	65
5.6	QUEL ENSEIGNEMENT DU RAISONNEMENT CLINIQUE ?	68
5.7	QUELLE ÉVALUATION DU RAISONNEMENT CLINIQUE ?	69
5.7.1	<i>L'évaluation sommative du raisonnement clinique</i>	<i>70</i>
5.7.2	<i>L'évaluation pédagogique et/ou formative des difficultés dans le raisonnement clinique et les remédiations pédagogiques.....</i>	<i>71</i>
6	LE RAISONNEMENT CLINIQUE : UNE SITUATION PÉDAGOGIQUE DE RÉOLUTION DE PROBLÈMES ?	76
6.1	DES RECHERCHES ACTUELLES PEU CENTRÉES SUR L'APPRENTISSAGE EN SITUATION RÉELLE	77
6.2	COMPRENDRE DES PRATIQUES TUTORALES.....	84
6.3	COMPRENDRE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ORDINAIRES.....	85
	DEUXIÈME PARTIE : LE RAISONNEMENT CLINIQUE COMME UN SCHÉME	89
7	LE RAISONNEMENT CLINIQUE : UNE LOGIQUE DE L'ENQUÊTE ?	91
7.1	PROBLÈME ET RÉOLUTION DE PROBLÈME.....	91
7.2	PROBLÉMATISATION ET ENQUÊTE.....	93
7.3	LA PREMIÈRE SÉANCE : UNE SITUATION PROBLÉMATIQUE	98
7.4	LE RAISONNEMENT CLINIQUE LORS DE LA PREMIÈRE SÉANCE : UNE ENQUÊTE À CONSTRUIRE.....	100
8	LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE D'UN MÉTIER DU LIEN COMME OBJET D'ANALYSE.....	101
8.1	SPÉCIFICITÉ DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DANS LES MÉTIERS DU LIEN	101
8.1.1	<i>Un double registre de compétences.....</i>	<i>101</i>
8.1.2	<i>Le registre particulier des savoirs de compétence diagnostique.....</i>	<i>101</i>
8.1.3	<i>Une professionnalisation en tension et des signes de déprofessionnalisation</i>	<i>103</i>
8.1.4	<i>Des indicateurs de développement spécifiques des métiers du lien</i>	<i>104</i>
8.2	LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE : UN OBJET D'ANALYSE POUR LA DIDACTIQUE PROFESSIONNELLE.....	106
8.2.1	<i>Courants socles de la didactique.....</i>	<i>106</i>
8.2.2	<i>Schème.....</i>	<i>108</i>
8.3	LA SITUATION DE TRAVAIL EN KINÉSITHÉRAPIE : UNE SITUATION PROFESSIONNELLE DYNAMIQUE	110
8.4	LE RAISONNEMENT CLINIQUE COMME UN SCHÈME : UNE SITUATION DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE PRODUCTRICE D'EXPÉRIENCE	111

9	UN ACCOMPAGNEMENT EN SITUATION D' « ENTRE-TROIS » DANS LES MÉTIERS DU LIEN.....	114
9.1	AUTRUI UN SAVOIR INCARNÉ.....	114
9.2	UN DOUBLE TRIANGLE PÉDAGOGIQUE.....	115
9.3	UN TUTEUR, UN ÉTUDIANT, UN COUPLE EN ÉVOLUTION LORS DU TUTORAT.....	119
9.4	UNE SITUATION PRODUCTIVE D' « ENTRE-TROIS » : SITUATION D'APPRENTISSAGE ET PRATIQUES TUTORALES OU SITUATION PROFESSIONNELLE ET PRATIQUES DE PROFESSIONNEL ?.....	121
10	LE RAISONNEMENT CLINIQUE COMME UN SCHÈME, DURANT LA PREMIÈRE SÉANCE : UN OUTIL D'APPRENTISSAGE PROFESSIONNEL.....	124
	TROISIÈME PARTIE : UNE DÉMARCHE DE LA RECHERCHE	130
11	INSTRUMENTATION DE LA DÉMARCHE D'ENQUÊTE.....	130
11.1	ENTRETIENS EXPLORATOIRES.....	131
11.2	ORIENTATION MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE : UNE MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE.....	133
11.3	CONSTRUCTION DE LA MÉTHODOLOGIE DE RECUEIL DE DONNÉES.....	135
11.4	OUTILS D'ENQUÊTE.....	136
11.4.1	<i>Les entretiens.....</i>	<i>136</i>
11.4.2	<i>La séance de soin.....</i>	<i>137</i>
11.4.3	<i>L'hétéroconfrontation croisée.....</i>	<i>138</i>
11.5	LA SITUATION D'OBSERVATION : UN ÉTUDIANT EN STAGE AVEC LA PRATIQUE ORDINAIRE D'UN MK EN CABINET LIBÉRAL	138
11.5.1	<i>Étudier une première rencontre.....</i>	<i>139</i>
11.5.2	<i>... dans un cabinet libéral.....</i>	<i>139</i>
11.5.3	<i>... en observant une triade patient/tuteur/étudiant.....</i>	<i>139</i>
12	MISE EN ŒUVRE DE LA MÉTHODOLOGIE.....	140
12.1	DES ÉTUDIANTS SUR LEUR LIEU DE STAGE DURANT LEUR PARCOURS CLINIQUE.....	140
12.2	DES MK TUTEURS DE STAGE VOLONTAIRES.....	141
12.3	LES CONTRAINTES LOGISTIQUES D'UNE ACTIVITÉ PRODUCTIVE EN MILIEU LIBÉRAL.....	144
12.4	UNE POPULATION HÉTÉROGÈNE.....	144
12.5	DES DONNÉES DE PRATIQUES ORDINAIRES SUR LE TERRAIN.....	146
	QUATRIÈME PARTIE : LE RAISONNEMENT CLINIQUE : CONFRONTATIONS EMPIRIQUES	149
13	ORGANISATION DE L'ANALYSE : NOTRE MÉTHODE.....	149
13.1	LA PRÉANALYSE.....	149
13.1.1	<i>Préparation de notre matériau.....</i>	<i>149</i>
13.1.2	<i>Un corpus de 5 triades.....</i>	<i>151</i>
13.2	PREMIÈRES OBSERVATIONS : DES « PAS DE CÔTÉ » DU PRATICIEN AUX PREMIÈRES IMPRESSIONS ET INTUITIONS D'ANALYSE	151

