



Le patient : le tiers impensé dans l'apprentissage du raisonnement clinique

Delphine Guyet, Jean-Luc Rinaudo

► To cite this version:

Delphine Guyet, Jean-Luc Rinaudo. Le patient : le tiers impensé dans l'apprentissage du raisonnement clinique. Education et socialisation - Les cahiers du CERFEE, 2021, 60, [19 p.]. <10.4000/edso.14075>. <hal-03482316>

HAL Id: hal-03482316

<https://normandie-univ.hal.science/hal-03482316v1>

Submitted on 4 Jun 2024

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

Le patient : le tiers impensé dans l'apprentissage du raisonnement clinique

Delphine Guyet et Jean-Luc Rinaudo



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/edso/14075>

DOI : 10.4000/edso.14075

ISSN : 2271-6092

Éditeur

Presses universitaires de la Méditerranée

Ce document vous est fourni par Université de Caen Normandie



Référence électronique

Delphine Guyet et Jean-Luc Rinaudo, « Le patient : le tiers impensé dans l'apprentissage du raisonnement clinique », *Éducation et socialisation* [En ligne], 60 | 2021, mis en ligne le 30 juin 2021, consulté le 04 juin 2024. URL : <http://journals.openedition.org/edso/14075> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/edso.14075>

Ce document a été généré automatiquement le 16 février 2023.



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-ND 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

Le patient : le tiers impensé dans l'apprentissage du raisonnement clinique

Delphine Guyet et Jean-Luc Rinaudo

Introduction

- 1 Dans le cadre d'une recherche doctorale (Guyet, 2019), en nous appuyant sur « la réingénierie »¹ des études initiales de kinésithérapie de 2015, selon le processus LMD de Bologne et l'universitarisation des formations paramédicales (mission Le Boulanger), nous avons exploré deux points de cette réforme : le raisonnement clinique et l'alternance intégrative. Le 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, p. 3) fait dorénavant partie des attendus de la profession. L'alternance intégrative accorde une place active au stagiaire dans sa formation, en le rendant acteur de la construction de ses savoirs, en collaboration avec l'institut de formation et la structure du lieu de stage (Pentecouteau, 2012). Cette alternance s'est ouverte massivement à des professionnels volontaires bénévoles libéraux pendant leur activité productive quotidienne. Nous avons cherché à comprendre la transmission du raisonnement clinique, en situation écologique, lors d'un stage du parcours de formation clinique.
- 2 L'étude empirique, présentée ici, s'intéresse à la situation d'apprentissage/transmission en situation de soins masso-kinésithérapiques mettant en présence trois acteurs : étudiant/tuteur/patient. L'activité du masseur-kinésithérapeute en présence du patient ou d'un collègue novice remplaçant a déjà été étudiée dans le champ de la didactique professionnelle (Olry et Froissart, 2017, Olry et Bautzer, 2003 ; Olry, Lang et Froissart, 2005). L'activité de transmission, en situation écologique, du raisonnement clinique du tuteur envers l'étudiant en présence du patient n'a pas encore été explorée.

- 3 Au cours de la recherche doctorale évoquée, le focus était centré sur le binôme tuteur/étudiant. L'objectif était de comprendre l'activité réellement effectuée en situation écologique de soin, lors d'un stage libéral du parcours de formation clinique, lorsque l'étudiant réalise, sous la supervision du tuteur, la première séance de soin avec un patient. Des résultats inattendus sont apparus : la place active que prend le patient dans l'apprentissage du raisonnement clinique du stagiaire en situation. Ce résultat rencontre des préoccupations actuelles puisque la loi de modernisation du système de santé et le plan « ma santé 2022 » visent une participation plus forte des patients au système de santé et un partenariat soignant-soigné qui doit s'inscrire dans la formation initiale des professionnels de ce secteur. Par conséquent, nous avons voulu mieux caractériser les interactions réalisées, la posture pédagogique endossée par le patient et sa place active dans la situation observée en nous appuyant sur le triangle pédagogique (Houssaye, 2014), l'étayage (Bruner, 1983) au moyen d'une démarche de didactique clinique professionnelle (Guyet, 2020).

Contexte et cadre théorique

Une profession en cours d'universitarisation

- 4 La masso-kinésithérapie évolue dans un contexte multidimensionnel. Elle est en tension depuis quelques années, du fait d'un processus d'universitarisation-professionnalisation (Bourdoncle, 2007 ; Perez-Roux, 2019). Au niveau mondial, il existe une volonté d'harmonisation des pratiques quel que soit le pays à travers notamment la diffusion des *evidence based practice* (EBP), ce qui entraîne la montée en puissance des recherches cliniques pour produire des données probantes. Au niveau européen l'harmonisation des cursus est recherchée via la double diplomation en fin de cursus : diplôme d'État et supplément de diplôme Europass². La création récente de la 91^e section du CNU, sciences de la rééducation/réadaptation, constitue un rapprochement de plus avec l'enseignement supérieur. La mise en œuvre des expérimentations des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche³ complète le processus en cours. La nouvelle maquette de formation des kinésithérapeutes se situe dans la lignée de la réingénierie des professions paramédicales entamée en 2015 dans le contexte LMD.

Le raisonnement clinique dans les métiers du lien

- 5 La notion de raisonnement clinique ne fait pas l'objet d'une définition consensuelle. De nombreux modèles théoriques existent (Côte et St-Cyr-Tribble, 2012). Le raisonnement clinique est plutôt développé en sciences médicales selon une approche basée sur des données probantes. Dans sa définition du raisonnement clinique, Higgs (2008), physiothérapeute australien, mentionne l'importance du rôle du clinicien qui doit réussir à prendre les décisions les plus appropriées. Celui-ci exerce un diagnostic par observation directe et anamnèse, le patient n'est alors pas considéré comme une simple maladie, mais comme un sujet ayant une expression singulière de symptômes et de signes cliniques que le professionnel doit décrypter et analyser.

