

Didactique Professionnelle – Quatrième Colloque International

**ENTRE PRESSIONS INSTITUTIONNELLES ET AUTONOMIE DU SUJET :
QUELLES ANALYSES DE L'ACTIVITE EN SITUATION DE TRAVAIL EN
DIDACTIQUE PROFESSIONNELLE ?**

Organisé par l'Association RPDP en partenariat avec le laboratoire CIREL (EA 4354)

Les 6, 7 et 8 juin 2017 - Université de Lille - Sciences et Technologies, France

**Stage libéral et formation initiale en masso-kinésithérapie : quelle
place pour l'apprentissage du raisonnement clinique**

Delphine GUYET

Doctorante, Laboratoire CIRNEF, Université Rouen Normandie

0661445164

Delphine.guyet@etu.univ-rouen.fr

Thème 3 : Analyse de l'activité en situation de travail pour la formation et l'apprentissage :
entre contraintes institutionnelles et potentiels pour les apprentissages professionnels ?

Compte-rendu de recherche

Résumé

Cette communication portera plus particulièrement sur les conditions d'apprentissage offertes par la situation de stage en libéral, concernant la transmission du raisonnement clinique, en formation initiale de kinésithérapie. Elle s'inscrit dans le champ de la didactique professionnelle et prendra appui sur les résultats d'une recherche doctorale en cours. Nous exposerons ici les premières analyses à partir du recueil de données issues d'observations directes et d'enregistrements de séances de soins effectuées par le stagiaire, en présence du tuteur. Les résultats des analyses, toujours en cours, semblent montrer que la transmission en cabinet libéral soit plus de l'ordre de savoirs de l'attitude, que du raisonnement clinique. Sans doute, sommes-nous plus dans la transmission de savoir-faire, compte tenu des contraintes imposées par « la responsabilité du patient » et le « paiement de la séance »..

Mots-Clés : transmission, raisonnement clinique, kinésithérapie, stage

Introduction

Cette communication porte sur une recherche doctorale en cours en sciences de l'éducation, sous la direction de M. Rinaudo. Masseur kinésithérapeute de formation initiale et responsable pédagogique dans un institut de formation initiale, mon intérêt porte sur la compréhension des pratiques de formation au raisonnement clinique, défini comme « un processus de pensée et de prise de décision qui permettent au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolutions de problèmes de santé »¹.

Le raisonnement clinique : un modèle conceptuel

Nous utilisons le modèle conceptuel du raisonnement clinique médical développé par Charlin² et actuellement diffusé de façon massive via un MOOC³. C'est une activité intellectuelle qui se réalise au niveau cognitif et se traduit en actes professionnels. Cette activité de synthèse d'informations réclame de solides connaissances fondamentales, des expériences antérieures. Les informations sont reçues de plusieurs façons : les dires du patient, l'observation visuelle, la lecture du dossier, sa connaissance de la sémiologie des tableaux cliniques des maladies. Le raisonnement clinique ne se voit pas⁴. Il est spécifique à chaque métier, c'est la carte d'identité du métier. C'est un signe de reconnaissance entre pairs car il inclut le jargon professionnel. Il est au cœur des pratiques professionnelles et est considéré comme l'une des trois composantes de la compétence clinique⁵. Alors qu'il est habituellement réalisé sur patients simulés⁶, nous nous intéressons aux situations de pratiques ordinaires de soins avec un « vrai patient », et notamment lors de la première rencontre de l'étudiant avec celui-ci.

La kinésithérapie : un métier en voie de professionnalisation

Un métier de la relation, aux caractéristiques particulières

La kinésithérapie appartient aux métiers destinés à autrui⁷, il consiste en l'intervention sur un sujet humain. Le praticien (MK) va rééduquer une personne, en vue de lui permettre de retrouver une autonomie. Cette activité professionnelle a été très étudiée, en analyse du travail⁸. Ainsi plusieurs caractéristiques ont été mises en évidence concernant le déroulement d'une séance, son activité gestuelle, ses savoirs.

La séance de masso-kinésithérapie est une « *co-production entre geste et paroles* »⁹, entre le kinésithérapeute et son patient selon le principe du modèle collaborateur¹⁰ utilisé en physiothérapie, et basé sur la Classification Internationale du Fonctionnement et du handicap (CIF OMS 2002).