13.3	DU REPÉRAGE DES INDICES À L'ÉLABORATION DES INDICATEURS POUR LA CONSTRUCTION DE NOTRE GRILLE DE LECTURE	160
13.4	UNE ANALYSE QUALITATIVE	163
13.4.1	<i>Une méthode d'analyse qualitative de contenu</i>	163
13.4.2	<i>Une grille d'analyse</i>	164
14	TRIADE APRÈS TRIADE, LE RAISONNEMENT CLINIQUE, UN OUTIL D'ADAPTATION AU PATIENT ?	165
14.1	LE RAISONNEMENT CLINIQUE : UN « NON-DIT » DANS LES PROPOS DES TUTEURS ET ÉTUDIANTS ?	166
14.2	LA TRIADE 2 OU « TA PRISE EN CHARGE NE SERA PAS ADAPTÉE SI TU N'ÉCOUTES PAS CE QUE LE PATIENT A À TE RACONTER »	169
14.2.1	<i>Béatrice « faire du transversal et leur apprendre à aller piocher »</i>	170
14.2.2	<i>Bernard : « hum, je n'ai pas appris mes leçons »</i>	177
14.2.3	<i>La séance qui s'étire</i>	183
14.2.4	<i>Le « hum » face à la mise à disposition d'informations caractéristiques de la situation</i>	195
14.2.5	<i>. « Sortir de la théorie du tiroir scolaire pour passer à la vraie vie »</i>	198
14.3	LA TRIADE 3 OU « ALORS APRÈS JE FAIS QUOI ?	199
14.3.1	<i>Christian : « le superviseur clinique réflexif »</i>	199
14.3.2	<i>Christophe : « prendre les bonnes ficelles et les recettes magiques »</i>	206
14.3.3	<i>« Tu le sens ou pas »</i>	209
14.3.4	<i>La régulation haptique</i>	213
14.3.5	<i>Une recherche de professionnalisation basée une démarche raisonnée et comprise</i>	220
14.4	LA TRIADE 4 OU APPRENDRE LA « VRAIE VIE », CE QUE L'ON APPREND DANS LES LIVRES ET LA VIE DE TOUS LES JOURS C'EST DIFFÉRENT	221
14.4.1	<i>Dorothée : « c'est un peu assistante sociale... cela je veux qu'il le garde c'est pour moi important »</i>	221
14.4.2	<i>Dimitri : « aller dans le chemin qui correspond au patient »</i>	226
14.4.3	<i>Le patient fait son show</i>	233
14.4.4	<i>« Tout ce que l'on n'apprend pas dans les livres »</i>	242
14.4.5	<i>: « Il faut que tu t'adaptes tu ne pars pas sur le cas général »</i>	251
14.5	LA TRIADE 5 OU « METTRE À LA RÉFLEXION POUR VOIR QU'IL Y A UN CERVEAU DERRIÈRE LES MAINS »	251
14.5.1	<i>Ethan : « il sait pourquoi il l'a fait et il sait ce qu'il vise ce qu'il évalue »</i>	251
14.5.2	<i>Eliott : « on va faire de la pratique enfin c'est intéressant car on est en stage »</i>	259
14.5.3	<i>La séance de l'explicitation du schème raisonnement clinique « ligamentoplastie »</i>	263
14.5.4	<i>« Je leur montre d'où je tiens ma sauce »</i>	272
14.5.5	<i>« Il y a vraiment un besoin de réflexion au moins pour faire quelque chose de pas risqué pour le patient »</i>	277
14.6	LA TRIADE 7 OU « C'EST RISQUÉ DE FAIRE CELA, MAIS C'EST À TOI DE JAUGER TOUT CELA »	278
14.6.1	<i>Gérald ou « il ne faut pas penser avec un bouquin dans la tête »</i>	278
14.6.2	<i>Ghislaine ou « prendre un peu tout ce qu'il plaît dans la façon dont ils travaillent et après me faire ma propre technique à moi »</i>	283

14.6.3	<i>La séance du « comment tu le sais, comment tu le sens ? »</i>	290
14.6.4	<i>« On a l'impression que c'est une chose et que j'observe comme ça »</i>	296
14.6.5	<i>« Il n'y a pas deux thérapeutes qui vont raisonner de la même manière »</i>	305
14.7	DES LIGNES DE FORCE, DE DIVERGENCE ET CONVERGENCE ENTRE LES TRIADES	306
14.7.1	<i>Une première rencontre aux multiples allures</i>	306
14.7.2	<i>Une variation dans les étapes du raisonnement clinique dévoilées</i>	307
14.7.3	<i>De l'utilisation des éléments du modèle conceptuel du raisonnement clinique</i>	308
14.7.4	<i>Des erreurs de raisonnement variées et des remédiations non connues des tuteurs</i>	309
14.7.5	<i>Les « points à améliorer » : un besoin professionnel différent de la vision académique</i>	311
14.7.6	<i>Une analyse détaillée de la progression de la transmission-apprentissage de chacun des tuteurs</i> 314	
14.7.7	<i>Des patients divers, vecteurs de raisonnement clinique</i>	317
14.7.8	<i>L'hétéroconfrontation un espace de développement</i>	317
14.7.9	<i>La place du corps, un impensé dans le raisonnement clinique kinésithérapique</i>	319
14.7.10	<i>L'adaptation à la vraie vie : la pragmatisation des savoirs théoriques par le raisonnement clinique ?</i> 320	
15	DES ÉPISODES SIGNIFICATIFS	321
15.1	UNE SITUATION DE TRANSMISSION-APPRENTISSAGE INSOLITE	322
15.2	LE RAISONNEMENT CLINIQUE COMME UN SCHÈME	324
15.2.1	<i>Pour les tuteurs</i>	324
15.2.2	<i>Pour les étudiants</i>	334
15.2.3	<i>Une structure conceptuelle en évolution</i>	341
15.3	DES DISPOSITIONS QUI FAVORISENT LA DÉMARCHE DU RAISONNEMENT CLINIQUE ?.....	342
15.3.1	<i>Une posture de tuteur facilitatrice</i>	342
15.3.2	<i>Une posture d'étudiant qui facilite l'apprentissage du raisonnement clinique ?</i>	351
15.4	LE PATIENT FORM-ACTEUR DE LA SÉANCE ET FORM-AUTEUR DE SON SOIN : LE TIERS IMPENSÉ DANS L'APPRENTISSAGE DU RAISONNEMENT CLINIQUE EN SITUATION	362
15.5	LA PREMIÈRE RENCONTRE : UN ÉBLOUISSEMENT POUR L'ÉTUDIANT	367
15.6	LA PREMIÈRE SÉANCE : UNE SITUATION POTENTIELLE D'APPRENTISSAGE	368
CINQUIÈME PARTIE : LE RAISONNEMENT CLINIQUE : ÉLÉMENT DE SYNTHÈSE		
ERREUR ! SIGNET NON DÉFINI.		
LE RAISONNEMENT CLINIQUE COMME UN SCHÈME.....		371
UNE PREMIÈRE RENCONTRE ÉTONNANTE VOIRE ÉBLOUSSANTE POUR L'ÉTUDIANT		372
DES PATIENTS RESSOURCES EXPERTS ET CO-MÉDIATEURS DES ASPECTS VÉCUS DE LA MALADIE CHRONIQUE 373		
UN TUTEUR MODÈLE DU GENRE PROFESSIONNEL VECTEUR DU STYLE PERSONNEL DE L'ÉTUDIANT		373
LE RAISONNEMENT CLINIQUE : UN OUTIL DE BRICOLEUR		374

UNE MODÉLISATION D'UN APPRENTISSAGE DU RAISONNEMENT CLINIQUE EN CO MÉDIATION	375
EN GUISE DE CONCLUSION	377
BIBLIOGRAPHIE	387
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	408
SOMMAIRE DES ANNEXES.....	418
ANNEXE 1 : DÉFINITION DE LA PROFESSION (2015)	419
ANNEXE 2 : PROCESSUS PHYSIOTHÉRAPIQUE SELON LA WCPT 2003 (LIGNE DIRECTRICE POUR LA FORMATION PROFESSIONNELLE INITIALE EN PHYSIOTHÉRAPIE, WCPT 2011, P 6-7).....	CDXX
ANNEXE 3 : ARRÊTÉ DU 2 SEPTEMBRE 2015 RELATIF AUX ÉTUDES PRÉPARATOIRES AU DIPLÔME D'ÉTAT DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE	CDXXII
ANNEXE 4 : ANALYSE THÉMATIQUE : LISTE D'ENCODAGE (SOURCE LOGICIEL « N'VIVOERREUR ! SIGNET NON DÉFINI.	