- 6 Le raisonnement clinique est abordé en pédagogie médicale. C'est la raison pour laquelle nous avons cherché à éclairer cette notion en utilisant des concepts théoriques issus des sciences de l'éducation.
- 7 La démarche réalisée par le professionnel rejoint la définition des doubles compétences des métiers de la relation (Piot, 2009), que nous préférons nommer métiers du lien, à la suite de Blanchard-Laville (2013). « Le travail de l'interaction humaine, où 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 » (Piot, 2009, p. 63). 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 des interactions produites. Cependant, cette mise en œuvre du traitement masso-kinésithérapique dépend pour beaucoup de ce qui se produit lors de la rencontre soigné/soignant (Olry, 2015). La masso-kinésithérapie, en tant que métier du lien, est adressée à un sujet, mais elle a aussi pour caractéristique d'être adressée à un corps, ce qui en fait un double sujet-objet, dont la relation singulière doit tenir compte de la subjectivation-projection du patient qui s'exprime à travers les interactions, notamment langagières.

Une première séance problématique

- 8 Pour le kinésithérapeute, la première séance peut être vue comme une situation problématique du fait de la rencontre avec un patient, situation inédite, source d'étonnement et de mise à l'épreuve professionnelle. Lors de la première rencontre, il s'agit de déchiffrer le patient et repérer les différents éléments constitutifs de la démarche d'enquête, qui se réalise sur un humain par un humain dans une relation intersubjective, selon la spécificité des métiers du lien. Les deux protagonistes doivent assurer « une coproduction entre geste et parole » (Olry, 2015, p. 55). Le professionnel réalise une démarche clinique sur un double plan : la compréhension du corps-objet et la compréhension du corps-sujet, exprimée dans les discours des acteurs (Piot, 2009, 2018).
- 9 En présence de l'étudiant, cette relation singulière devient un « entre-trois » patient/tuteur/étudiant. En tant que tiers, l'étudiant est plongé dans un processus de soin déjà instauré par le tuteur de stage, qu'il doit découvrir sans en connaître les règles d'actions, sans anticipations possibles et sans parfois d'explications sur la situation antérieure. Il doit au premier coup d'œil repérer la situation alors même qu'il se représente dans le même temps, une image de la situation.

La situation d'apprentissage « d'entre trois » du raisonnement clinique : un double triangle pédagogique

- 10 J. Houssaye (2014) a modélisé la situation de transmission-apprentissage sous forme de triangle pédagogique organisé entre les pôles savoir, formateur et apprenant. En fonction des axes privilégiés dans ce triangle, les processus sont plus ou moins présents et centrés sur l'étudiant, en fonction des trois processus : « apprendre, enseigner et former » que Houssaye a développé. 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 processus. Deux points sont privilégiés au détriment du troisième qui, négligé, prend alors la place du mort. Et chaque processus, lorsqu'il est exacerbé, prend le risque de voir « le mort jouer au fou ». Pour le processus « apprendre », le focus est centré sur l'axe étudiant-savoir, le tuteur se plaçant en position de facilitation de l'accès au savoir direct par l'étudiant. Pour le processus « former », l'axe privilégié se situe entre les pôles tuteur et l'étudiant : 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 constitué par le rapport entre le tuteur et le savoir. Ce triangle peut être transposé à la situation de tutorat de la séance de soins durant le stage.
- 11 Dans la situation d'apprentissage portant sur le raisonnement clinique, une double situation pédagogique se présente alors, mêlant à la fois la transmission, en situation, du savoir raisonner professionnel et du savoir lire les signes cliniques du patient. Il s'agit de comprendre la nature de la place accordée par le tuteur à chacun des protagonistes dans la situation de soin.
- 12 En situation de stage, le professionnel de terrain endosse le rôle de formateur. Un premier triangle pédagogique est constitué par le tuteur, l'étudiant et le raisonnement clinique à acquérir (soit le pôle savoir) du triangle.
- 13 Le patient a un statut particulier de porteur de signes cliniques, de savoirs sur son corps et sa maladie et de destinataire d'une intervention de soin visant à le transformer (Maubant, 2013). 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 il est aussi un sujet changeant, ressentant des émotions et s'exprimant. Par ses interactions langagières (Olry, 2003), il fournit des indicateurs discursifs sur son état et sur les effets du traitement en cours de réalisation et à venir. Le professionnel s'adapte en permanence grâce aux interactions mises en place. Un deuxième triangle formé par le kinésithérapeute tuteur de stage, l'étudiant et le patient, sujet et objet de savoirs à déchiffrer, se dessine. (Figure 1).

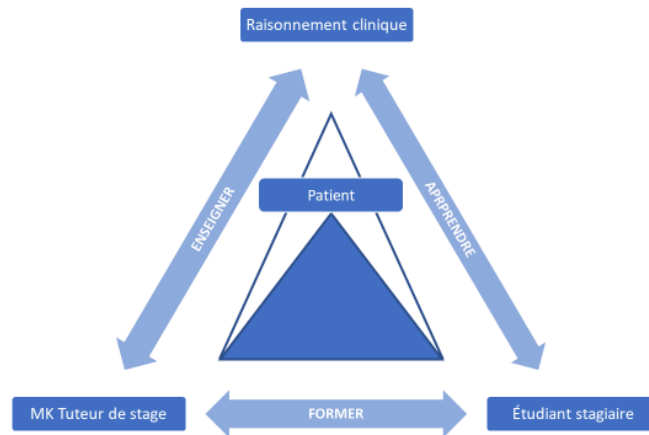


Figure 1 : Modélisation du double triangle de la situation transmission-apprentissage du raisonnement clinique en situation

- 14 J. Bruner (1998) 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 » (p. 148). 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 deuxième fonction ou « réduction des degrés de liberté » permet de simplifier la tâche en réduisant la difficulté du processus de résolution du problème. 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. P. Kunegel (2011) 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.
- 15 Initialement focalisé sur le binôme tuteur/étudiant, la problématique de la thèse était de comprendre à la fois 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 et l'accompagnement du tuteur. Le patient n'étant pas un objet de savoirs, mais un sujet, s'est très vite imposée la question de son rôle lors de cette séquence. En quoi le patient favorise la transmission/apprentissage du raisonnement clinique ? Quelle posture adopte-t-il ? Quel étayage réalise-t-il ?