L'activité professionnelle est fondée sur une triade patient/soigneur/corps, dans une recherche de mobilisation du corps du patient. Elle est mélange de gestes manuels et de processus mentaux, de savoirs populaires et de savoirs spécifiques disciplinaires : « *la masso-kinésithérapie est une activité complexe faite de la succession d'opérations mentales et gestuelles* »¹¹. Elle englobe une succession de gestes, regroupés tout au long de la séance de soins, et le geste thérapeutique réalisé envers le patient va au-delà d'un geste technique¹². Ce geste est approprié à la situation du soigné, avec une distance thérapeutique adaptée aux buts poursuivis par le soignant. Cette distance thérapeutique est un marqueur du métier. Un « *référentiel sensitif professionnel commun* » est défini¹³. L'acquisition de ce référentiel sensitif s'effectue à travers un corps médiateur, objet du soin et effecteur du soin ; soin du « corps à corps » et particularité de l'identité professionnelle. Le rapport au corps devient

vecteur du raisonnement clinique, lequel s'inspire d'une pratique, d'un regard, le « *regard kinésithérapique* ». Du fait de ce « *corps thérapeutique* », il y a donc autant de pratiques professionnelles qu'il y a de kinésithérapeutes et qu'il y a de patients. Cela semble d'autant plus vrai en libéral; « *chaque professionnel, en particulier en libéral, construit sa pratique*¹⁴ »

Les professionnels utilisent pour résoudre des situations de soins, des connaissances en acte, empiriques validées par la profession¹⁵. La formalisation de l'action participerait de la connaissance des savoirs de métiers. « *Ces savoirs professionnels ne sont pas toujours des savoirs stables. Les savoirs professionnels relèvent alors parfois davantage du bricolage et du travail de l'artisan que de celui du professionnel*¹⁶ ». Les savoirs issus de la pratique professionnelle, utilisés lors du raisonnement clinique sont peu explicites et référencés pour les professionnels et certaines pratiques se transmettent de pairs en pairs sans réelles justifications. « *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*¹⁷ ». L'apprentissage du raisonnement clinique semble favoriser l'identification des savoirs produits 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. Comment les interactions avec le tuteur lors de cette première séance peuvent permettre à l'étudiant de relier ses savoirs ?

Une réingénierie de sa formation initiale

La formation initiale de masso-kinésithérapie a bénéficié, en 2015, un profond remaniement de ses études avec un allongement de sa durée et une modifications significatives de ses contenus. Une UE intégrative « élaboration du raisonnement professionnel » y a fait son apparition ainsi qu'un enseignement du processus kinésithérapique. Nous nous étions interrogé sur la formalisation de ce raisonnement professionnel acquis sur le tas auparavant et institutionnalisé dans la maquette de formation de la réingénierie des études. Alors que le parcours de formation clinique était plutôt hospitalier, il s'ouvre au libéral¹⁸ avec une population de patient différente¹⁹ et alors qu'il s'apprenait sur le tas, par expérience, le raisonnement clinique est maintenant institutionnalisé, instrumenté et évalué en stage²⁰. Comment la transmission de celui-ci se déroule-t-elle en situation de soins libérale, avec des patients « réels ».

Démarche méthodologique

Une première séance

Cette communication portera plus particulièrement sur les conditions d'apprentissage offertes par la séance de soins en situation écologique libérale, effectuée par le stagiaire, au cours de son parcours de formation, en présence du tuteur, praticien libéral, et lors de sa première rencontre avec le patient. Il s'agit de véritables séances de soin qui auraient lieu en dehors de la recherche: une pratique ordinaire de tutorat au sein d'un cabinet libéral d'un kinésithérapeute en activité. Lors de la première séance, l'une des premières étapes réalisées par le praticien²¹ est la mise en évidence d'une problématique de soin en réalisant une enquête, au sens de Dewey, dans un contexte d'incertitude. La réalisation de cette enquête peut être perçue comme les deux premières étapes décrites, dans la modélisation du raisonnement clinique²². Lors de cette première séance, le praticien va décrypter les signes cliniques. Il va interpréter signes, mots, maux et lecture du patient, pour en déduire des hypothèses de dysfonctionnements du corps en vue de réaliser un diagnostic MK pour

proposer un traitement efficient : but ultime du raisonnement clinique. Ce diagnostic inscrit règlementairement depuis 1996 fait l'objet d'une production écrite obligatoire au médecin prescripteur²³. L'enjeu de la première séance n'est pas seulement la réalisation d'un programme de soin, c'est surtout la problématisation de la situation singulière présentée par le patient en vue de négocier avec lui des objectifs de rééducation en adéquation avec son projet de vie, selon le principe du raisonnement collaborateur qui régit la profession²⁴. En quoi cette première séance de rencontre avec le patient est-elle une situation de développement d'apprentissage professionnel ? En quoi est-elle un vecteur de transmission du raisonnement clinique ? Quels rôles du professionnel et du patient ? Quelles sont les contraintes institutionnelles liées à l'activité libérale ? Quels sont les potentiels ?