Sommaire des annexes (tome 2)

Annexe 1 : Définition de la profession (2015)

Annexe 2 : Processus physiothérapique selon la WCPT 2003

Annexe 3 : Arrêté du 2 septembre 2015 relatif aux études préparatoires au D.E. de MK

Annexe 4 : tableau d'encodage (source logiciel N vivo)

Annexe 5 : retranscription entretien de Béatrice

Annexe 6 : retranscription entretien de Bernard

Annexe 7 : retranscription séance Béatrice Bernard et Brigitte

Annexe 8 : retranscription hétéroconfrontation Béatrice Bernard

Annexe 9 : retranscription entretien de Christian

Annexe 10 : retranscription entretien de Christophe

Annexe 11 : retranscription séance Christian Christophe et Corentin

Annexe 12 : retranscription hétéroconfrontation Christian Christophe

Annexe 13 : retranscription entretien de Dorothée

Annexe 14 : retranscription entretien de Dimitri

Annexe 15 : retranscription séance Dimitri Dorothée et Daniel

Annexe 16 : retranscription hétéroconfrontation Dorothée et Dimitri

Annexe 17 : retranscription entretien de Ethan

Annexe 18 : retranscription entretien de Eliott

Annexe 19 : retranscription séance Ethan Eliott et Ellen

Annexe 20 : retranscription hétéroconfrontation Ethan Eliott

Annexe 21 : retranscription entretien de Gérald

Annexe 22 : retranscription entretien de Ghislaine

Annexe 23 : retranscription séance Gérald Ghislaine et Géraldine

Annexe 24 : retranscription hétéroconfrontation Gérald Ghislaine

Annexe 1 : Définition de la profession (2015)

« La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :

1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;

2° Des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles.

Le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.

Le masseur-kinésithérapeute exerce en toute indépendance et pleine responsabilité conformément aux dispositions du code de déontologie mentionné à l'article L. 4321-21.

Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs, et participe à leur coordination.

Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect des dispositions du code de déontologie précité.

La définition des actes professionnels de masso-kinésithérapie dont les actes médicaux prescrits par un médecin est précisée par un décret en Conseil d'État, après avis de l'Académie nationale de médecine.

Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, dans des conditions définies par décret. Il peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de sa profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Académie nationale de médecine.

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention. »

Annexe 2 : Processus physiothérapique selon la WCPT 2003 (Ligne directrice pour la formation professionnelle initiale en physiothérapie, WCPT 2011, p 6-7)

Deuxième partie : La pratique de la physiothérapie

L'Organisation mondiale de la Santé définit la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social [...] qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Dans ce contexte, les physiothérapeutes prodiguent aux personnes et aux populations des services destinés à développer, maintenir ou restaurer une capacité de mouvement et fonctionnelle maximale tout au long de la vie. La pratique de la physiothérapie comprend la fourniture de services lorsque le mouvement et le fonctionnement sont compromis par le vieillissement ou par des blessures, troubles ou maladies. Le mouvement fonctionnel joue un rôle crucial dans l'expérience concrète de la bonne santé.

La physiothérapie identifie et maximise le potentiel de qualité de vie et de mouvement fonctionnel. Elle s'applique aux domaines de la promotion, de la prévention, du maintien, de l'intervention et du traitement, de l'adaptation et de la réadaptation. Elle englobe le bien-être physique, psychologique, émotionnel et social. La pratique de la physiothérapie implique l'interaction entre le physiothérapeute, les patients (ou clients), les familles, les soignants bénévoles, les autres prestataires de soins de santé et les communautés, dans un processus consistant à évaluer le potentiel de mouvement et à définir des objectifs et cibles convenus, en tirant parti des connaissances et compétences propres aux physiothérapeutes

Les physiothérapeutes ont, d'un point de vue professionnel, les qualifications pour, de même que l'obligation de :

- réaliser un examen complet ou une évaluation complète du patient / client ou des besoins d'un groupe de clients ou d'une population donnée
- formuler un diagnostic, un pronostic et un plan de soins
- limiter leur consultation à leur champ d'expertise et déterminer à partir de quel moment les patients / clients doivent être orientés vers un autre professionnel de santé
- appliquer un programme d'intervention / de traitement en physiothérapie
- évaluer les résultats de toute intervention ou de tout traitement
- émettre des recommandations concernant la prise en charge par le patient lui-même

La connaissance approfondie qu'a le physiothérapeute de l'anatomie, ainsi que des besoins du corps et de son potentiel en termes de mouvement, joue un rôle central dans la formulation du diagnostic et des stratégies d'intervention ou de traitement. Le milieu de pratique dépendra du

but visé par la physiothérapie : promotion de la santé, prévention, maintien, intervention ou traitement, adaptation ou réadaptation.

Les physiothérapeutes exercent en tant que praticiens indépendants ou en tant que membres d'équipes de prestataires de soins de santé. Ils doivent respecter les principes d'éthique de la WCPT

Les physiothérapeutes peuvent fonctionner comme des praticiens de premier recours. Les patients / clients peuvent faire appel à leurs services directement, sans orientation préalable par un autre professionnel de santé

La physiothérapie est une profession bien établie, réglementée, répondant à des critères professionnels spécifiques en matière de pratique et de formation cliniques, et reflétant une diversité de contextes sociaux, économiques, culturels et politiques. Il s'agit clairement d'une profession à part entière. Dans tous les pays, la première qualification professionnelle est le suivi d'un programme autorisant le physiothérapeute à user du titre professionnel et à pratiquer de manière indépendante.

La pratique et la formation des physiothérapeutes peuvent être influencées, selon les pays ou régions, par des facteurs géographiques spécifiques.

Annexe 3 : Arrêté du 2 septembre 2015 relatif aux études préparatoires au diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute

JORF n°0204 du 4 septembre 2015

Texte n°17

Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute

NOR : AFSH1516238A

ELI:<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/9/2/AFSH1516238A/jo/texte>

Publics concernés : étudiants et instituts de formation en masso-kinésithérapie, universités, directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, agences régionales de santé.

Objet : réforme du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.

Entrée en vigueur : les nouvelles règles s'appliquent aux étudiants entrant en première année de formation à compter de la rentrée de septembre 2015.

Notice : le présent arrêté fixe le nouveau programme d'études conduisant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et en précise les modalités. Il définit précisément :

- les dispositions générales d'accès à la formation ;
- les dispenses de scolarité dont certains candidats peuvent bénéficier ;
- la durée et le contenu du programme de formation ainsi que les modalités de certification
- les référentiels d'activités, de compétences et de formation ;
- les unités d'enseignement (UE) à valider conduisant au diplôme.

Références : les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de l'éducation ;

Vu le code du sport ;

Vu le décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ;

Vu l'arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'État d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien ;

Vu l'arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ;

Vu l'arrêté du 31 janvier 1991 relatif aux dispenses accordées à certains candidats en vue de la préparation au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ;

Vu l'arrêté du 6 août 2004 relatif aux dispenses susceptibles d'être accordées aux candidats titulaires d'un diplôme extracommunautaire de masseur-kinésithérapeute sollicitant l'exercice de la profession en France en vue de la préparation du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ;

Vu l'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux ;

Vu l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur ;

Vu l'arrêté du 26 août 2010 relatif aux dispenses d'épreuves accordées aux sportifs de haut niveau pour l'admission dans les instituts de formation en masso-kinésithérapie, en pédicure-podologie, en ergothérapie et en psychomotricité ;

Vu l'arrêté du 23 mai 2011 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ;

Vu l'arrêté du 21 décembre 2012 relatif à l'année spécifique aux études en masso-kinésithérapie pour personne en situation de handicap d'origine visuelle ;

Vu l'arrêté du 21 décembre 2012 modifiant l'arrêté du 27 avril 2012 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'ergothérapeute, de technicien de laboratoire médical, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien ;

Vu l'arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 29 juin 2015 ;

Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche du 7 juillet 2015 ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes du 23 juillet 2015,

Arrêtent :

Article 1

Dans le cadre de l'intégration de la formation des masseurs-kinésithérapeutes au processus licence, master, doctorat, les instituts de formation en masso-kinésithérapie passent une convention avec une université disposant d'une composante santé et le conseil régional. Cette convention détermine les modalités de participation et les responsabilités des trois signataires.

Les instituts de formation s'engagent dans une démarche d'auto-évaluation du dispositif de la formation.

La formation conduisant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute fait l'objet d'une évaluation périodique par l'autorité indépendante en charge de l'évaluation auprès du ministère de l'enseignement supérieur.

Titre Ier : FORMATION ET CERTIFICATION

Article 2

La formation conduisant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute dure quatre années. Elle est précédée d'une année universitaire validée conformément aux dispositions du décret 2015-1110 du 2 septembre 2015 susvisé.