Didactique clinique professionnelle

- 16 La didactique professionnelle (Pastré, 2011) s'intéresse à l'activité professionnelle réelle en vue de la formation et du développement des compétences professionnelles.

Vanhulle (2008) considère la didactique des savoirs professionnels comme « une didactique fondée sur des « savoirs » qui ne s'acquièrent pas seulement à partir de l'activité en situation de travail, mais aussi à partir de préalables définis académiquement dans une formation intellectuelle posant des fondements rigoureux en même temps qu'orientés vers un agir réfléchi » (p. 229) et ce, d'autant plus lorsque l'intention de « professionnalisation est envisagée dans sa dimension d'universitarisation de la formation professionnelle » (p.229). Les étudiants sont incités à transformer des savoirs de référence en significations pertinentes à leurs yeux et à se poser en auteurs de leurs choix dans leur discours. La situation de supervision du raisonnement clinique est alors à considérer comme un dispositif de subjectivation des savoirs professionnels lorsque les professionnels sont incités à transformer leurs savoirs incorporés en significations pertinentes explicites pour l'étudiant et la profession. Apprendre à lire le patient, c'est le déchiffrer, et l'interpréter sous la supervision du tuteur, c'est traduire cette compréhension des savoirs de référence en significations pertinentes et l'exprimer dans des discours et actes singuliers.

Démarche et méthodologie

- 17 Dans cette recherche, il s'agit d'analyser ce qui se joue pour les différents acteurs au cours du processus de transmission-apprentissage du raisonnement clinique masso-kinésithérapique en situation écologique, lors d'un stage libéral du parcours clinique de l'étudiant, sachant que la situation étudiée est dépendante des pratiques des étudiants, des tuteurs et des pratiques prescrites par l'institut de formation et du contexte situationnel libéral avec ses contraintes logico-administratives.
- 18 Notre démarche combine deux courants de recherche, la démarche clinique et la didactique professionnelle, pour s'inscrire dans ce que nous appelons une didactique clinique professionnelle. Cette hybridation nous a permis de mettre en dialogue des complémentarités pour lesquelles on peut repérer le plus ou moins haut degré de saturation clinique ou didactique au sens que formulait Blanchard-Laville (1999) faisant graduellement passer d'une clinique ou d'une didactique à minima à une clinique ou une didactique dense, « sans que cela, pour autant, entraîne une hiérarchie normative » (Blanchard-Laville, 2019, p. 17).

Recueil de données

- 19 Cinq triades patient-tuteur-étudiant (P-T-E) ont fait l'objet du recueil de données. Chaque triade est nommée par des prénoms commençant par la même lettre qui correspond à l'ordre chronologique de capture des données. Ainsi Doro T4, Dimitri E4, Daniel P4 sont respectivement la tutrice, l'étudiant et le patient de la quatrième triade observée.
- 20 Les données des séances ont été recueillies lors de la dernière semaine du stage afin que le milieu de travail soit bien connu de l'étudiant. Les séances duraient trente minutes. Les échanges entre les trois acteurs en présence lors de ces séances ont été retranscrits. Ce sont ces retranscriptions qui ont servi de support à l'analyse.

Situation d'observation

- 21 Il s'agit d'une séance ordinaire de kinésithérapie en libéral, réalisée sous couvert d'une prescription médicale. Le patient est dans le cadre habituel de son parcours de soin. Il participe de manière fortuite à la formation de l'étudiant. Ce dernier le découvre pour la première fois et doit réaliser en présence du tuteur, soit le bilan, soit le traitement.
- 22 Pour les étudiants stagiaires rencontrés dans le cadre de cette recherche, il s'agit de leur premier stage en milieu libéral. Ils sont tous en deuxième ou troisième année de leur cursus de formation.
- 23 Leurs tuteurs, volontaires et bénévoles pour l'encadrement des stagiaires et leur évaluation en fin de stage, ont des expériences variées de tutorat. Ils exercent tous en cabinet de groupe pluriprofessionnel ou pluridisciplinaire. Le patient s'est adressé au MK à la suite d'une prescription médicale qualitative, les intitulés ne renseignent pas sur l'état de santé du patient⁴. Le lien entre le patient et le stagiaire se fait par l'intermédiaire du tuteur, l'étudiant n'a pas vocation à traiter le patient. Le choix des patients participant à la recherche a été laissé à l'appréciation des tuteurs. Ils présentaient des pathologies chroniques neurologiques (patiente 1) ou une atteinte périnatale (patients 2 et 3) ou une séméiologie musculosquelettique aigue en fin de période hyperalgique (patientes 4 et 5). La répartition des champs disciplinaires des pathologies présentées par les patients était représentative de la population retrouvée dans les soins en libéral (Panchout, 2017).

La place active du patient dans l'activité de transmission du raisonnement clinique

- 24 Dans notre travail de thèse, l'attention était plutôt focalisée sur la situation de transmission-apprentissage du raisonnement clinique, pensée à priori comme une relation duelle entre un tuteur de stage et un étudiant stagiaire. Le patient constituait plutôt un objet « matière première » du soignant qu'un sujet partie prenante d'un dispositif de formation. Or, durant l'analyse des données des cinq séances et de leur hétéro-confrontation, le rôle du patient qui lit le stagiaire en train lui-même de lire le patient et qui le réoriente, est apparu distinctement.
- 25 Nous exposons ici les résultats de cette situation insolite. Nous illustrerons notre propos avec trois épisodes significatifs de la place du patient dans cette formation à « lire le patient ». Dans un épisode, le tuteur délègue au patient la tâche de guider la perception sensorielle de l'étudiant, le patient devient formateur. Dans un autre épisode, tuteur et patient s'allient pour aider l'étudiant à comprendre la situation faisant du patient un tiers médiateur dans l'apprentissage du raisonnement clinique, « un form-acteur ». Dans un dernier épisode, le patient devient « form-auteur » modifiant le cours de la séance et sa place vis-à-vis du praticien.