La didactique professionnelle

Cette communication s'inscrit dans le champ de la didactique professionnelle²⁵ ; dans l'analyse de l'activité en vue de la formation et prendra appui sur les résultats d'une recherche doctorale en cours, en sciences de l'éducation. Nous cherchons à comprendre les savoirs déployés, à repérer les gestes utilisés, et les processus cognitifs mis en œuvre par l'étudiant dans la réalisation de son activité d'apprenant sur le terrain, au contact du tuteur de stage pour lui permettre de développer ses compétences professionnelles, par l'intermédiaire de l'analyse de son action. Nous cherchons à repérer des paramètres objectivables de l'activité et du sens qui lui est donné, notamment en cherchant les formes opératoire et prédictive, témoins du processus de conceptualisation de l'action mis en place par les dyades tuteurs /étudiants dans cette situation particulière de la première séance réalisée par l'étudiant avec un patient.

Résultats

Nous exposerons ici les premières analyses à partir du recueil de données réalisé au travers d'entretiens, d'observations directes et d'enregistrements de séances, puis d'hétéroconfrontations auprès de 7 triades patient/étudiant/ tuteur.

Suite à nos impressions face aux premiers recueils de données sur le terrain, nous nous sommes interrogés sur ce modèle conceptuel du raisonnement clinique, issu de la psychologie cognitive, qui n'est pas retrouvé, dans les séances enregistrées et observées. Les étudiants ne parviennent pas à repérer les indices clés dès les premiers instants, ce qui correspond à la première étape du raisonnement clinique décrite dans ce modèle. C'est aussi le signe de la première erreur dans son apprentissage selon le modèle de la taxonomie des erreurs et du superviseur clinique, développés par Audetat²⁶. Les tuteurs ne repèrent pas non plus ce premier type d'erreur et ne régulent pas l'étudiant à ce sujet. Nous avons interrogé ce modèle pour vérifier sa transposition à la kinésithérapie française²⁷, et regardé dans des écrits professionnels, des traces potentielles d'erreurs visibles à travers les critères d'évaluation utilisés dans des fiches bilans²⁸. Ce modèle est bien transposable dans la pratique professionnelle et présent dans des écrits professionnels. Ces deux modèles ne sont toutefois pas suffisants pour comprendre ce qui se joue en situation. Quelles sont les pratiques réelles des praticiens compétents mais non experts au sens de Dreyfus et Dreyfus²⁹ ?

Les premiers résultats, centrés sur les dires des professionnels, obtenus par analyse lexicale avec le logiciel N'vivo, semblent montrer que la transmission en cabinet libéral soit plus de l'ordre de savoirs de l'attitude, que du raisonnement clinique. Le raisonnement clinique est peu cité voire non mentionné, ni explicité dans les dires des professionnels et étudiants, ni même visible dans les séances et lors des hétéroconfrontations. Ce qui semble leur importer

est la compréhension de ce qu'est « *la vraie vie en libéral* », « *tout ce qui est dans les livres et que l'on ne peut pas appliquer en pratique dans la vraie vie* », « *comprendre comment se font les papiers administratifs* », « *l'attitude du kiné* ». Le raisonnement clinique ne semble pas la préoccupation majeure du kinésithérapeute, plus centré sur la transmission d'une pratique pour un service immédiat rendu au patient qui va payer sa séance, une pratique qui doit être en conformité avec les attentes du patient, rejoignant ainsi ce qui a déjà été décrit par Olry³⁰.