Les modalités d'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

Article 3

Les dates de la rentrée sont fixées par le directeur de l'institut de formation en masso-kinésithérapie après avis du conseil pédagogique. Celles-ci interviennent au plus tard à la fin de la deuxième semaine de septembre.

L'inscription administrative à l'institut de formation en masso-kinésithérapie et à l'université avec laquelle il a conventionné est annuelle. Les frais d'inscription et les prestations ouvertes aux étudiants sont fixés par la convention mentionnée à l'article 1er.

L'inscription pédagogique est automatique pour l'ensemble des unités d'enseignement de l'année lorsque l'étudiant s'inscrit administrativement pour une année complète de formation.

Le nombre d'inscriptions administratives est limité à deux pour chaque année et à huit sur l'ensemble du parcours de formation. Le directeur de l'institut peut octroyer une ou plusieurs inscriptions supplémentaires après avis du conseil pédagogique.

Article 4

La répartition des périodes d'enseignement et de stage en deux cycles est fixée par le directeur de l'institut de formation en masso-kinésithérapie après avis du conseil pédagogique, conformément au référentiel de formation figurant en annexe IV du présent arrêté.

Article 5

Les référentiels d'activités et de compétences sont définis aux annexes I et II du présent arrêté.

La maquette de formation est définie en annexe III. Le référentiel de formation intégrant les unités d'enseignement et le portfolio sont précisés par les annexes IV et V.

Article 6

La présence lors des travaux dirigés et des périodes de stages est obligatoire. La présence à certains enseignements en cours magistral peut être également obligatoire en fonction du projet pédagogique de l'institut.

Article 7

Les terrains de stage sont agréés annuellement par le directeur de l'institut de formation après avis du conseil pédagogique. Ces terrains de stage sont situés, en France ou à l'étranger, dans toutes structures susceptibles de concourir à la construction des compétences professionnelles attendues de l'étudiant. Ces terrains peuvent notamment être situés dans des structures hospitalières, médico-sociales, de réseau, publiques ou privées, en cabinets libéraux, dans des structures associatives, éducatives, sportives.

Une indemnité de stage est versée aux étudiants pendant la durée des stages réalisés au cours de leur formation. Le montant de cette indemnité est fixé, sur la base d'une durée de stage de 35 heures par semaine, comme suit :

Premier cycle : 30 euros hebdomadaire.

Deuxième cycle : 40 euros hebdomadaire.

Les frais de transport des étudiants masseurs-kinésithérapeutes, pour se rendre sur les lieux de stage, sont pris en charge selon les modalités suivantes :

- le stage doit être effectué sur le territoire français et hors de la commune où est situé l'institut de formation, dans la région de son implantation ou dans une région limitrophe ;

- le trajet pris en charge est celui entre le lieu de stage et l'institut de formation de masso-kinésithérapie ;

- le trajet peut être effectué en transport en commun ou au moyen d'un des véhicules suivants : véhicules automobiles, motocyclettes, vélomoteurs, voiturettes ou cyclomoteurs ;

- en cas d'utilisation d'un véhicule personnel, les taux des indemnités kilométriques applicables sont fixés par l'arrêté fixant les taux des indemnités kilométriques prévues à l'article 10 du décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 susvisé ;

- lorsque l'étudiant détient un titre d'abonnement de transport, le remboursement est assuré sur la base du montant de cet abonnement et au prorata de la durée du stage.

Le remboursement est assuré sur justificatif.

Pour les stages temps plein réalisés en dehors de la région d'implantation de l'institut ou d'une région limitrophe, le remboursement des frais de transport correspond pour toute la durée du stage, à un aller-retour, dans la limite d'un montant calculé sur la base d'une distance maximale aller-retour de 1 200 kilomètres effectués dans un véhicule d'une puissance fiscale au plus égale à 5 CV.

Article 8

L'acquisition des compétences en situation s'effectue progressivement au cours de la formation.

L'organisation des épreuves d'évaluation et de validation est à la charge des instituts. Cette organisation ainsi que les modalités de semestrialisation sont présentées pour avis au conseil pédagogique en début d'année de formation et les étudiants en sont informés par la direction de l'institut.

La validation de plusieurs unités d'enseignement peut être organisée lors d'une même épreuve, les notes correspondant à chaque unité d'enseignement sont alors identifiables.

Article 9

La compensation des notes s'opère entre deux unités d'enseignement à condition qu'aucune des notes obtenues par l'étudiant pour ces unités ne soit inférieure à 8 sur 20.

Les unités d'enseignement qui donnent droit à compensation entre elles sont les suivantes

Au premier cycle :

- UE 1 « Santé publique » et UE 2 « Sciences humaines et sciences sociales » ;
- UE 6 « Théories, modèles, méthodes et outils en kinésithérapie » et UE 8 « Méthodes de travail et méthodes de recherche » ;

Au deuxième cycle :

- UE 22 « Théories, modèles, méthodes et outils en réadaptation » et UE 24 « Intervention du kinésithérapeute en santé publique ».

Les unités d'enseignement optionnelles donnent lieu à compensation entre elles dans chacun des deux cycles.

Les autres unités d'enseignement ne donnent jamais lieu à compensation.

Article 10

Les enseignements semestriels donnent lieu à deux sessions d'examen. Sous réserve des dispositions du dernier alinéa de l'article 8, la deuxième session concerne les rattrapages des deux semestres précédents, elle se déroule en fonction de la date de rentrée de préférence en juin et au plus tard en septembre de l'année considérée.

Lorsqu'une unité d'enseignement a été présentée aux deux sessions, la note de la deuxième session est retenue.

En cas d'absence à une épreuve évaluant les unités d'enseignement, les étudiants sont admis à se présenter à la deuxième session. Dans le cas d'une deuxième absence, l'étudiant est considéré comme n'ayant pas validé l'unité.

Article 11

La progression de l'étudiant au cours des stages est appréciée à partir du portfolio dont le modèle figure à l'annexe V. Le portfolio comporte des éléments inscrits par l'étudiant et le tuteur, de stage.

Le tuteur évalue les niveaux d'acquisition de chacune des compétences à partir des critères et indicateurs notifiés dans le portfolio.

Le formateur de l'institut de formation, référent du suivi pédagogique de l'étudiant, prend connaissance des indications apportées sur le portfolio et propose en relation avec le tuteur à la commission semestrielle d'attribution des crédits prévue à l'article 13, l'attribution des crédits européens liés aux stages ou un complément de stages ou la réalisation d'une nouvelle période de stages. Dans ce cas, les modalités du complément ou de la nouvelle période de stages sont définies par l'équipe pédagogique.

En cas de difficulté, un entretien entre le tuteur, le formateur référent de stages de l'institut et l'étudiant est préconisé. Son contenu est rapporté aux membres de la commission semestrielle d'attribution des crédits.

Article 12

Les crédits européens correspondants aux stages sont attribués semestriellement dès lors que l'étudiant remplit les conditions suivantes :

1° Avoir réalisé la totalité du ou des stages, la présence sur chaque stage ne peut être inférieure à 80 % du temps prévu ; la durée cumulée des absences en stage ne peut être supérieure à 10 % de la durée totale des stages. Toute absence doit être justifiée au regard de la réglementation en vigueur ;

2° Avoir participé aux activités de la structure d'accueil en lien avec les objectifs de stage ;

3° Avoir mis en œuvre et validé les compétences au niveau requis dans une ou plusieurs situations ;

4° Avoir analysé des situations et activités rencontrées au cours des stages.

Article 13

Une commission semestrielle d'attribution des crédits est mise en place dans les instituts de formation de masseur-kinésithérapeute sous la responsabilité du directeur de l'institut qui la préside.

Elle est composée du président de l'université ou de son représentant, des formateurs référents des étudiants et de plusieurs représentants des tuteurs masseurs-kinésithérapeutes salariés et libéraux des structures d'accueil en stage.