Le patient formateur

- 26 La forme de la participation du patient est différente en fonction des séances au sein desquelles il peut rendre plusieurs services. D'après notre constat, tous les patients

sont en capacité de répondre aux questions de l'étudiant, grâce à leurs savoirs sur leur maladie.

- 27 Trois patients Brigitte P1, Daniel P3 et Ghis P5 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, voire en le modifiant.
- 28 Durant la séance de la triade 3, 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.
- E3 : ouais pour la jambe ben ce qui me dérange c'est que ça tire pas du tout
 T3 : et si tu prends le pied avec ça te gêne ?
 P3 : ça ne tire pas
 E3 : faut que je
 T3 : faut lui demander
 E3 : de quoi
 T3 : Daniel
 E3 : en bas c'est bon
 T3 : c'est bon ou pas
 P3 : pas encore trop bas
 E3 : je n'ai pas la bonne technique
 T3 : regarde
 E3 : moi ce qui m'embête c'est que
 T3 : regarde il repart
 E3 : ben comment tu gères
 P3 : mais là tu ne tires pas
 T3 : tu le mets en flexion si tu le mets en flexion tu l'emmènes comme ça donc tu le trouves
 P3 : enfin ne t'enflames pas non plus là ça tire
 E3 : encore là
 P3 : oui c'est bon t'es bien là
 T3 : et en plus tu as de la chance il te le dit là tu as un sujet vraiment éclairant
 P3 : 50 euros la lumière
- 29 Dans le cas présent, le patient a non seulement des savoirs expérientiels mais de plus il a la capacité de les transmettre à l'étudiant au cours de la séance. Au-delà de son savoir expérientiel issu de la réalité quotidienne de malade chronique, le patient perçoit et il peut dire ce qu'il perçoit. C'est une transmission accessible au stagiaire.
- 30 Dans l'illustration suivante, Ghis P5 donne, et ce avec l'assentiment du tuteur qui dit « te référer à ce que dit la patiente », des indicateurs très précis : la chaleur de la peau, la pression inhabituelle des doigts par exemple.
- T5 : Il est assez profond et la du coup te référer à ce que te dis Ghis
 P5 : Ce n'est pas mal
 E5 : Là cela ne tire pas assez
 P5 : Non mais il y a quand même une différence avec avant
 E5 : Et là si je tire comme ça je tire que sur la peau
 P5 : Ça c'est difficile à dire
 T5 : Alors elle ne va pas forcément pouvoir te dire si tu es sur la peau ou sur ligament en fait elle sent que ce n'est pas pareil quand on te le fait
 E5 : Je n'arrive pas à le choper je sens qu'il y a un truc plus bas mais cela ne veut pas venir avec mes doigts
 P5 : Vous appuyez et T5 il n'appuie pas

T5 : Faut pas chercher à appuyer comme ça faut juste que tu cherches à crocheter tu vois après pour le faire rouler comme ça

E5 : Vas-y refais le

T5 : Tu le sens qu'il claques vous dites si (rire)

P5 : Oui ça va encore pour l'instant évidemment ça change

E5 : Ça saigne un tout petit peu il n'y a rien de grave mais je le sens que ça part que je n'arrive pas à l'avoir ça m'énerve

T5 : Faut pas hésiter à crocheter une fois que tu l'as Je te ferai sur toi après si tu as envie pour que tu sentes

E5 : Ben ça fait envie

P5 : Ça ressemble un peu plus on se rapproche au niveau de la sensation comme ça

- 31 Le patient devient une ressource pour le tuteur dans la transmission du raisonnement clinique à l'étudiant. Le patient a appris du kinésithérapeute des sensations au cours de la pratique manuelle réalisée lors des séances précédentes, 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.

Le patient form-acteur

- 32 Dans d'autres situations, l'activité du patient peut être considérée comme le positionnement en form-acteur de l'étudiant. Ainsi, Daniel P3 participe de l'apprentissage du raisonnement clinique en coconstruisant la séance avec la tutrice. Il endosse un rôle d'acteur, se mettant en scène dans un dialogue avec la tutrice pour favoriser l'explicitation de ses savoirs incarnés (Hert, 2014)

T3 : 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

P3 : alors si tu le vois comme ça oui mais c'est surtout marche arrière c'est pied gauche pour moi je suis gaucher mais je ne peux peut-être pas y aller comme ça si tu vois ce que je veux dire donc à la limite peut être que le pied droit suivra

T3 : 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

P3 : 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

- 33 Les questions du tuteur semblent là pour favoriser l'explicitation des savoirs incarnés du patient et permettre une compréhension plus fine de son état fonctionnel.
- 34 Ghis P5, elle, révèle les indices clés que l'étudiante E5 avait omis de questionner lors de son anamnèse pour comprendre la situation du patient. Elle engage ainsi l'étudiante à mobiliser ses connaissances antérieures en vue de comprendre les signes cliniques rapportés (Vanhulle, 2008)

P5 : oui ce n'est pas comparable mais là c'y est ça se réveille un peu dans le bras

T5 : déjà

E5 : dans le bras

P5 : waouh légèrement

E5 : parce que quand vous aviez des douleurs fortes vous aviez des douleurs qui irradiaient jusque dans le bras

P5 : oui tout le bras la main des fourmillements dans les doigts surtout les 3 derniers doigts

Le patient form-auteur

- 35 Daniel P3, quant à lui, prend totalement la main sur la séance en guidant le bilan de l'étudiant pour lui permettre de comprendre les déséquilibres musculaires qu'il présente suite à sa pathologie périnatale. Les déséquilibres musculaires sont amplifiés par la pratique handisport à niveau international du badminton, et expliquent sa venue en soin au cabinet.

P3 : le pied je ne sais pas si tu m'as vu marcher il n'y a pas un truc qui t'a marqué ?