Sans doute, sommes-nous plus dans la transmission d'habiletés interpersonnelles³¹, des compétences relationnelles³², des savoirs faire³³ compte tenu des contraintes imposées par la situation de soin, « *la responsabilité du patient* », « *le paiement de la séance* ». A aucun moment, les professionnels ne laissent le stagiaire prendre en charge la première séance d'un patient. Peut-être y aurait-il trop d'enjeux vis à vis du patient et de la relation thérapeutique à mettre en place, et ce même s'il est en fin de stage et en troisième année à quelques jours de son Diplôme d'Etat. « *le patient vient pour un professionnel* »' « *il faut qu'il ait son soin* ». Peut-être y a-t-il aussi, pour le tuteur, une difficulté à « dévoiler » ses processus cognitifs et à les remettre en question ? Cette constatation rejoint ce que Kunegel³⁴ a déjà repéré chez les apprentis mécaniciens, les activités diagnostiques sont réalisées dans un autre temps, signe d'une évolution et d'une professionnalité de l'étudiant, et les tâches de diagnostiques sont réalisées par les tuteurs en dehors de leurs présences.

Conclusion

La première séance est le lieu d'une activité de problématisation et de diagnostic, à l'issue de laquelle un diagnostic masso-kinésithérapique devrait être produit pour les instances administratives, Les activités de problématisation et de diagnostiques du raisonnement clinique sont réservées pour demain « *quand il sera seul face à un patient* ».

La personnalité³⁵ et le rôle social que le praticien s'attribue, semblent contribuer à une transmission très individualisée et personnelle. Compte tenu du caractère très incorporé³⁶ de cette activité, sans doute l'immersion en stage libéral participe de l'identification au pair, et de la transmission des gestes et des savoirs par imprégnation³⁷. Comment penser cet apprentissage professionnel³⁸ dans le cadre d'une universitarisation³⁹ et d'une professionnalisation du métier recherchées⁴⁰?

- ¹ HIGGS J (2008) *Clinical reasoning in the health professions*, 3eme ed, UK, Elsevier
- ² CHARLIN B et all. (2012) Clinical reasoning processes: unravelling complexity through graphical representation. *Med Educ.* 46 (5):454-63.
- ³ MOOC processus de raisonnement clinique <https://cours.edulib.org/courses/course-v1:UMontreal+PRC.3+P2017/about>
- ⁴ NENDAZ M, CHARLIN B, LEBLANC V, BORDAGE G (2005) Le raisonnement clinique, données issues de la recherche et implication pour l'enseignement. *Pédagogie Médicale.*6 :235-254
- ⁵ CHARLIN B, BORDAGE G, VAN DER VLEUTEN C (2003) L'évaluation du raisonnement clinique, *Pédagogie médicale*, n°1 vol 4, 42-52
- ⁶ APER L; RENIERS, J; KOOLE, S; VALCKE, M, DERESE, A (2012) Impact of three alternative consultation training formats on self-efficacy and consultation skills of medical students *Medical Teacher.* Jul, Vol. 34 Issue 7, pe500-e507. 8p
- ⁷ MAUBANT P (2013) *Apprendre en situation : un analyseur de la professionnalisation dans les métiers adressés à autrui.* Québec : Presses de l'université de Québec
- ⁸ OLRYP (2003) Organisation du soin et développement des compétences: contribution à la professionnalisation en masso-kinésithérapie. *Les sciences de l'éducation pour l'Ère nouvelle*, vol. 36, n° 2, p. 91-106.
- ⁹ OLRYP (2015) Le soin kinésithérapique : une coproduction entre geste et parole, in THIEVENAZ J, TOURETTE-TURGIS C, *Penser l'expérience du soin et de la maladie une approche par l'activité*, Paris, De Boeck, p55-93
- ¹⁰ EDWARDS I ; JONES MA (2007) la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) compréhension et application par le raisonnement clinique, *kinésithér rev* (71) 40-49
- ¹¹ DOLTO B (1976) *Le corps entre les mains*, Paris, Dunod
- ¹² OLRYP (2004) Un dispositif de recherche sur des pratiques de métier : le cas des Masseurs-kinésithérapeutes in « groupe savoir d'action », CNAM, *les savoirs d'actions : une mise en mot des compétences*, Paris, L'harmattan, p174
- ¹³ OLRYP, LANG N, FROISSART-MONET MT (2005) Distance thérapeutique et corps à corps. L'exemple du traitement de la douleur en masso-kinésithérapie. *Education permanente.*165-4
- ¹⁴ ONDPS (2009) *La monographie du masseur kinésithérapeute*
- ¹⁵ JEULIN JC (2014). Approche anthropologique du développement des compétences des masseurs-kinésithérapeutes. Conception d'un environnement informatique pour l'apprentissage en masso-kinésithérapie [thèse]. Marseille: Université de Provence Aix Marseille.
- ¹⁶ RINAUDO, J. L. (2002). *Des souris et des maitres*. Paris: L'harmattan.
- ¹⁷ OLRYP (2004) Un dispositif de recherche sur des pratiques de métier : le cas des Masseurs-kinésithérapeutes in « groupe savoir d'action », CNAM, *les savoirs d'actions : une mise en mot des compétences*, Paris, L'harmattan, p174
- ¹⁸ TOURJANSKI Y (2015) Stage libéral pour les étudiants en kinésithérapie : une étape cruciale à franchir, *Kinesither rev*, 538,
- ¹⁹ REMONDIERE R (2014) L'information du patient en kinésithérapie ? : une obligation aux multiples facettes, *Les tribunes de la santé*,1, 42,p57
- ²⁰ Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur –kinésithérapeute
- ²¹ OLRYP (2003) *ibid*
- ²² CHARLIN B et all. (2012) Clinical reasoning processes: unravelling complexity through graphical representation. *Med Educ.* 46 (5):454-63.