Lorsque le directeur de l'institut de formation n'est pas un masseur-kinésithérapeute, le responsable pédagogique masseur-kinésithérapeute est obligatoirement membre de la commission et en assure la vice-présidence.

Chaque semestre, excepté le dernier, le formateur responsable du suivi pédagogique présente à la commission les résultats des étudiants, afin que celle-ci se prononce sur la validation des unités d'enseignement et des stages et sur la poursuite du parcours de l'étudiant.

Les crédits correspondants aux unités d'enseignement et aux stages sont mentionnés dans le dossier de l'étudiant.

Lors du dernier semestre, les résultats sont présentés devant le jury d'attribution du diplôme mentionné à l'article 19.

Article 14

Le passage de première en deuxième année au sein du premier cycle s'effectue par la validation des semestres 1 et 2, ou par la validation des unités d'enseignement équivalant à 52 crédits sur 60, répartis sur l'ensemble des deux premiers semestres de formation.

Les étudiants qui ne répondent pas à ces critères sont admis à redoubler une fois. Le directeur de l'institut de formation peut autoriser ces étudiants, après avis de la commission semestrielle définie à l'article 13, à suivre quelques unités d'enseignement de l'année suivante.

Les étudiants ayant validé au moins 15 crédits européens sont autorisés à redoubler et conservent le bénéfice des unités d'enseignement validées.

Les étudiants qui ne sont pas admis en deuxième année après un premier redoublement peuvent être autorisés par le directeur de l'institut ou d'un autre institut, après avis du conseil pédagogique, à redoubler une deuxième fois. Dans le cas contraire, ils ne peuvent pas poursuivre la formation.

Les étudiants admis en deuxième année, sans pour autant avoir validé l'ensemble des unités d'enseignement requises à la validation totale de la première année, sont autorisés à présenter les unités manquantes au cours de cette deuxième année.

A la fin de la deuxième année, les étudiants n'ayant pas validé l'ensemble des unités d'enseignement de la première année peuvent être autorisés par le directeur de l'institut après avis du conseil pédagogique à s'inscrire à nouveau aux unités d'enseignement manquantes pour les valider. Dans ce cas, les étudiants sont autorisés à s'inscrire administrativement à nouveau en deuxième année.

Dans le cas contraire, ces étudiants ne peuvent pas poursuivre la formation.

Article 15

Le passage du premier au deuxième cycle s'effectue par :

- la validation de l'ensemble des unités d'enseignement du premier cycle compte tenu des compensations prévues à l'article 9 ;
- la validation de l'unité d'enseignement d'intégration - UE 10 « Démarche et pratique clinique : élaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive » ;

- la validation des stages du premier cycle - UE 11 « Formation à la pratique masso-kinésithérapique ».

Les étudiants n'ayant pas validé leurs stages sont autorisés à les rattraper avant la rentrée en troisième année.

Les étudiants qui ne répondent pas à ces critères sont admis à redoubler une fois.

Les étudiants qui ne sont pas admis en troisième année après un premier redoublement peuvent être autorisés par le directeur de l'institut ou d'un autre institut, après avis du conseil pédagogique, à redoubler une deuxième fois. Dans le cas contraire, ils ne peuvent pas poursuivre la formation.

Les étudiants autorisés à redoubler conservent le bénéfice des unités d'enseignement validées.

Article 16

Le passage de troisième année en quatrième année au sein du deuxième cycle s'effectue par la validation des semestres 5 et 6 ou par la validation des unités d'enseignement équivalant à 52 crédits sur 60, répartis sur l'ensemble des semestres 5 et 6 de formation.

Les étudiants qui ne répondent pas à ces critères sont admis à redoubler une fois. Le directeur de l'institut de formation peut autoriser ces étudiants, après avis de la commission semestrielle définie à l'article 13, à suivre quelques unités d'enseignement de l'année suivante.

Les étudiants autorisés à redoubler conservent le bénéfice des crédits correspondants aux unités d'enseignement validées.

Les étudiants qui ne sont pas admis en quatrième année après un premier redoublement peuvent être autorisés par le directeur de l'institut ou d'un autre institut, après avis du conseil pédagogique, à redoubler une deuxième fois. Dans le cas contraire, ils ne peuvent pas poursuivre la formation.

Article 17

Lorsque l'étudiant fait le choix de se réorienter, un bilan global de ses résultats avec la mention des crédits européens correspondants aux unités d'enseignement validées lui est communiqué.

Article 18

Les dossiers des étudiants ayant validé les sept premiers semestres de formation, soit 210 crédits européens sur 240, et ayant effectué la totalité des épreuves et des stages prévus pour la validation du semestre 8 sont présentés devant le jury régional d'attribution du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.

Les étudiants ne remplissant pas les conditions pour être autorisés à se présenter devant le jury régional d'attribution du diplôme d'État sont autorisés à redoubler une fois.

Les étudiants qui ne sont pas admis à se présenter devant le jury régional après un premier redoublement peuvent être autorisés par le directeur de l'institut ou d'un autre institut, après avis du conseil pédagogique, à redoubler une deuxième fois. Dans le cas contraire, ils sont exclus de la formation.

Article 19

Le jury d'attribution du diplôme d'État, nommé par arrêté du préfet de région, sur proposition du directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, comprend :

1° Le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ou son représentant, président ;

- 2° Le président de l'université ou son représentant ;
- 3° Le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant ;
- 4° Un directeur d'institut de formation en masso-kinésithérapie s'il est titulaire du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ou, le cas échéant, un responsable de la formation en masso-kinésithérapie dans l'institut, titulaire d'un diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ;
- 5° Un masseur-kinésithérapeute titulaire d'un diplôme de cadre de santé, ou titulaire d'un diplôme de niveau 1 dans les domaines de la pédagogie ou des différents champs enseignés ;
- 6° Deux enseignants d'instituts de formation en masso-kinésithérapie titulaires d'un diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ;
- 7° Deux masseurs-kinésithérapeutes en exercice depuis au moins trois ans ;
- 8° Un médecin participant à la formation ;
- 9° Un enseignant-chercheur participant à la formation.

Si le nombre de candidats et d'instituts dans la région le justifie, le préfet de région peut augmenter le nombre de membres du jury en proposant à chaque institut de désigner un représentant.

Article 20

Le président du jury est responsable de la cohérence et du bon déroulement de l'ensemble du processus de délivrance du diplôme. Il est responsable de l'établissement des procès-verbaux.

Le jury délibère souverainement à partir de l'ensemble des résultats obtenus par les candidats et la délivrance du diplôme est prononcée après la délibération du jury. Le procès-verbal de délibération est élaboré sous la responsabilité du président du jury et signé par lui.

Après proclamation des résultats, le jury est tenu de communiquer les notes aux étudiants. Les étudiants ont droit, en tant que de besoin et sur leur demande, dans les deux mois suivant la proclamation des résultats, à la communication de leurs résultats et à un entretien pédagogique explicatif avec un membre du jury.

Article 21

Les candidats ayant acquis l'ensemble des connaissances et des compétences sont déclarés reçus au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et obtiennent les 240 crédits correspondants.

La liste des candidats reçus est établie en séance plénière du jury prévu à l'article 19.

Article 22

Les étudiants qui n'ont pas été reçus au diplôme d'État sont autorisés à s'inscrire aux unités d'enseignement manquantes pour les valider et à se présenter une nouvelle fois devant le jury d'attribution du diplôme d'État.

Les modalités de leur reprise de formation sont organisées par l'équipe pédagogique, le conseil pédagogique en est informé.

Chaque étudiant inscrit a le droit de se présenter à deux sessions des éléments constitutifs du semestre 8 (unités d'enseignement et stages) dans les deux années qui suivent la fin de la scolarité de la promotion dans laquelle l'étudiant était inscrit pour la première session, hors temps d'interruption de scolarité, conformément aux articles 38 et 39 de l'arrêté du 21 avril 2007 susvisé.