E3 : moi j'ai regardé le genou et le pied qui ne suivait pas c'est bon

P3 : ce n'est pas qu'il ne suit pas si tu veux c'est que

T3 : mets-toi debout et puis vas-y Daniel

P3 : normalement regarde on va faire un constat simple regarde mes deux pointes de chaussures

E3 : oui tu les frottes par terre

P3 : regarde celle de droite

T3 : c'est Daniel là tu as de la chance tu as un patient qui maîtrise tout il se connaît bien il connaît [...]

P3 : 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

T3 : donc

E3 : du coup sur les appuis au Bad

P3 : 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

- 36 Voyant la difficulté de l'étudiant, le patient prend la séance en main, se substituant au tuteur, et se place en décodeur de ses signes cliniques pour les rendre visibles et lisibles par l'étudiant, cherchant à lui faire comprendre ses besoins et ses difficultés (Kunegel, 2011). Dans cette situation, il nous semble que l'on peut qualifier le patient de form-auteur. Il a pris l'initiative d'interrompre la séance, de modifier son cours pour transmettre ses savoirs incarnés (Hert, 2014), comme s'il estimait nécessaire de détailler et de préciser ses déséquilibres musculaires liés à sa pathologie périnatale pour que l'étudiant puisse déchiffrer ses signes cliniques et pouvoir le traiter. Le tuteur a les capacités d'analyser biomécaniquement les déséquilibres musculaires mais seul le patient peut exprimer son ressenti au quotidien et son adaptation dans les activités de la vie quotidienne et de loisirs.

Le patient un tiers médiateur dans l'apprentissage du raisonnement clinique

- 37 Nous sommes ici face au travail du patient (Thievenaz et 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, des adaptations qu'il a développées et des soins qu'il a déjà reçus. Le rôle formatif des masseurs-kinésithérapeutes vis-à-vis du patient avait été souligné par J. Signeyrole en 2004 :

- 38 « 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 » (p.11).
- 39 En utilisant les deux triangles précédemment indiqués (cf. figure 1) comme outil d'analyse, deux grilles de lecture des séances observées sont obtenues : un triangle tuteur-étudiant-raisonnement clinique à acquérir (triangle T-RC-E), un triangle tuteur-étudiant-patient, comme savoir incarné (triangle T-E-P).
- 40 La séance de la triade 3 s'est déroulée dans un mode particulier. Les deux triangles à sommet patient et raisonnement clinique ont été mis en œuvre. Dans le triangle T-E-P, la tutrice qui avait choisi l'axe « former » l'étudiant, est positionnée en situation de faire le « mort » (Houssaye, 2004) par le patient. Celui-ci, devant la difficulté de l'étudiant, utilise l'étayage et la réduction des degrés de libertés pour le guider sans que la tutrice n'intervienne. Ces éléments ne peuvent pas être positionnés dans les deux grilles de lecture initiales. Le patient devenu « fou » (Houssaye, 2004) a privilégié un double axe : l'axe former dans un triangle patient-étudiant-savoir et l'axe enseigner en direction de l'étudiant dans un triangle atypique étudiant-patient-raisonnement clinique. Se créent alors de nouvelles triangulations non prévues dans notre modélisation théorique, un triangle patient-étudiant à sommet raisonnement clinique à acquérir 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 incarné, immédiatement répondant et interactif (Figure 2).

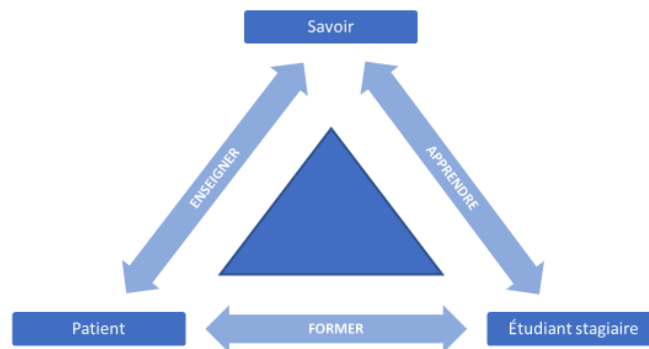


Figure 2 : Une situation d'apprentissage-transmission insolite

- 41 La séance de la triade 5 a été positionnée dans un double triangle. Ghis (P5) 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). Ghis P5 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 (T5) sur l'axe « former », dans le triangle tuteur-étudiant à sommet « raisonnement clinique », a laissé l'étudiant au pilotage de la séance, sous son contrôle.

- 42 Le modèle proposé, avec les trois pôles (patient, étudiant et tuteur) est alors à enrichir du fait du savoir incarné du patient qui influe sur la transmission que réalise le tuteur. Dans 4 des 5 séances analysées, le patient participe de la transmission du raisonnement clinique. Il semble avoir appris quelque chose du thérapeute, et avoir la capacité de transmettre ses savoirs expérientiels à l'étudiant par sa démonstration (P3). Il a aussi appris des sensations liées à la réalisation technique d'un geste et il est en mesure de guider l'étudiant dans l'adaptation de celui-ci à son corps (P5). Ainsi, par délégation de tâche, le patient (P3) adopte une posture d'étayage (Bruner, 1981). Nous distinguons aussi une co-médiation tuteur-patient envers le stagiaire (P1) (Saillot, 2020). Ces résultats conduisent à proposer une nouvelle modélisation des situations de "transmission/apprentissage" rencontrées sous forme de pyramide pédagogique intégrant ces triangles supplémentaires : patient-étudiant à sommet raisonnement clinique à acquérir et patient-étudiant à sommet savoir.

La pyramide pédagogique de la situation de transmission-apprentissage du raisonnement clinique

- 43 Le patient est un tiers totalement intégré dans le processus de la séance et aide à l'intégration des savoirs. Nous reprenons ici la modélisation sous forme de quadrilatère que propose L. Lescouarch (2018), dans lequel le patient est un tiers médiateur dans l'apprentissage du raisonnement clinique (Figure 3).