- ²³ Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute
- ²⁴ HIGGS J, JONES MA (2008) *clinical reasoning in health profession*, 3eme ed, UK Elsevier
- ²⁵ PASTRE P (2011) *La didactique professionnelle*, Paris, Puf
- ²⁶ AUDETAT MC ; Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique I. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale*. 2011. 12 (4) : 223–229
- ²⁷ GUYET D, JEULIN JC, FAUSSER C (2017) Exercice de la masso-kinésithérapie, erreurs et remédiations dans le raisonnement clinique, l'exemple de la bronchiolite du nourrisson. *Kinesither scient*, mars, 585. 25-34
- ²⁸ 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*, mai, 589, 27-36
- ²⁹ DREYFUS HL, DREYFUS SE (1986), *Mind over machine*, New YORK, Free press
- ³⁰ AFREK (2006) Etude exploratoire de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux : de l'analyse de l'action professionnelle à la conception d'un référentiel d'intervention
- ³¹ CHARLIN B, BORDAGE (2003) L'évaluation du raisonnement clinique. *Pédagogie médicale* 4,1; 42-52
- ³² BOKKEN L 1 , RETHANS JJ , VAN HEURN L , R DUVIVIER , SCHERPBIER A , VAN DER VLEUTEN C (2009) Students' views on the use of real patients and simulated patients in undergraduate medical education. *Acad Med*. juillet; 84 (7)958-63.
- ³³ MAUBANT P (2013) *Apprendre en situation : un analyseur de la professionnalisation dans les métiers adressés à autrui*. Québec : Presses de l'université de Québec
- ³⁴ KUNEGEL P (2011) *Les maitres d'apprentissage. Analyse des pratiques tutorales en situations de travail*, Paris, L'harmattan
- ³⁵ 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), pp. 220-229.
- ³⁶ OLRYS P (2015) Le soin kinésithérapique : une coproduction entre geste et parole, in THIEVENAZ J, TOURETTE-TURGIS C, *Penser l'expérience du soin et de la maladie une approche par l'activité*, Paris, De Boeck, p 55-93
- ³⁷ DELBOS G, JORION P (1984) *La transmission des savoirs*, Paris, Maison des sciences de l'homme
- ³⁸ MAUBANT P (2013) *Apprendre en situation : un analyseur de la professionnalisation dans les métiers adressés à autrui*. Québec : Presses de l'université de Québec.
- ³⁹ BRAUN M (2016) L'universitarisation : une opportunité et un piège, *kinesither rev*, 16 173,1
- ⁴⁰ Conseil National des Masseurs-kinésithérapeutes (2015) *nécessité d'une discipline universitaire en kinésithérapie*, colloque conférence, Nice, 10 déc°, WITTORSKI R (2015) *Comprendre la transmission au travail*, Nîmes, Champ social
- VINATIER I, ALTET M (2008) *Analyser et comprendre la pratique enseignante*, Rennes, Puf
- OLRY P (2016) Tutorat en formation initiale professionnelle et transmission du métier ; le cas d'élèves sages-femmes. *Education permanente*, 2016,1,