Article 23

I. - Dans le cadre de la mobilité internationale, le diplôme est accompagné de l'annexe descriptive dite « supplément au diplôme ». Le supplément au diplôme vise à fournir

des données indépendantes et suffisantes pour améliorer la transparence internationale et la reconnaissance académique et professionnelle équitable des qualifications.

II. - Le parcours de formation permet la validation de deux périodes d'études effectuées à l'étranger. Lorsque le projet a été accepté par les deux directeurs d'établissements de formation et que l'étudiant a obtenu la validation de sa période d'études par l'établissement étranger, il bénéficie des crédits européens correspondant à cette période d'études sur la base de 30 crédits pour l'ensemble des unités d'enseignement d'un semestre.

Article 24

Lorsqu'un étudiant change d'institut de formation, avec l'accord des deux directeurs des instituts concernés, pour poursuivre son cursus dans une même formation, les crédits relatifs aux unités d'enseignement validées dans l'institut d'origine lui sont acquis. Il valide dans son nouvel institut les crédits manquant à l'obtention de son diplôme.

Titre II : DISPENSES ET MODALITÉS PARTICULIÈRES DE SCOLARITÉ

Article 25

I. - Peuvent être dispensés du suivi et de la validation d'une partie des unités d'enseignement des cycles 1 et 2, par le directeur de l'institut, sur proposition de la commission d'attribution des crédits et avis du conseil pédagogique, et comparaison entre la formation qu'ils ont suivie et les unités d'enseignement composant le programme du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute :

1° Les titulaires d'un des diplômes mentionnés ci-après :

- diplôme d'État d'infirmier ;
- diplôme d'État de pédicure-podologue ;
- diplôme d'État d'ergothérapeute ;
- diplôme d'État de psychomotricien ;
- diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale et diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique ;
- certificat de capacité d'orthophoniste ;
- certificat de capacité d'orthoptiste ;
- diplôme de formation générale en sciences médicales ;
- diplôme de formation générale en sciences maïeutiques ;
- diplôme de formation générale en sciences odontologiques ;
- diplôme de formation générale en sciences pharmaceutiques ;

2° Les titulaires d'une licence dans le domaine sciences, technologies, santé et les titulaires d'une licence en sciences mention « sciences et techniques des activités physiques et sportives » (STAPS) ;

3° Les titulaires d'un diplôme reconnu au grade de master.

Les candidats admis au titre du présent article valident l'ensemble des unités d'enseignement des cycles 1 et 2, à l'exception des unités d'enseignement pour lesquelles ils ont obtenu une dispense.

Ces candidats déposent auprès de l'institut de leur choix un dossier comprenant :

- un curriculum vitae ;
- les copies des titres et diplômes ;
- un certificat médical attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession ;
- une lettre de motivation.

Ils sont sélectionnés par un jury composé du directeur de l'institut, du responsable pédagogique lorsque le directeur de l'institut n'est pas un masseur-kinésithérapeute, d'un formateur et d'un professionnel accueillant des étudiants en stage et en exercice

depuis au moins trois ans. L'admissibilité se fait sur dossier et l'admission sur entretien.

II. - Le nombre total de candidats admis dans un institut de formation en application du I au cours d'une année donnée s'ajoute au nombre de places fixé par la capacité d'accueil attribuée à cet institut pour l'année considérée, sans pouvoir excéder 5 % de ce nombre. Lorsque l'application de ce pourcentage conduit à un nombre décimal, ce nombre est arrondi au nombre entier supérieur.

Article 26

Peuvent être dispensés d'une partie des enseignements théoriques ou des stages pratiques les titulaires d'un titre de formation de masseur-kinésithérapeute ou équivalent, délivré par un État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen dans lequel la formation n'est pas réglementée ou présente des différences substantielles avec la formation menant au diplôme d'État français de masseur-kinésithérapeute, et qui à ce titre ne peuvent bénéficier d'une autorisation d'exercice délivrée par le préfet de région après avis de la commission des masseurs-kinésithérapeutes.

Article 27

Les titulaires d'un diplôme de masseur-kinésithérapeute ou autre titre ou certificat permettant l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute ou équivalent obtenu en dehors d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Principauté d'Andorre ou de la Confédération suisse peuvent bénéficier d'une dispense partielle de scolarité pour l'obtention du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, sous réserve de réussite à des épreuves de sélection.

Article 28

Le nombre total de candidats admis dans un institut de formation en masso-kinésithérapie au titre de l'article 27 du présent arrêté au cours d'une année donnée s'ajoute au nombre de places fixé par la capacité d'accueil attribué à cet institut pour l'année considérée, sans pouvoir excéder 2 % de ce nombre. Lorsque l'application de ce pourcentage conduit à un nombre décimal, ce nombre est arrondi au nombre entier supérieur.

Article 29

Pour se présenter aux épreuves de sélection prévues à l'article 27, les candidats adressent à l'institut de formation en masso-kinésithérapie de leur choix un dossier d'inscription comportant :

1° La photocopie de leur diplôme de masseur-kinésithérapeute ou un titre équivalent (l'original sera fourni lors de l'admission en formation) ;

2° Un relevé du programme des études suivies, précisant le nombre d'heures de cours par matière et par année de formation, le contenu et le nombre d'heures de chaque stage clinique effectué au cours de la formation dans les différents champs d'exercice de la kinésithérapie (musculo-squelettique ; neuromusculaire ; cardiorespiratoire, vasculaire et interne) ainsi que le dossier d'évaluation continue, le tout délivré et attesté par une autorité officielle compétente du pays qui a délivré le diplôme ;

3° La traduction en français par un traducteur agréé auprès des tribunaux français de l'ensemble des documents prévus aux 1° et 2° ;

4° Un curriculum vitae ;

5° Une lettre de motivation.

Les dispositions du 2° ne s'appliquent pas aux candidats bénéficiant de la qualité de

réfugié politique.

Article 30

Les épreuves de sélection prévues à l'article 27 sont au nombre de trois :

- une épreuve d'admissibilité ;
- deux épreuves d'admission.

L'épreuve d'admissibilité consiste en une épreuve écrite et anonyme comportant cinq questions de culture générale devant permettre en particulier d'apprécier la maîtrise de la langue française par le candidat, ainsi que ses connaissances, prioritairement dans le domaine sanitaire et social.

Cette épreuve, d'une durée d'une heure trente, est notée sur 20 points.

Pour être admissible, le candidat doit obtenir à cette épreuve une note au moins égale à 10 sur 20.

Les candidats déclarés admissibles par le jury sont autorisés à se présenter aux épreuves d'admission consistant en une épreuve orale et une mise en situation pratique, organisées au cours d'une même séance.

L'épreuve orale, d'une durée de trente minutes au maximum, consiste en un entretien en langue française.

Cette épreuve doit permettre d'apprécier le parcours professionnel et les motivations du candidat à partir de son dossier d'inscription. Elle est notée sur 20 points.

Les candidats sont sélectionnés par un jury composé du directeur de l'institut, d'un formateur et d'un professionnel accueillant des étudiants en stage et en exercice depuis au moins trois ans.

L'épreuve de mise en situation pratique porte sur un sujet de rééducation appliqué à une situation clinique et consiste en :

- l'étude d'un cas clinique en rapport avec l'exercice professionnel masso-kinésithérapique, dont le sujet est tiré au sort par le candidat parmi les questions préparées par le jury ;
- la réalisation d'un examen clinique, d'un diagnostic et d'une intervention masso-kinésithérapique en lien avec le cas clinique, en salle de travaux pratiques.

Cette épreuve doit permettre au jury d'apprécier les connaissances, les capacités de compréhension et d'analyse d'une situation de soins donnée ainsi que les démarches et aptitudes techniques et pratiques du candidat.

D'une durée d'une heure trente au maximum, dont trente minutes de préparation, cette épreuve est notée sur 20 points et est évaluée par les mêmes membres du jury que l'épreuve orale. Une note inférieure à 10 sur 20 est éliminatoire.