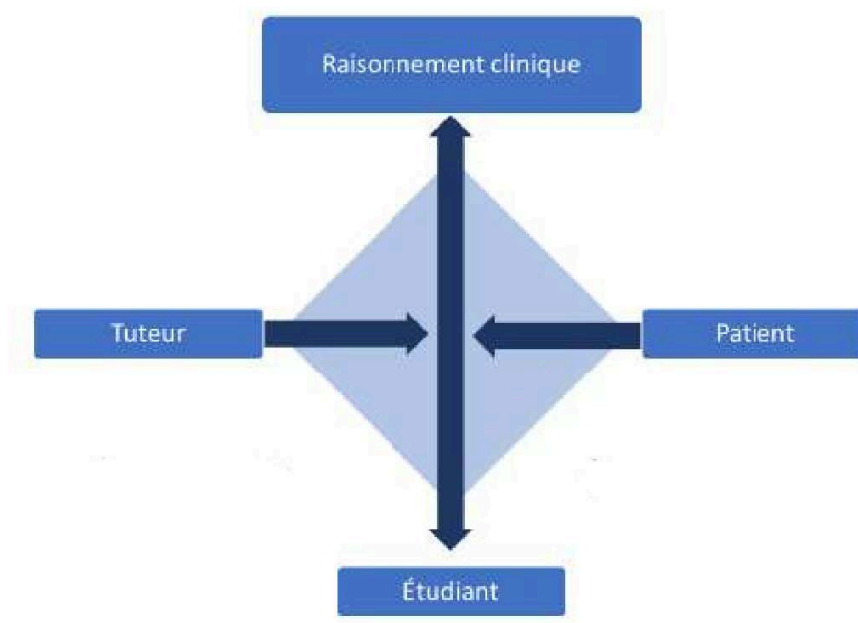


Figure 3 : le quadrilatère de l'apprentissage du raisonnement clinique, selon Lescouarch , 2018

- 44 Cette première séance devient alors un co-étayage patient-tuteur (Saillot, 2020) au profit de l'étudiant, comme s'il s'agissait d'une séquence d'apprentissages « croisés » patient-tuteur-étudiant (Thievenaz, 2017). L'activité du patient dans cet apprentissage du raisonnement clinique est un impensé de la formation et au-delà de la profession. Pour profiter de cet apprentissage réciproque (Thievenaz, 2017) présent dans toute

situation de la séance de soin, il faut, d'une part, insérer des patients ressources experts enseignants dans la formation (Plan ma santé 2022) (Gross et al., 2017) et, d'autre part, former les étudiants à devenir de véritables « patients simulés » lors des séances d'apprentissages entre pairs du raisonnement clinique pour encourager leurs intégration et incorporation des données biopsychosociales.

- 45 Nous avons représenté initialement, un raisonnement dans le raisonnement (figure 1) 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 (figure 3) Ces deux aspects nous amènent à compléter la modélisation proposée sous la forme d'une pyramide avec une base à cotés tuteur-étudiant-patient-savoir et à sommet raisonnement clinique à acquérir. (Figure 4)

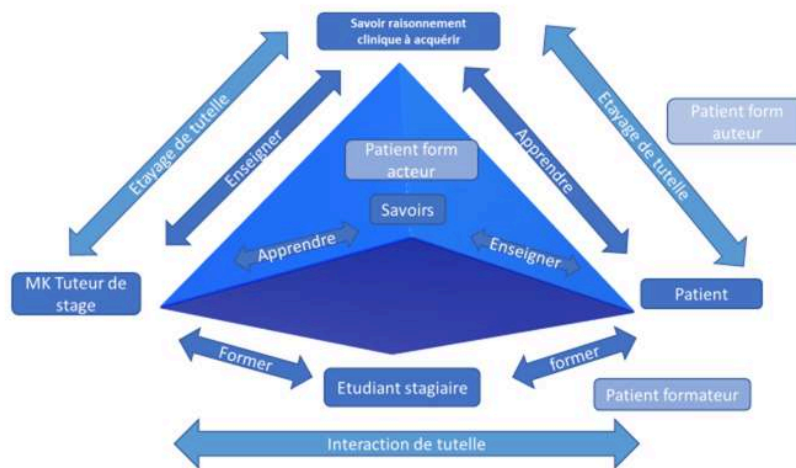


Figure 4 : La pyramide pédagogique du savoir raisonnement clinique à acquérir à base tuteur, patient, étudiant, savoirs

Discussion

- 46 Dans cette modélisation, nous obtenons un triangle particulier patient-savoir à sommet raisonnement clinique. Le patient conduirait sa propre démarche clinique et construirait ses propres savoirs. Cela rejoint la théorisation de l'activité du patient assimilée à un travail (Thievenaz et Tourette-Turgis, 2015 ; Thievenaz et Olry, 2016) et celle de la co-élaboration de connaissances entre soignant et soigné. L'apprentissage du raisonnement clinique en situation, suscité par la première rencontre du patient, a mis en exergue la proposition de Maubant (2015) de « penser la relation comme une co-construction de connaissances, partagées et mutualisées au service d'une valeur, celle de l'éducation » (p. 283) considérée comme la finalité des métiers du lien. La transmission-apprentissage du raisonnement clinique dans une co-médiation tuteur-patient, pourrait dès lors être vue comme 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, p.29).
- 47 La profession est actuellement en tension entre deux approches. L'une est centrée sur le courant de l'*evidence based practice* qui conçoit le raisonnement clinique à partir des données probantes issues de la rationalité statistique. L'autre est centrée sur la

singularité clinique de chaque patient. Le risque de la première approche n'est-il pas d'oublier la caractéristique de la démarche clinique réalisée dans les métiers du lien à l'interface de la rencontre objective et d'une rencontre subjective qui s'ancre dans le vécu du soignant et d'une démarche subjective entre patient et soignant ? N'y a-t-il pas également le risque de négliger l'art du bricolage (Certeau, 1990) que réalise le professionnel dans cette démarche 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).

- 48 Le risque n'est-il pas également de négliger la démarche clinique que réalise le patient en oubliant qu'il contribue autant à la formation du futur soignant qu'à documenter la lecture que celui-ci fait de sa situation clinique. Un travail sur l'élaboration du raisonnement clinique par le patient constitue assurément une piste de recherche prometteuse pour la compréhension de ce qui se joue dans les situations de stage pour la formation des kinésithérapeutes et, peut-être au-delà, pour la formation de tous les professionnels des métiers du lien. L'apprentissage dans la formation à ces métiers devrait se focaliser sur le sujet dont le professionnel doit prendre soin.
- 49 La première séance pour l'étudiant s'organise autour d'un co-étayage patient-tuteur au profit de l'étudiant, et d'une séquence d'apprentissages croisés patient-tuteur-étudiant (Thievenaz, 2017). Cette analyse de la place prépondérante que prend le patient dans la transmission en situation conduit à interroger la formation sur deux points. D'une part, l'activité du patient dans cet apprentissage du raisonnement clinique est un impensé de la formation et peut-être également 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 ; Bourget, 2013), 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, 2017, p.67), de cette « altération réciproque » (Ardoino, 2014) présents dans toute situation de la séance de soin ?

Conclusion

- 50 Les patients sont ressources, experts et médiateurs des aspects vécus de leur maladie. Par le partage de leurs expériences de malades chroniques, ils se transforment en tiers médiateur dans l'apprentissage du raisonnement clinique des étudiants. Dans la formation clinique, au cours des stages, il est attendu que ce soit les tuteurs qui prennent en charge la formation au raisonnement clinique des étudiants. Notre recherche a mis en évidence l'importance, dans cette formation, du rôle du patient. Ce dernier n'est pas seulement un objet, matière première du travail formatif de l'étudiant, mais est également un sujet et il le fait percevoir à l'étudiant. Un sujet porteur d'une histoire, d'un parcours avec la maladie, d'une expérience de soins, qui lui ont permis de construire des savoirs, à partir notamment de ressentis. À la lecture des verbatim, il apparaît que le patient ne se place pas dans une position de sujet maître du

savoir, mais davantage dans une posture d'accoucheur (Enriquez, 2018), de maïeuticien qui, par ses remarques et ses questionnements, amène l'étudiant au raisonnement clinique adapté à son cas. Tout se passe comme si le patient prenait soin du stagiaire, dans un renversement des positions, comme s'il s'était approprié non seulement son rôle de malade mais aussi le double rôle du tuteur de stage : formateur et soignant. Probablement que le dispositif de recherche, avec la présence du chercheur, a un effet sur l'attitude du patient. Toutefois, nous avons la conviction que si le dispositif de recherche a pu accentuer l'attention du patient en direction de l'étudiant stagiaire, ce rôle de form-auteur que s'attribue le patient est très souvent présent, dans les situations de soin rassemblant tuteur, stagiaire et patient. Pour que la séance de soin/tutorat se déroule pour le mieux, le patient ne doit pas hésiter à endosser les rôles de formateur, form-auteur form-acteur. Le patient partenaire pédagogique devient ainsi un nouvel allié de la formation (Guelle, Guyet 2019).

BIBLIOGRAPHIE

- Ardoino, J. (2014). Pédagogie de l'étonnement et pédagogie de la surprise. *Éducation permanente*, 200, 43-52.
- Blanchard-Laville, C. (1999). L'approche clinique d'inspiration psychanalytique : enjeux théoriques et méthodologiques. *Revue française de pédagogie*, 127, 9-22.
- Blanchard-Laville, C. (2013). *Au risque d'enseigner*. PUF.
- Bourdoncle, R. (2007) Universitarisation. *Recherche et formation*, 54, 135-149.
- Bourget, A. (2013). 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. *Recherches qualitatives*. 32(2), 320-345.
- Broussal, D. (2017). L'émancipation : approches conceptuelles. Dans J.F. Marcel et D. Broussal. *Emancipation et recherche en éducation* (35-56). Editions du croquant.
- Bruner, J. (1998). *Le développement de l'enfant, Savoir-faire, savoir dire*. PUF. (6^e édition)
- Certeau, M. de, (1990). *L'invention du quotidien. 1. Arts de faire*. Gallimard.
- Côté, S. et St-Cyr Tribble, D. (2012). Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111(4), 13-21.
- Demeester, A., Eymard, C. et Vanpee, D. (2012). Apprentissage du raisonnement clinique difficultés identifiées en formation initiale sage-femme. *Revue française de pédagogie*, 186, 43-54.
- Dewey, J. (1993, 1938). *Logique : la théorie de l'enquête*. PUF.
- Dumas, J.P. (2016). *L'évaluation du raisonnement clinique en physiothérapie*. Thèse en sciences de l'éducation, sd J.G. Blais, B. Charlin. Université de Montréal.