Pour pouvoir être admis dans un institut de formation en masso-kinésithérapie, les candidats doivent obtenir un total de points au moins égal à 30 sur 60 aux trois épreuves de sélection.

Article 31

A l'issue des épreuves d'admission et au vu des notes obtenues aux trois épreuves de sélection, le président du jury établit une liste principale et une liste complémentaire de candidats admis en application de l'article 27. Cette dernière doit permettre de combler les vacances résultant des désistements éventuels.

En cas d'égalité de points entre plusieurs candidats, le rang de classement est déterminé par la note obtenue à l'épreuve écrite, puis à celle de mise en situation pratique. Lorsque cette procédure n'a pas permis de départager les candidats, le candidat le plus âgé est classé avant les autres.

Article 32

Le directeur de l'institut de formation en masso-kinésithérapie, sur proposition de la

commission d'attribution des crédits et après avis du conseil pédagogique, est habilité à dispenser les candidats ayant satisfait aux épreuves de sélection prévues à l'article 27 d'une partie de la formation. Cette décision est prise en fonction du niveau de formation initiale de masseur-kinésithérapeute et de l'expérience professionnelle des intéressés appréciés sur la base de leur dossier d'inscription, ainsi que sur les résultats obtenus aux épreuves de sélection.

Les candidats admis en formation à ce titre doivent impérativement suivre et valider au minimum 60 crédits de la formation théorique, pratique et clinique en masso-kinésithérapie.

Article 33

Les sportifs de haut niveau figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport sont admis en formation de masso-kinésithérapie après avis de la commission prévue à l'article D. 4381-90 du code de la santé publique et dans les conditions fixées par arrêté du 26 août 2010 susvisé.

Le directeur de l'institut, après avis du conseil pédagogique, définit les modalités d'aménagement de la scolarité.

Article 34

Les personnes en situation de handicap d'origine visuelle sont autorisées à poursuivre la préparation des quatre années conduisant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute dans un institut spécialisé pour leur handicap conformément à l'article L. 4321-3 du code de la santé publique sous réserve que leur candidature soit retenue par le conseil pédagogique de l'institut choisi.

Par dérogation à l'arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, ces quatre années sont précédées d'une première année spécifique de formation-préparation-adaptation dont le programme est fixé par l'arrêté du 21 décembre 2012 susvisé.

Les modalités de validation des unités d'enseignement et des stages sont conformes à celles prévues aux articles 14 à 18.

Des modalités particulières d'organisation de la formation et une pédagogie adaptée sont prévues pour permettre à ces étudiants de suivre la formation dans des conditions équivalentes à celle des autres candidats.

Titre III : DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 35

Les dispositions du présent arrêté sont applicables aux étudiants entrant en première année de formation en masso-kinésithérapie à compter de la rentrée de septembre 2015.

Les étudiants ayant entrepris leurs études avant cette date demeurent régis par les dispositions antérieures, à l'exception des sportifs de haut niveau visés à l'article 33 du présent arrêté et des étudiants de première année qui redoublent ou qui ont interrompu une formation suivie selon le programme défini par l'arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.

Les étudiants de deuxième et troisième année qui redoublent ou qui ont interrompu une formation suivie selon le programme défini par l'arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute voient leur situation examinée par la commission semestrielle d'attribution des crédits. Celle-ci formalise des propositions de réintégration qui sont soumises à l'avis conforme du conseil pédagogique.

En cas d'échec au diplôme d'État aux deux sessions organisées en 2017, les candidats peuvent se présenter à quatre sessions supplémentaires dans un délai de deux

ans. Le directeur de l'institut peut accorder le bénéfice d'un complément de scolarité aux candidats qui lui en font la demande.

Article 36

L'arrêté du 31 janvier 1991 relatif aux dispenses accordées à certains candidats en vue de la préparation au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et l'arrêté du 6 août 2004 relatif aux dispenses susceptibles d'être accordées aux candidats titulaires d'un diplôme extracommunautaire de masseur-kinésithérapeute sollicitant l'exercice de la profession en France en vue de la préparation du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute sont abrogés.

Article 37

L'arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute est abrogé à compter du 30 septembre 2019.

L'arrêté du 23 mai 2011 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute est abrogé.

Article 38

Le directeur général de l'offre de soins et la directrice générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Annexe

ANNEXE I
RÉFÉRENTIEL DES ACTIVITÉS

Annexe

ANNEXE II
RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

Annexe

ANNEXE III
MAQUETTE DE FORMATION

Annexe

ANNEXE IV
RÉFÉRENTIEL DE FORMATION ET UNITÉS D'ENSEIGNEMENT

Annexe

ANNEXE V
PORTFOLIO INTÉGRANT LA FEUILLE D'ÉVALUATION DE STAGE

Fait le 2 septembre 2015.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Par empêchement du directeur général de l'offre de soins :

Pour la ministre et par délégation :

La sous-directrice des ressources humaines du système de santé par intérim,

M. Lenoir-Salfati

La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche,

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle,
S. Bonnafous

Nota. - Les annexes seront publiées au Bulletin officiel « santé, protection sociale, solidarité ».

Annexe 4 : analyse thématique : liste d'encodage (source logiciel « N'Vivo »)

Nom
Activités diagnostiques
Configuration d'indices comme constituant le problème
Configuration d'indices comme manifestant le problème
Configurations de travail
Mise au travail
Familiarisation
Familiarisation avancée
Mise au travail assistée
Mise au travail semi assistée
Transmission
Formes de l'interaction de tutelle
Évaluation
Évaluation jugement
Évaluation-débriefing
Évaluation-mesure
La consigne
La dévolution
La fonction guidage avant
L'enrôlement
Une fonction de contextualisation de la tâche
Une fonction de définition du degré de l'attitude dans l'exécution
Une fonction de validation de la sélection initiale de la tâche
La déclinaison de la consigne

Nom
La transformation de la consigne en une autre consigne
La monstration
Entre verbalisation pour soi et pour l'autre
Le caractère monstratif dans son rapport temporel à l'action
Le commentaire couplé à l'action
Le commentaire d'après coup
Le commentaire d'avant coup
Le commentaire en rupture ou commentaire généralisant
Le commentaire comme justification de l'action
Le commentaire évité ou le botté en touche
Un commentaire assujetti à l'action
Un commentaire circonscrit aux stricts besoins de l'action
Un commentaire éclairant l'action
Un commentaire en appui de l'action
La sélection de la tâche
Le guidage
Le guidage des opérations d'exécution
Le guidage instrumentalisant
Le guidage par énonciation de conseils
Le guidage par questions interposées
Le laisser faire
Une forme de désengagement actif
Une forme de désengagement passif
Formes d'étayage

Nom
Forme d'étayage par l'étudiant vis à vis du patient
Formes d'étayage par le patient
Formes d'étayage par le tuteur
Enrôlement
Étayage de circonstances
Étayage de prévention contrôle de la frustration
Étayage de recours la démonstration
La réduction des degrés de liberté
Mise à disposition d'information signalisation des caractéristiques déterminantes
Orientation de l'action maintien de l'orientation
Gestes professionnels
Gestes d'ambiance
Gestes de sollicitude
La profession
Activité prescrite activité réelle
Corps du professionnel
Cure versus care
Difficultés de la profession
EBP recommandations littérature
Les conditions d'apprentissage à l'IFMK
Propositions pour apprendre la cascade d'infos
Le patient
Formes d'étayage par le patient
Le patient comme un livre ouvert