- Enriquez, E. (2018). Petite galerie de portraits de formateurs en mal de modèles, *Revue Cliopsy*, 20, 145-160.
- Gross, O., Ruelle, Y., Khau, CA., Sannié, T. et Gagnayre, R. (2017). L'utilité des patients - enseignants dans la formation initiale des médecins généralistes. *Education, Santé, Société*, (3) 2, 37-54.
- Guelle, B. et Guyet, D. (2019). Le patient partenaire pédagogique, un atout pour l'enseignement du raisonnement clinique en formation initiale de masso-kinésithérapie. *Kinesither scient*, 613, 05-14.
- Guyet, D. (2019). *Apprendre à lire le patient en formation initiale de masso-kinésithérapie : approches cliniques*. Thèse en sciences de l'éducation, sd JL. Rinaudo, Université Rouen-Normandie.
- Guyet, D. (2020). Raisonnement clinique et universitarisation de la formation initiale en masso kinésithérapie : quand les nouveaux étudiants vont pousser les tuteurs à se former. *TransFormations-Recherches en éducation et formation des adultes*, 20, 33-51.
- Hert, P. (2014). Le corps du savoir : qualifier le savoir incarné du terrain, *Études de communication*, 42, 29-46.
- Higgs, J., Jones, M., Loftus, S. et Christensen, N. (2008). *Clinical reasoning in health profession*. Elsevier
- Houssaye, J. (2000). *Le triangle pédagogique*. Peter Lang.
- Kunegel, P. (2011). *Les maîtres d'apprentissage, Analyse des pratiques tutorales en situation de travail*. L'harmattan.
- Lescouarch, L. (2018). *Construire des situations pour apprendre*. ESF.
- Levi-Strauss, Cl. (1962). *La Pensée sauvage*. Plon, 1990.
- Maubant, P. (2013). *Apprendre en situation. Un analyseur de la professionnalisation dans les métiers adressés à autrui*. Presses universitaires du Québec.
- 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 et C. Tourette-Turgis (dir.). *Penser l'expérience du soin et de la maladie une approche par l'activité* (55-93). De Boeck.
- 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. et Bautzer, E. (2003). Diagnostic kinésithérapique. Les conditions d'une coproduction. *Recherche et formation*, 42, 35-50.
- Panchout, E., Panchout, F., Launay, F. et Coulliandre, A. (2017). Prévalence des pathologies rencontrées en kinésithérapie libérale : un outil pour repenser l'enseignement en kinésithérapie ? *Kinesither rev*, 17 (190), 3-10.
- Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle*. PUF.
- Pellacia, T. (2016). Vers une perspective sociocognitiviste de l'étude du raisonnement clinique pour mieux capter l'expertise. Un éclairage particulier à partir de l'étude du raisonnement en médecine d'urgence. *Pédagogie Médicale*, 17(4), 255-260.
- Pentecouteau, H. (2012). L'alternance dans une formation professionnelle universitaire. De l'idéal épistémologique aux contradictions pédagogiques. *Revue internationale de pédagogie de*

l'enseignement supérieur, 28(1). En ligne : <http://journals.openedition.org/ripes/605> (consulté en mars 2021).

Perez-Roux, T. (dir) (2019). *La réforme des études en santé entre universitarisation et professionnalisation. Le cas des instituts de formation en masso-kinésithérapie*. L'harmattan.

Piot, T. (2009). Le rôle déterminant et méconnu des conversations soignant-patient au cœur des interactions de soins. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 11, 259-275.

Piot, T. (2018). 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.

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* p. 83-108). Les Presses de l'Université Laval.

Saillot, E. (2020). *(S')ajuster au cœur de l'activité d'enseignement-apprentissage*. L'harmattan.

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. *Recherche en kinésithérapie REK*, 2, 2-20.

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.

Thievenaz, J. (2014). Repérer l'étonnement : une méthode d'analyse du travail en lien avec la formation. *Éducation permanente*, 200, 81-96.

Thievenaz, J. (2017). Le couplage d'activités comme situation d'apprentissage réciproque. Dans J.M. Barbier, J. Thievenaz. *Agir pour, sur et avec autrui. Les couplages d'activités* (59-81). L'harmattan.

Thievenaz, J. et Tourette-Turgis, C. (2015). *Penser l'expérience du soin et de la maladie*. De Boeck.

Vanhulle, S. (2008). Au cœur de la didactique professionnelle, la subjectivation des savoirs. Dans Y. Lenoir, P. Pastré (dir). *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat* (227-254). Octares.

NOTES

1. Terme utilisé par le Ministère de la Santé pour qualifier la réforme des études initiales paramédicales depuis 2009
2. Arrêté du 2 mai 2017 modifiant l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur kinésithérapeute (Bo du 15 mai 2017)
3. Décret n° 2020-553 du 11 mai 2020 relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche
4. Exemple d'intitulé de prescription médicale qualitative : faire pratiquer des séances de rééducation pour gonalgies

RÉSUMÉS

Dans le cadre de « la réingénierie » des études de kinésithérapie, il est cherché à comprendre la situation de transmission-apprentissage du raisonnement clinique d'un étudiant et de son tuteur en situation de stage, lors de la première rencontre du patient. Celle-ci est considérée comme une situation problématique dans les métiers du lien. En prenant appui sur le triangle pédagogique de Houssaye (2014) et le quadrilatère de Lescouarch (2018), une analyse des interactions de tutelle et d'étayage est réalisée. La démarche utilisée s'inscrit dans le champ de la didactique des savoirs professionnels. La méthodologie d'enquête mise en œuvre comporte des enregistrements de séances de soin. Les propos sont fondés sur l'analyse des données de cinq triades patient/tuteur/étudiant. L'analyse permet une modélisation en pyramide, plaçant le patient comme un tiers médiateur. Il endosse plusieurs rôles selon l'étayage et la posture pédagogique qu'il adopte. Sa place dans cet apprentissage semble être un impensé de la formation.

As part of the "reengineering" of initial studies of physiotherapy, it is sought to understand the situation of transmission-learning of the clinical reasoning of a student and his tutor in an internship situation, during the first patient encounter. The first session is considered a problematic situation in the link professions. Using Houssaye's pedagogical triangle (2014) and Lescouarch's quadrangle (2018), the interactions of guardianship and shoring are looked at. The approach used is part of the field of professional knowledge. The student performs, under supervision, a first care session with a patient accustomed to this liberal practice. The survey methodology implemented includes recordings of care sessions. The comments are based on the analysis of data from five patient/tutor/student triads. The analysis of the interactions and the different positions taken by the actors during the session allows modeling in an educational pyramid, placing the patient as a third part mediator in the learning of clinical reasoning. He assumes several roles depending on the support and the pedagogical posture he adopts. The patient's role in this learning be an unthought of the training.

INDEX

Keywords : Clinical reasoning, internship, initial training, professional practice, patient.

Mots-clés : Raisonnement clinique, stage, formation initiale, pratique professionnelle, patient.

AUTEURS

DELPHINE GUYET

Laboratoire CIRNEF EA 7454 - Université de Rouen Normandie

JEAN-LUC RINAUDO

Laboratoire CIRNEF EA 7454 - Université de Rouen Normandie