Nom
Le patient comme un prétexte
Le patient comme une aide de réponses aux question
Patient partenaire et coauteur de sa prise en charge
Quand le patient apprend l'handisport au stagiaire
Un autre patient comme illustration d'un cas clinique
Le RC en tant que schème
Buts et anticipations
Classes de situation
Des invariants opératoires (concepts-en-acte et théorèmes-en-actes)
Jugement pragmatique professionnel
Jugement pragmatique référé au groupe professionnel
Jugement pragmatique sur situation de travail
Des possibilités d'inférence en situation
Des règles d'action
L'étudiant -face à la situation-son RC en tant que schème
1 attente du sujet
2 réponses de la situation
3 contradiction éventuelle entre attente et réponse
4 genèse conceptuelle ou échec d'apprentissage
L'étudiant et son stage
Apprentissage par mimétisme
Forme d'étayage par l'étudiant vis à vis du patient
Indicateurs développement professionnel
Compétences communicationnelles registre intersubjectif

Nom
Compétences communicationnelles registre subjectif
Compétences sur l'objet de service registre objectif
Compétences sur l'objet de service registre subjectif
Dynamique de l'identité professionnelle registre subjectif
Le risque de l'étudiant face au patient
Les difficultés de l'étudiant avec le tuteur
Les ressources utilisées par le stagiaire
Le registre des ressources pragmatiques ordinaires
Compétences du référentiel MK
Gestes techniques
Le patient son écoute
Origine de l'expérience : stage/IFMK/autre
Savoirs biomédicaux
Son propre corps
Registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive
La proposition de solution (étape 3 du RC)
Les hypothèses (étape 2 du RC)
Les tests d'hypothèses
Recherche des éléments clés
L'étudiant face au patient
Objectif du stage copartagé
Rôle du superviseur vu par l'étudiant
Rôle professionnel du kiné selon le stagiaire
Sa difficulté en tant qu'étudiant stagiaire

Nom
Ses attentes vis à vis du stage
Vocabulaire professionnel non utilisé
L'exercice le film la caméra la présence du chercheur
Raisonnement clinique Audetat Charlin
Les erreurs de RC
Erreur de type 2 du RC
Erreur de type 3
Erreur de type 4
Erreur de type 5
Erreur de type 1
Erreurs de RC liées à l'apprenant
Remédiation erreurs RC
Remédiations erreurs de type 4
Tuteur sa professionnalité
Capacité d'adaptation à la vraie vie
Évaluation du stagiaire
Formes d'étayage par le tuteur
Enrôlement
Étayage de circonstances
Étayage de prévention contrôle de la frustration
Étayage de recours la démonstration
La réduction des degrés de liberté
Mise à disposition d'information signalisation des caractéristiques déterminantes
Orientation de l'action maintien de l'orientation

Nom
Gestes professionnels de sollicitude -attention du praticien envers le patient
Le couple tuteur étudiant
Effet miroir tuteur étudiant
La négociation étudiant tuteur
Le tandem copinage
Le registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive
Les défauts des stagiaires
Les difficultés du tutorat
Les jugements de prérequis du tuteur
Le contact avec le patient
Les gestes techniques
Savoirs biomédicaux
Anatomie
Les ressources pragmatiques ordinaires du tuteur
Geste technique
L'écoute du patient
L'empathie
Les connaissances biomédicales
L'instinct l'intuition
Modèle de progression au cours du stage
Objectif de la transmission pour le tuteur
Objectif du stage copartagé
Objectifs de la prise en charge
Rôle professionnel vu par le tuteur

Nom

Sa vision du tutorat

Son organisation

Apprendre à lire le patient en formation initiale de masso-kinésithérapie : approches cliniques

La récente réingénierie des études de soignants paramédicaux en général et celle de MK en particulier (en 2015), introduit une nouvelle dimension dans les cycles de formation : le raisonnement clinique. Défini par Higgs (2008) comme « processus de pensée et de prise de décision qui permet au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolutions de problèmes de santé », celui-ci vise à développer et évaluer chez les apprenants leur capacité à lier des savoirs concernant la situation de la personne malade (bio-psycho et social) et des savoirs professionnels, techniques, cognitifs et relationnels. En s'intéressant au processus d'institutionnalisation du raisonnement clinique, cette thèse interroge les processus d'enseignement (notamment des tuteurs de stage) et d'apprentissage de cette pratique par les futurs MK, notamment à partir des différentes séquences proposées. Le raisonnement clinique fait appel à une pluralité de schèmes au sens de Pastré (2011) mobilisés par les apprenants pour analyser un problème de santé et construire un projet de soin pour la personne malade. La compréhension de la mobilisation de tous ces schèmes, le modus operandi des étudiants en situation d'apprentissage du raisonnement clinique occupe une place centrale dans cette thèse inscrite clairement dans une didactique professionnelle.

Réalisée à partir d'observations de terrain, de séances d'apprentissage filmées, d'entretiens et d'hétéroconfrontations (N=20) auprès de patients, tuteurs libéraux et étudiants stagiaires, cette recherche a permis de catégoriser par une méthode qualitative d'analyse de contenu, à l'aide du logiciel N'Vivo, les 5 portraits des triades patient/tuteur/étudiant en s'appuyant, entre autres, sur les ressources mobilisées (Piot, 2009) et les configurations de tutorat (Kunegel, 2011). Nous tentons ensuite de repérer des grandes lignes de force ou de divergence entre les différents portraits.

Le raisonnement en kinésithérapie serait un outil favorable à l'incorporation de savoirs théoriques abstraits mobilisés en situation pratique avec les patients, qui sont adaptés et incorporés par chacun. Il est un outil de bricoleur, un fil rouge qui permet l'adaptation au patient et dont les tuteurs cherchent à s'émanciper pour leur pratique de « la vraie vie », dans un style qui leur est propre, au sein du genre kinésithérapique. La première séance serait un moment d'étonnement voire d'éblouissement pour l'étudiant. Le patient est un tiers totalement intégré dans le processus de la séance, qui par sa fonction de médiation, aide à l'intégration des savoirs et à l'apprentissage du raisonnement clinique. Nous proposons une modélisation de celui-ci en co médiation.

Mots-clés : didactique professionnelle, tutorat, formation paramédicale, schème, raisonnement clinique

Learn to read the patient in initial formation of masso-kinesitherapy: Clinical approaches

The recent re-engineering of paramedic studies in general and of MK in particular (En 2015) introduces a new dimension in the training cycles: the clinical Reasoning. Defined by Higgs (2008) as "a process of thought and decision-making that allows the clinician to take the most appropriate actions in a specific context of health problem solving", the beneficial aims to develop and evaluate among AP-stakeholders their ability to link knowledge about the situation of the sick person (bio-psycho and social) and professional, technical, cognitive and relational knowledge. By focusing on the process of institutionalizing clinical reasoning, this inter-Rogé thesis processes teaching (especially tutors of internship) and learning this practice by the future MK, especially from the different proposed sequences. Clinical reasoning uses a plurality of patterns in the sense of Pastré (2011) Mobilization by learners to analyze a health problem and build a care project for the sick person. The understanding of the mobilization of all these patterns, the modus-Operandi of students in learning situation of clinical reasoning occupies a central place in this thesis clearly enshrined in a professional didactics.

Based on field observations, filmed learning sessions, interviews and hétéroconfrontations (N = 20) with patients, liberal tutors and student interns, this research has allowed to categorize by a qualitative method Content analysis, using the No Vivo software, the 5 portraits of the patient/tutor/student triad based, among other things, on the resources mobilized (2009) and the tutoring configurations (Kunegel, 2011). We can then try to identify the main lines of force or divergence between the different portraits.

The reasoning in physiotherapy would be a favourable tool for incorporating abstract theoretical knowledge mobilized in practical situations with patients, which are adapted and incorporated by each. It is a handyman's tool, a red thread that allows adaptation to the patient and whose tutor seeks to emancipate himself or herself for the practice of "real life", in a style of his own, within the genus Kinésithérapique. The first session would be a moment of astonishment or even amazement for the student. The patient is a third party totally integrated into the process of the session, which through its function of mediation, helps the integration of knowledge and the learning of clinical reasoning. We propose a modeling of it in co- mediation.

Key words : Professional didactics, tutoring, paramedical training, schème, clinical reasoning